

**Adolescência e sexualidade: Conhecimentos,
atitudes, comportamentos e traços de
personalidade de estudantes do ensino secundário
do distrito de Bragança**

Laura da Conceição Rodrigues Ramos Aragão

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança,
Escola Superior de Saúde, para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Comunitária

Orientadores:

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Professora Mestre Maria Filomena Grelo Sousa

Bragança, junho de 2017

**Adolescência e sexualidade: Conhecimentos,
atitudes, comportamentos e traços de
personalidade de estudantes do ensino secundário
do distrito de Bragança**

Laura da Conceição Rodrigues Ramos Aragão

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança,
Escola Superior de Saúde, para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Comunitária

Orientadores:

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Professora Mestre Maria Filomena Grelo Sousa

Bragança, junho de 2017

Resumo

Os estudos sobre a sexualidade nos adolescentes têm mostrado que, globalmente, estes apresentam conhecimentos sobre a sexualidade apesar de continuarem a ter comportamentos de risco. O presente estudo de natureza quantitativa, analítica e transversal, tem como objetivos identificar os conhecimentos e comportamentos face à sexualidade e traços de personalidade de adolescentes do ensino secundário de três escolas secundárias do distrito de Bragança, bem como analisar se as variáveis sociodemográficas e traços de personalidade interferem nos mesmos. Participaram no estudo 752 adolescentes do 10º (35,1%), 11º (35%) e 12º ano (29,9%) de escolaridade, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos ($\bar{X}=16,46$), de ambos os sexos, residentes em meio urbano e meio rural, sendo-lhes aplicado um inquérito por questionário. Os principais resultados mostraram que 95,9% dos adolescentes considera possuir conhecimentos sobre sexualidade e 44,4% expressou ter conhecimentos sobre métodos contraceptivos. Os resultados das hipóteses estudadas evidenciam diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos destes adolescentes em função do sexo, da idade, do local de residência, ano de escolaridade e nível socioeconómico. Realça-se que os adolescentes apresentaram comportamentos sexuais de risco, com diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, idade, local de residência e ano de escolaridade. Observou-se, ainda, que o neuroticismo e a extroversão, enquanto traços de personalidade, se encontravam correlacionados com os conhecimentos dos adolescentes e seus comportamentos sexuais, apresentando variações em função do sexo, do local de residência e do nível socioeconómico. Com o intuito de se conceberem e implementarem projetos de intervenção nesta população, investigações futuras devem ser conduzidas para se aprofundarem os conhecimentos, comportamentos sexuais e traços de personalidade dos adolescentes do distrito de Bragança, pois o investimento na saúde sexual dos jovens é um valioso passo no sentido do desenvolvimento sustentado, tanto para benefício do indivíduo como da sociedade.

Palavras-Chave: adolescência, sexualidade; conhecimentos; comportamentos; traços de personalidade.

Abstract

Studies on sexuality in adolescents have shown that, overall, they have knowledge about sexuality in spite of continuing to have risk behaviors. The present study, quantitative, analytical and cross-sectional approach has with main objective to analyze the knowledge, behaviors regarding sexuality, and personality traits of secondary school teenagers from three schools in the District of Bragança, as well as analyze its relations with social and demographic variables. Participated in the study 752 teens of the 10th (35.1%), 11th (35%) and 12th (29.9%) grade of education, aged between 14 and 19 years (\bar{X} =16.46 years), both gender, living in urban and rural areas and belonging to different socio-economic status (SES), which responded to a survey. The main results showed that 95.9% of teenagers have knowledge about sexuality and 44.4% knowledge about contraception methods. Inferential results express statistically significant differences in knowledge of these adolescents according to sex, age, place of residence, grade level, and SES. These teenagers presented risk sexual behavior, with statistically significant differences according to sex, age, place of residence and grade level. It was observed that the neuroticism and extraversion, while personality traits were correlated with knowledge of teenagers and their sexual behavior, with variations according to sex, place of residence and SES. In order to design and implement projects of intervention in this population, future investigations should be conducted to further develop the knowledge, sexual behaviors and personality traits of adolescents in the District of Bragança, because investment in the sexual health of young people is a valuable step in the direction of sustainable development, both for the benefit of the individual and of society.

Keywords: adolescence; sexuality; knowledge; behaviors; personality traits.

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

e.g.	Por exemplo
<i>et al.</i>	E colaboradores
<i>H</i>	Teste de Kruskal Wallis
i.e.	Isto é
INE	Instituto Nacional de Estatística
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
N, n	Frequências
NSE	Nível socioeconómico
OMS	Organização Mundial de Saúde
<i>p</i>	Nível de significância
p., pp.	Página, páginas
<i>r</i>	Coefficiente de correlação de Pearson
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
<i>U</i>	Teste de Mann Whitney
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Humana/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
χ^2	Teste de Qui-quadrado

"Devemos promover a coragem onde há medo, promover o acordo onde existe conflito, e inspirar esperança onde há desespero"

(Nelson Mandela, s.d.)

Agradecimentos

Durante este período foram muitos os momentos de aprendizagem e muitas as pessoas com quem pude partilhar conhecimentos e saberes.

Este trabalho é fruto de muitas horas de empenho e dedicação, mas de nada teriam servido sem a disponibilidade e a ajuda das pessoas que contribuíram para a sua realização.

O meu reconhecido agradecimento, a todos que, de algum modo, me ajudaram neste percurso, contribuindo para alcançar esta meta tão importante na minha construção e formação quer pessoal quer profissional. Este trabalho só foi possível de realizar porque um sem número de esforços se conjugaram.

Agradeço às Direções e Comissões de pais das Escolas Secundárias das cidades envolvidas, Bragança, Mirandela e Macedo de Cavaleiros, bem como aos professores, pela colaboração e empenho pessoal demonstrado na fase de colheita de dados.

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

Ao Professor Doutor Manuel Brás, orientador do Relatório de Estágio, agradeço todo o apoio prestado nas diferentes fases deste trabalho.

À Professora Filomena Sousa, por ter aceiteado esta coorientação, pela paciência que teve ao ler e corrigir os respetivos rascunhos.

Aos colegas de Mestrado, pelo companheirismo e pela partilha de vivências.

À memória do meu pai, e desculpa se em algum momento da minha formação não te dei a devida atenção. À minha mãe, irmã e prima pois não seria possível a concretização deste trabalho, sem o seu apoio incondicional.

Ao meu filho, Édi, a minha filha Cátia pela paciência com que toleraram as minhas ausências e indisponibilidades para os acompanhar e que tantas vezes reclamaram a minha presença.

Ao meu marido, Joaquim, pelo permanente estímulo e alento, pelo apoio e compreensão ao longo deste percurso.

À Enfermeira Olívia Maria, orientadora do meu Estágio de Enfermagem Comunitária por todas as orientações prestadas, pela disponibilidade e pela dedicação para ensinar.

A todos os professores que lecionaram neste Mestrado, pessoal não docente da Escola Superior de Saúde de Bragança e colegas de outros mestrados, com quem, ao longo deste percurso, partilhei vivências, o meu sincero agradecimento.

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste estudo e sem os quais não teria sido possível concretizá-lo.

A todos o meu mais sincero e profundo agradecimento.

Índice

Introdução	1
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
1. Adolescência e Puberdade	5
1.1. Puberdade.....	8
1.2. Desenvolvimento Psicosssexual.....	14
2. Sexualidade na adolescência	17
2.1. Conhecimentos Face à Sexualidade.....	17
2.2. Comportamentos de Risco	20
3. Traços de Personalidade	24
4. Educação/Informação Sexual na Adolescência	26
4.1. O Papel da Família na Educação Sexual do Adolescente.....	26
4.2. O Papel da Escola na Educação Sexual do Adolescente	28
PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	33
5. Opções Metodológicas	34
5.1. Questão de Investigação e Objetivos do Estudo.....	34
5.3. Variáveis e Hipóteses.....	35
5.4. População/Amostra.....	37
5.5. Instrumento de Recolha de Dados	40
5.6. Procedimento e Considerações Éticas	41
5.7. Tratamento dos Dados	41
6. Apresentação e Análise dos Resultados	44
6.1. Apresentação dos Resultados Descritivos	44
6.3. Discussão dos Resultados	78
Conclusões e Sugestões	95
Referências Bibliográficas	99
ANEXOS	110
Anexo I - Escala de Warner	111
Anexo II - Mensuração e Classificação de Variáveis	113
Anexo III - Instrumento de Recolha de Dados	117

Anexo IV- Pedido de Autorização às Instituições Escolares.....	126
Anexo V - Autorização das Instituições Escolares.....	133
Anexo VI - Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação.....	137
Anexo VII - Projeto de Intervenção.....	139
Anexo VIII - Relatório de Estágio.....	168

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Sexualidade nas disciplinas escolares	47
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Mudanças fisiológicas na adolescência, em função do sexo.....	9
Tabela 2 - Estadiamento maturacional de Tanner	11
Tabela 3 - Variáveis sociodemográficas.....	36
Tabela 4 - População/amostra.....	38
Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da amostra	39
Tabela 6 - Autoavaliação sobre o nível de conhecimentos	44
Tabela 7 - Fonte de conhecimento/informações sobre a sexualidade	45
Tabela 8 - Com quem habitualmente fala sobre sexualidade	45
Tabela 9 - Diálogo com os pais e autoavaliação da comunicação.....	46
Tabela 10 - Agentes de socialização mais importantes	46
Tabela 11 - Expressão da sexualidade e métodos contraceptivos	47
Tabela 12 - Zona erógena, órgão dos sentidos, masturbação e expressão que define sexualidade	48
Tabela 13 - Infecções sexualmente transmissíveis e definição de sexualidade	49
Tabela 14 - Atitudes sobre a sexualidade	50
Tabela 15 - Comportamentos sexuais dos adolescentes.....	51
Tabela 16 - Diferenças nos conhecimentos em função do sexo.....	53
Tabela 17 - Atitudes sobre a sexualidade em função do sexo	54
Tabela 18 - Diferenças nos conhecimentos em função da idade.....	55
Tabela 19 - Atitudes sobre a sexualidade em função da idade.....	56
Tabela 20 - Diferenças nos conhecimentos em função do local de residência.....	57
Tabela 21 - Atitudes sobre a sexualidade em função do local de residência.....	59
Tabela 22 - Diferenças nos conhecimentos em função da escolaridade.....	60
Tabela 23 - Teste post-hoc entre conhecimentos e ano de escolaridade	61
Tabela 24 - Atitudes sobre a sexualidade em função da escolaridade.....	63
Tabela 25 - Teste post-hoc entre atitudes face à sexualidade e ano de escolaridade	64
Tabela 26 - Diferenças nos conhecimentos em função do NSE.....	65
Tabela 27 - Teste post-hoc entre conhecimentos e NSE	66
Tabela 28 - Atitudes sobre a sexualidade em função do NSE.....	67
Tabela 29 - Teste post-hoc entre atitudes face à sexualidade e NSE	67
Tabela 30 - Diferenças nos comportamentos sexuais em função do sexo.....	68

Tabela 31 - Diferenças nos comportamentos sexuais em função da idade	69
Tabela 32 - Diferenças nos comportamentos sexuais em função do local de residência	70
Tabela 33 - Diferenças nos comportamentos sexuais em função da escolaridade	71
Tabela 34 - Teste post-hoc entre os comportamentos sexuais e ano de escolaridade	71
Tabela 35 - Diferenças nos comportamentos sexuais em função do NSE	72
Tabela 36 - Diferenças nos traços de personalidade em função do sexo	72
Tabela 37 - Diferenças nos traços de personalidade em função da idade	73
Tabela 38 - Diferenças nos traços de personalidade em função do local de residência .	73
Tabela 39 - Diferenças nos traços de personalidade em função da escolaridade	73
Tabela 40 - Diferenças nos traços de personalidade em função do NSE	74
Tabela 41 - Teste post-hoc entre os traços de personalidade e NSE	74
Tabela 42 - Relação entre conhecimentos e traços de personalidade.....	75
Tabela 43 - Atitudes sobre a sexualidade em função dos traços de personalidade	77
Tabela 44 - Relação entre comportamentos sexuais e traços de personalidade	78

Introdução

A adolescência é uma fase do ciclo vital, que ocorre entre a infância e a idade adulta, compreende o período dos 10 aos 19 anos de idade, caracterizada por um conjunto de mudanças e alterações físicas, psicológicas, emocionais e sociais, que possibilitam o aparecimento de comportamentos irreverentes e o questionamento dos modelos e padrões infantis que são necessários ao próprio crescimento, exigindo do adolescente múltiplas adaptações à sua nova condição (Silva & Lopes, 2009).

Na adolescência a sexualidade configura-se como um elemento que contribui para a formação da identidade do adolescente. Nesta etapa a sexualidade é manifestada por múltiplas identificações que envolvem a aceitação da própria imagem corporal, a descoberta do outro como elemento de amor ou desejo, do encontrar-se e das relações com os familiares, grupos e profissionais.

A sexualidade é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida, envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde. É um componente intrínseco da pessoa, superando o aspecto biológico, revelando-se também como um fenómeno psicológico e social, influenciado pelas crenças, valores pessoais, familiares, normas morais e tabus da sociedade.

Durante esta etapa, as trocas afetivas e a descoberta da sexualidade são particularmente importantes (Almeida & Centa, 2009), pelo que é natural que os adolescentes se envolvam em situações de namoro e, conseqüentemente à exploração da sexualidade (Rodrigues, 2010).

A sexualidade é uma realidade complexa que se associa a quatro fatores psicosssexuais que se encontram envolvidos no desenvolvimento da personalidade e dos comportamentos sexuais: identidade de género, identidade sexual, orientação sexual e comportamentos sexuais (Sadock & Sadock, 2005; Serrão, 2012). Por conseguinte, pode-se dizer que a sexualidade não é um produto acabado, mas que se vai construindo ao longo da vida com impacto ao nível do desenvolvimento da personalidade e da identidade humana (Bastos, 2003).

Na perspetiva de Brás (2008) os adolescentes têm, hoje em dia, a sua experiência sexual cada vez mais precocemente, pelo que a proporção de adolescentes sexualmente ativos também cresceu. Assim, quanto mais precocemente se iniciam as relações sexuais, menos informação e conhecimentos possuem levando-os a envolverem-se mais rapidamente em comportamentos de risco (Brás, 2012). Estes comportamentos encontram-se associados não apenas às infeções sexualmente transmissíveis (IST), mas igualmente às gravidezes indesejadas que alteram por completo a vida dos adolescentes envolvidos (Cortesão, Silva, & Torres, 2005).

Diferentes estudos têm mostrado que os conhecimentos e os comportamentos sexuais dos adolescentes apresentam variações em função de certas variáveis como o sexo (Brás, 2008; Brás, 2012), a idade/escolaridade (e.g., López Sánchez, 2012), o local onde residem (Almeida, Silva, & Cunha, 2007) e o nível socioeconómico (NSE), (Torres, 2011).

Neste contexto, o papel da família, da escola, dos profissionais de saúde (nomeadamente do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária) e da comunidade em geral, assume particular importância na educação, aconselhamento e prevenção de comportamentos de risco (Afonso, 2011; Capellà, 2003; López Sánchez, 2012; Sampaio, 2011; Vilar & Ferreira, 2010).

No âmbito da Unidade Curricular Estágio I - Trabalho de Projeto - que decorreu na Unidade funcional Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), elaboramos este projeto de investigação sobre “adolescência e sexualidade” que veio a ser operacionalizado no decorrer do Estágio II - Trabalho de Projeto, no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança. Atendendo às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, alínea a) que refere “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (artigo 4º do Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro, p. 8667), assumindo-se como tarefa essencial auscultar os conhecimentos dos adolescentes relativamente à sexualidade, bem como os seus comportamentos sexuais, para que possam ser implementadas intervenções adequadas às suas necessidades.

Nesta linha, o presente estudo tem como objetivos: identificar os conhecimentos e comportamentos face à sexualidade e traços de personalidade de adolescentes do ensino secundário de três escolas secundárias do distrito de Bragança, bem como analisar se as variáveis sociodemográficas e traços de personalidade interferem nos mesmos

Este trabalho de investigação encontra-se estruturado em duas partes: a primeira, constitui-se no ponto de referência da fundamentação teórica, apresentando os conceitos associados à adolescência, sua evolução, processo de maturação, puberdade, características da sexualidade, identidade e género, orientação sexual, conhecimentos face à sexualidade, comportamentos de risco e educação/informação sexual na adolescência, com enfoque para o papel da família, da escola e dos profissionais de saúde, nomeadamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

A segunda parte integra a investigação empírica realizada, iniciando-se com as opções metodológicas associadas à questão de investigação, objetivos, variáveis e hipóteses, tipo de estudo, caracterização da população e amostra, instrumento de recolha de dados, bem como os procedimentos e considerações éticas, a análise e o tratamento dos dados. São apresentados e discutidos os resultados descritivos e inferenciais.

Este estudo termina com um conjunto de considerações associadas aos resultados, pontos fortes e constrangimentos sentidos, bem como sugestões para investigações e projetos de intervenção futuros.

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Adolescência e Puberdade

Compreender a adolescência significa contextualizá-la nas diversas realidades culturais do mundo e nos diversos marcos de desenvolvimento presentes nas sociedades, uma vez que a ela se associam fenômenos históricos, religiosos, políticos e culturais (Silva & Lopes, 2009).

A palavra adolescência provém do latim *adolescere*, que significa "fazer-se homem/mulher" ou "crescer na maturidade" (Ferreira & Nelas, 2006, p. 142) e hoje em dia, é conceptualizada como o período que se situa entre a infância e a vida adulta e assumida como um tempo de transição (Davim, Germano, Menezes, & Carlos, 2009; Eisenstein, 2005; Souza & Melo, 2013). É durante esse período que surgem os primeiros indícios físicos de maturidade sexual que culminam com a realização social da situação de adulto independente (Lírio, 2012).

Mas, a transição entre a infância e a idade adulta nem sempre foi relevada devido a aspetos sociais, religiosos, económicos e políticos que caracterizavam as sociedades até ao século XVIII, e que exigiam uma independência precoce dos elementos da família, para contribuírem para a economia do lar (Grossman, 2010). O indivíduo passava, assim, diretamente da infância para a idade adulta, sem transitar por um estágio intermédio ou por uma fase com características diferenciadoras e significativas sob o ponto de vista desenvolvimentista (Ferreira & Nelas, 2006). É a partir desta altura que a diferenciação entre a infância e a adolescência começa a surgir, embora ainda com alguma confusão de conceitos.

Com o advento do conceito de família moderna no século XIX, a infância começa a ser distinguida da adolescência, e esta, assume o palco das investigações a partir do século XX, abordando os diversos aspetos que caracterizam este período de desenvolvimento nas diversas sociedades (Souza & Melo, 2013).

Como referido anteriormente, a adolescência é essencialmente marcada por um conjunto de mudanças físicas, cognitivas, psicossociais e afetivas (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2011), pelo que, este momento de transição é tratado de forma diferente de acordo com a sociedade onde o adolescente se encontra inserido, o tempo histórico, a classe social e etnia de pertença (Domingues & Domingues, 2007). Schoen-Ferreira, Aznar-Farias, & Silveiras, 2010) referem que existem várias

adolescências, de acordo com as características de cada pessoa e do seu contexto social e histórico.

A revisão de literatura sobre a adolescência nas diferentes sociedades sublinha marcos históricos importantes que tiveram impacto na forma como a adolescência é hoje considerada: na Grécia Antiga, a valorização dos rapazes em detrimento das raparigas era uma realidade (Assis *et al.*, 2003; Santrock, 2003; Sprinthall & Collins, 2009).

Na Idade média as crianças e adolescentes eram considerados adultos em miniatura, precisando de crescer quantitativamente em termos físicos e mentais (Costa, 2002; Costa, 2008; Santrock, 2003; Schoen-Ferreira *et al.*, 2010); na Idade Moderna o Estado começa a interferir no espaço social, nomeadamente na família, comunidade, grupos religiosos e educacionais (Schoen-Ferreira *et al.*, 2010).

No Século XIX os filhos começam a ser valorizados como futuro da família e começa a haver a visão do filho como objeto de amor. As meninas eram educadas para serem mães, com educação intelectual, religiosa e moral para ensinarem os seus filhos (Sarat & Sarat, 2007; Traverso-Yepez & Pinheiro, 2002). O interesse pela adolescência começa a despertar vários profissionais, nomeadamente psicólogos, enfermeiros e médicos (Sarat & Sarat, 2007).

No Século XX as modificações no interior das famílias aportaram novas posições dos seus membros, não sendo mais o sexo que definia os papéis (Amazonas & Braga, 2007; Steinberg & Lerner, 2004) e, no Século XXI as crianças e adolescentes começam a ser considerados como pessoas de direito e numa fase especial de desenvolvimento que exige proteção do estado (Espindula & Santos, 2004; Schoen-Ferreira *et al.*, 2010), tornando-se, a adolescência, num período crucial do ciclo vital.

As culturas mais desenvolvidas retardam o ingresso dos jovens nas instituições sociais, exigindo estudos e especializações para integrarem o mercado de trabalho. É neste sentido que a OMS utiliza o termo juventude para a faixa etária dos 15 aos 24 anos, altura em que são assumidas as responsabilidades consideradas adultas (UNICEF, 2011). Também a escola modificou o seu papel: antes esperava que o adolescente fosse preparado para uma profissão, sendo que hoje prepara indivíduos para a sociedade na construção de trajetórias de vida individuais inseridas num determinado contexto sociocultural (Sifuentes, Dessen, & Oliveira, 2007).

Para Steinberg e Lerner (2004) a preocupação com a adolescência divide-se em três marcos importantes. Entre a década de 50 e 80 do século passado, durante a qual foram enfatizados os estudos descritivos dos padrões de comportamento, ajustamento pessoal e relacionamento, para além dos estudos sobre as possíveis trajetórias dos indivíduos. Da década de 80 até aos dias de hoje, a preocupação radica na aplicação dos conhecimentos científicos e na resolução de problemas reais e o interesse crescente pelo desenvolvimento positivo do indivíduo, especialmente ao se consciencializar que os adolescentes representam o futuro da humanidade.

O processo de maturação do adolescente é marcado por um conjunto de adaptações biológicas e por vivências orgânicas que se aceleram a par do desenvolvimento cognitivo e da estruturação da personalidade, pelo que a Organização Mundial de Saúde (OMS, cit. por Silva & Lopes, 2009) considera que podem ser identificadas três etapas ou fases neste período: a pré-adolescência (*preadolescent*), que ocorre entre os 10 e os 14 anos de idade; a adolescência (*adolescent*) propriamente dita, que ocorre entre os 15 e os 19 anos e a juventude (*youth*) que decorre entre os 15 e os 24 anos de idade.

A partir desta divisão cronológica, poderíamos assumir que a adolescência é marcada por dois momentos diferenciados: entre os 10 e os 14 anos e entre os 15 e os 24 anos de idade. No entanto, esta aceção não permitiria um enfoque particularizado na faixa etária dos 15 aos 19 anos, durante a qual ocorre um acentuado desenvolvimento físico, psicológico e emocional.

Nesse sentido, Horta e Sena (2010) sugerem que a delimitação do conceito de adolescência dos 10 aos 19 anos é a mais utilizada na literatura da área da saúde (enfermagem, psicologia e medicina), enquanto a definição de juventude aparece mais vinculada a relatórios sociais, económicos e políticos que têm em vista a elaboração de políticas públicas, assumindo uma categoria essencialmente sociológica que indica o processo de preparação dos indivíduos para assumirem o papel de adulto na sociedade, quer no plano familiar quer no profissional (Silva & Lopes, 2009).

A divisão da adolescência em duas etapas é igualmente adotada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011, p. 6), nomeadamente:

Dos 10 aos 14 anos de idade, designada de fase inicial da adolescência, onde se iniciam as primeiras mudanças físicas associadas ao crescimento, ao

desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias. Apesar de serem mais visíveis as mudanças físicas, ocorrem igualmente mudanças internas profundas.

Dos 15 aos 19 anos de idade, designada de fase final da adolescência, caracterizada pela maturação física do desenvolvimento à qual se associam mudanças ao nível cognitivo, psicossocial e afetivo.

Nesta linha de pensamento, Correa e Ferriani (2005) referem que os estudos produzidos na área da saúde, especificamente da enfermagem, tendem a homogeneizar a definição de adolescência a partir dos limites cronológicos.

Apesar do critério cronológico apresentar algumas diversidades em função dos autores, ele é um conceito unânime para definir a adolescência, pese embora esta possa ser vista de forma diferente nas diversas sociedades.

1.1. Puberdade

Parece existir uma confusão entre os conceitos de puberdade e de adolescência. O conceito de puberdade encontra-se associado aos primeiros anos de crise da adolescência e possui um valor biológico, que se aplica na determinação do momento de transformação da criança em adulto (Domingues & Domingues, 2007; Ferreira & Nelas, 2006; Sprinthall & Collins, 2009).

A pubescência é igualmente um conceito importante neste campo, caracteriza-se por ser um estágio de rápido crescimento fisiológico, de amadurecimento das funções reprodutoras e dos órgãos sexuais, sendo uma fase que dura cerca de dois anos e termina na puberdade, com o surgimento das características sexuais secundárias (Ferreira & Nelas, 2006; Santrock, 2003; Sprinthall & Collins, 2009).

Assim, a puberdade é caracterizada pela intensificação da produção das hormonas elaboradas pelas glândulas suprarrenais e a produção de óvulos e espermatozoides. O desenvolvimento pubertário tem por base fatores genéticos, familiares, culturais, económicos, étnicos, climáticos, sociais, afetivos e físicos (Santrock, 2003).

A maior parte dos autores que analisa a puberdade, refere que esta é o marco inicial da adolescência (Domingues & Domingues, 2007; Sprinthall & Collins, 2009). Em

Portugal e na Europa Ocidental, a puberdade oscila entre os 12 e os 18 anos, sendo mais precoce no sexo feminino, devido a fatores genéticos e hormonais (Braconnier & Marcelli, 2000).

O desenvolvimento pubertário é comandado, essencialmente, por fatores hormonais que caracterizam as transformações biológicas sentidas e os desejos e impulsos sexuais, funcionamento dos órgãos sexuais, excitação, orgasmo e aparecimento de acne (Ferreira & Nelas, 2006; Santrock, 2003).

No sexo feminino, o início da puberdade é marcado pelo primeiro episódio menstrual (menarca), manifestando-se ao nível do desenvolvimento das mamas, crescimento dos pelos púbicos e rápido crescimento em estatura. No sexo masculino, a espermarca (primeira ejaculação) marca o início da puberdade, traduzindo-se no desenvolvimento testicular, crescimento repentino em altura e crescimento dos pelos púbicos (Domingues & Domingues, 2007; Lissauer & Clayden, 2001). A Tabela 1 apresenta as principais mudanças fisiológicas da adolescência, em função do sexo.

Tabela 1 - Mudanças fisiológicas na adolescência, em função do sexo

Rapazes	Raparigas
Crescimento esquelético	Crescimento esquelético
Aumento dos testículos	Aumento da genitália externa
Pelo púbico pigmentado	Pelo púbico pigmentado
Mudança de voz	Voz gradualmente mais forte
Ejaculação noturna e ereções mais frequentes	Menstruação
Surto de crescimento adolescente	Surto de crescimento adolescente
Aumento do pénis	Pelos axilares
Pelos axilares e no peito	Gonadotrofinas na urina
Pelos faciais pigmentados	Mudanças na pele (acne)
Ocasionalmente, hiperplasia mamária subareolar	Odor corporal mais forte
Presença de gonadotrofinas na urina	Mudança na forma do corpo: aumento da pélvis, alargamento dos quadris, desenvolvimento de mais gordura cutânea
Mudanças na pele (acne)	
Odor corporal mais forte	

Fonte: Adaptado de Cordeiro (2006, p. 42) e de Domingues e Domingues (2007, pp. 4-5)

É na puberdade que aparecem as principais modificações neuro-endócrinas que se traduzem em transformações morfológicas, funcionais e comportamentais com significado psicológico e social importante.

As mudanças neuro-hormonais são também iniciadas e têm como objetivo conseguir a capacidade reprodutiva própria de cada sexo. Isto ocorre, fundamentalmente, graças à interação entre os Sistema Nervoso Central, hipotálamo, hipófise e gónadas (Domingues & Domingues, 2007). Nas gónadas e no córtex cerebral encontram-se as hormonas que despoletam o aparecimento dos caracteres sexuais primários e secundários na adolescência. O hipotálamo assume-se como o centro do controlo das transformações na puberdade e possui a capacidade de regular as funções da hipófise através da produção de determinadas hormonas (Braconnier & Marcelli, 2000; Ferreira & Nelas, 2006).

A característica fundamental na primeira fase da adolescência é o rápido crescimento somático e o aparecimento dos caracteres sexuais secundários. A classificação das distintas fases de maturação puberal de Tanner (Tabela 2) é de grande utilidade, para a utilização de uma linguagem comum entre todos os profissionais (Rivero & Fierro, 2005).

Os caracteres sexuais primários e secundários apresentam-se, no rapaz e na rapariga, em idades distintas. Nas raparigas são mais precoces, o desenvolvimento dos seios é um dos primeiros indícios que confirmam a maturação sexual, seguindo-se do aparecimento dos pelos pubianos e axilares (Sousa, 2000).

A adolescência é considerada uma fase de grande vulnerabilidade no desenvolvimento humano, cuja suscetibilidade externa pode ocasionar prejuízos no indivíduo, daí a necessidade de um conjunto de cuidados de saúde. Nesta fase observa-se um período de aceleração da velocidade de crescimento, seguido de um valor de pico e subsequente desaceleração até ao término do crescimento (Saito, Silva, & Leal, 2008). São estabelecidas diferentes formas corporais masculinas e femininas, designando-se de dimorfismo sexual, que resulta do desenvolvimento esquelético, muscular e do tecido adiposo. O depósito de gordura nas meninas ocorre na região das mamas e dos quadris e confere um aspeto característico do corpo feminino. Nos homens, o crescimento entre os ombros, associado ao desenvolvimento muscular na região da cintura escapular, define a forma masculina (Lourenço & Queiroz, 2010).

Tabela 2 - Estadiamento maturacional de Tanner

Desenvolvimento mamário - sexo feminino
M1 - Mama infantil, com elevação somente da papila.
M2 - Broto mamário. Forma-se uma saliência pela elevação da aréola e da papila. O diâmetro da aréola aumenta e há modificação na sua textura. Há pequeno desenvolvimento glandular subareolar.
M3 - Maior aumento da mama e da aréola, sem separação dos seus contornos. O tecido mamário extrapola os limites da aréola.
M4 - Maior crescimento da mama e da aréola, sendo que esta forma uma segunda saliência acima do contorno da mama (duplo contorno).
M5 - Mama de aspeto adulto, em que o contorno areolar novamente é incorporado ao contorno da mama.
Desenvolvimento genital - sexo masculino
G1 - Testículos, escroto e pênis de tamanho e proporções infantis.
G2 - Aumento inicial do volume testicular (3-4 ml). Pele do escroto muda de textura e torna-se avermelhada. Aumento do pênis pequeno ou ausente.
G3 - Crescimento do pênis em comprimento. Maior aumento dos testículos e do escroto.
G4 - Aumento do pênis, principalmente em diâmetro e desenvolvimento da glândula. Maior crescimento de testículos e escroto, cuja pele torna-se mais enrugada e pigmentada.
G5 - Desenvolvimento completo da genitália, que assume características adultas.
Pilosidade pubiana - sexo feminino e masculino
P1 - Ausência de pelos pubianos. Pode haver uma leve penugem, semelhante à observada na parede abdominal.
P2 - Aparecimento de pelos longos e finos, levemente pigmentados, lisos ou pouco encaracolados, ao longo dos grandes lábios e na base do pênis.
P3 - Maior quantidade de pelos, agora mais grossos, escuros e encaracolados, espalhando-se esparsamente na região pubiana.
P4 - Pelos do tipo adulto, cobrindo mais densamente a região pubiana, mas sem atingir a face interna das coxas.
P5 - Pilosidade pubiana igual à do adulto, em quantidade e distribuição, invadindo a face interna da coxa.
Obs. Algumas pessoas apresentam extensão dos pelos pela linha alba, acima da região pubiana, constituindo-se o estágio P6.

Fonte: Adaptado de Lourenço e Queiroz (2010, p. 73)

A composição corporal do adolescente varia em função da maturação sexual. Nos rapazes, o pico do crescimento coincide com a fase adiantada do desenvolvimento dos genitais e pilosidade pubiana, momento em que também ocorre o desenvolvimento acentuado de massa magra e muscular (Castilho & Barros Filho, 2000).

Nesta primeira fase da adolescência ocorre ainda uma evolução progressiva de todos os órgãos e sistemas, sobretudo os sistemas cardio-circulatório e respiratório (Saito *et al.*, 2008). Da mesma forma, observa-se igualmente um desenvolvimento das gónadas e das

características sexuais secundárias devido ao complexo mecanismo neuro-endócrino e à influência de fatores genéticos e ambientais (Castilho & Barros Filho, 2000).

Nas raparigas, a primeira manifestação puberal associa-se ao desenvolvimento do broto ou botão mamário, enquanto nos rapazes essa manifestação associa-se ao volume testicular (Lourenço & Queiroz, 2010).

As mudanças fazem com que a imagem corporal anterior se perca, criando uma grande preocupação e curiosidade para as mudanças físicas. O grupo de pares, normalmente do mesmo sexo, serve para contrastar a instabilidade produzida por estas mudanças, comparando-se a própria normalidade com a dos demais e a aceitação pelos seus colegas da mesma idade e sexo (Saito *et al.*, 2008).

Os contactos com o mesmo sexo iniciam-se de forma exploratória, assim como se iniciam as primeiras tentativas de modular os limites da independência e de reclamar a sua própria intimidade, sem criar grandes conflitos familiares. A capacidade de pensamento é totalmente concreta, não percebem as implicações futuras dos seus atos e decisões presentes. Creem que são o centro de uma grande audiência imaginária que constantemente os observa, pelo que muitas das suas ações se encontram modeladas por este sentimento. A sua orientação é existencialista, narcisista e tremendamente egoísta (Rivero & Fierro, 2005).

Esta é a fase de descoberta da intimidade, pelo que o desejo sexual se torna mais específico e vários estímulos adquirem um valor sexual. Com a atividade hormonal, os adolescentes iniciam as suas primeiras relações sexuais, com ou sem penetração. Este processo de procura de intimidade ocorre, frequentemente, de forma não programada pelo que nem sempre são utilizadas formas seguras de contraceção por parte dos adolescentes (Brás, 2008).

Já na segunda fase da adolescência, o crescimento e a maturidade sexual estão praticamente finalizados, pelo que a partir daqui ocorrem mudanças mais lentas no corpo do adolescente. As mudanças pubertárias estão quase completas, o adolescente vive agora num corpo de adulto em desenvolvimento. As componentes do desenvolvimento vão-se consolidando, o que faz emergir um sistema de atitudes, valores e sentimentos mais estáveis, não invalidando que subsistam questões associadas

a diferentes tipos de relacionamento amoroso e sexual por parte dos adolescentes (Brás, 2008).

Nesta fase, os adolescentes integram grupos de pares e consideram que estes são importantes nas suas vidas. Os grupos evoluem e ajudam à consolidação dos valores e das atitudes, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade e ao amor, aos papéis masculino e feminino, bem como às normas de relacionamento, tendo o jovem uma consciência clara quanto à sua orientação sexual (Brás, 2008; Sampaio, 2006).

Dada à vulnerabilidade de sentimentos e de emoções, os adolescentes apresentam uma maior tendência para se envolverem em comportamentos de risco (e.g., álcool, tabaco, drogas, gravidez indesejada), que podem determinar as patologias posteriores na época adulta (Brás, 2008; Moreira, 2011).

Durante esta fase os adolescentes experienciam uma gama alargada de expressões sexuais, inseridas no processo de construção das suas identidades sexuais, pelo que os riscos de saúde e sociais ligados à atividade sexual desprotegida, bem como a outros comportamentos de risco, assumem preponderância central (Lopes, 2006).

Nesta fase, os adolescentes possuem uma maior autonomia, são capazes de decidir relativamente à sua vida em geral e sobre a sexualidade em particular, pelo que os relacionamentos possuem uma natureza mais duradoura e existe uma aprendizagem erótica que pode ter um sentido positivo (Domingues & Domingues, 2007; Lourenço & Queiroz, 2010).

A partir geralmente dos 18 anos a maturidade física está totalmente adquirida; ao nível cognitivo os adolescentes desenvolvem a sua capacidade de pensar abstratamente, tomam conhecimento das suas limitações e de como é que o seu passado pode afetar o seu futuro. Assim, as novas necessidades afetivas e a sexualidade avançam no sentido de uma intimidade mais ligada à formação de casais e a uma planificação do futuro (Lopes, 2006).

Pelo exposto, constata-se que a adolescência não é um fenómeno universal, determinado biologicamente, uma vez que a sua aceção é influenciada pelas instituições sociais e fatores culturais que têm impacto no meio e no processo de desenvolvimento do adolescente. Pela pertinência no presente estudo, em seguida, aborda-se o

desenvolvimento psicosssexual do adolescente, enfocando-se na identidade, na identidade de gênero e na orientação sexual.

1.2. Desenvolvimento Psicosssexual

A adolescência é uma etapa do ciclo vital na qual ocorrem grandes transformações físicas, psicológicas e emocionais, sendo que as trocas afetivas e a descoberta da sexualidade se assumem como particularmente importantes nesta fase (Almeida & Centa, 2009).

À medida que os adolescentes amadurecem sexualmente, tornam-se naturalmente mais interessados em passar mais tempo com o sexo oposto e em estarem envolvidos em rituais sociais de namoro (Cloutier & Drapeau, 2008), pelo que o conhecimento sobre a sexualidade assegura a tomada de decisões e comportamentos adequados e conscientes (Rodrigues, 2002).

A sexualidade é uma realidade complexa e, por conseguinte, difícil de definir, fazendo parte de todos os seres humanos, pelo que não pode ser ignorada (Leão & Ribeiro, 2012; Serrão, 2012). Assim, o desenvolvimento psicosssexual designa as mudanças sexuais no seu sentido mais amplo, integrando os componentes sensoriais, emotivos, afetivos, cognitivos, volitivos, sociais, éticos e espirituais, enquanto promotor do conhecimento de si próprio e do outro (Dias, Ramalheira, Marques, Seabra, & Cabral, 2002). Por isso, a sexualidade constrói-se ao longo da vida e revela ser parte integrante do desenvolvimento da personalidade e da identidade humana (Almeida & Centa, 2009; Bastos, 2003).

O conceito de desenvolvimento psicosssexual remete para Freud, que reconhece que a criança já nasce como os "germes de movimentos sexuais" e que estes passam a evoluir de acordo com o desenvolvimento da criança (Nunes & Silva, 2000, p. 48).

Neste sentido, a teoria psicosssexual defende as formas de organização da libido (desejo sexual), desde a infância e a sua participação na construção da personalidade que se forma, nos primeiros anos de vida à medida que a criança lida com os conflitos entre as pulsões biológicas e inatas, ligadas ao sexo e às exigências da sociedade (Alves & Mota, 2015; Tomio & Facci, 2009). Estes conflitos ocorrem numa sequência de estádios

de desenvolvimento psicosexual, sendo que a principal diferença entre eles é o facto de o prazer mudar de zona erógena do corpo (inicialmente a boca, depois o ânus e posteriormente os órgãos genitais) (Cloutier & Drapeau, 2008).

Freud, identificou quatro fases designadas de: fase oral (dos 0 aos 18 meses); fase anal (dos 18 meses aos 3 anos); fase fálica (dos 3 aos 6 anos); período de latência (dos 6 aos 9 anos) e fase genital (adolescência). Esta última fase (a genital) coincide com a puberdade e o prazer sexual que se encontra orientado para os órgãos sexuais, enquanto fonte de prazer (Farias, Nantes, & Aguiar, 2015). De facto, é na adolescência que aparecem as primeiras manifestações de atração sexual por outras pessoas, um momento de preparação para constituir uma família, pelo que o principal exercício desta fase é a reprodução (Tomio & Facci, 2009; Costa & Oliveira, 2011).

A sexualidade depende, assim, de quatro fatores psicosexuais que envolvem o desenvolvimento da personalidade e os comportamentos sexuais (Sadock & Sadock, 2005, pp. 62-63):

A identidade de género, que está associada ao sentido de ser masculino ou feminino e ocorre muito precocemente na infância. Resulta de uma série de experiências com familiares, com os pares e de fenómenos culturais;

A identidade sexual, que é o padrão definido pelas características biológicas e sexuais;

A orientação sexual, que descreve o objeto dos impulsos sexuais: heterossexual, homossexual ou bissexual, que leva a uma heterogeneidade de comportamentos;

O comportamento sexual que inclui o desejo, as fantasias e a procura de parceiro.

Uma das tarefas mais importantes que se associa ao desenvolvimento psicosexual em específico e à adolescência em geral é a construção da identidade e da identidade de género. A construção da identidade encontra-se intimamente associada à identidade de género, sendo esta entendida como "o sentido subjetivo do self em indivíduos como sendo masculino ou feminino" relacionando-se com os papéis de género, ou seja, "todas as normas de comportamento e aparência estereotipadamente ligadas a cada género,

incluindo tanto características adotadas por uma pessoa, como características baseadas no gênero que lhe são atribuídas pelos outros" (Oliveira, 2010, p. 20).

A orientação sexual ocorre igualmente a par das mudanças físicas, psicológicas e sociais que decorrem na adolescência (Sprinthall & Collins, 2009). É na adolescência que se constroem as principais representações dos relacionamentos, estilos de comunicação e estabelecimento de compromissos, intimamente associados à dimensão ética e sociocultural, ligada às escolhas, responsabilidades da vivência sexual e à influência da cultura, dos valores e das regras (Reis, Ramiro, & Matos, 2012).

2. Sexualidade na adolescência

No âmbito da sexualidade na adolescência são comuns os estudos que se debruçam sobre os conhecimentos, os comportamentos, crenças e atitudes, assumindo-se estes como conceitos diferentes, embora relacionados.

Assim, os conhecimentos referem-se à informação, ao saber, à noção, à experiência e ao domínio teórico e/ou prático que os adolescentes possuem relativamente à sexualidade, assumindo-se como essenciais na adoção de comportamentos preventivos (Jones & Haynes, 2006). No entanto, a literatura tem mostrado que o conhecimento sobre a sexualidade, nomeadamente sobre os métodos contraceptivos, não se expressa diretamente em práticas preventivas, sendo a eficácia do uso do preservativo e de outros métodos contraceptivos, associada, também, a fatores psicológicos fundamentais, como a eficácia e intenção do adolescente para os utilizar, a perceção que este tem da atitude dos pares e da sua própria assertividade (Reis *et al.*, 2012).

Os comportamentos referem-se a todas as ações empreendidas em matéria da sexualidade, i.e., tudo aquilo que o adolescente faz. Neste âmbito do comportamento afetivo e sexual, as raparigas parecem apresentar uma menor atividade sexual que os rapazes, pela maior culpabilidade e maiores consequências diretas relativamente à atividade sexual (Sousa, 2000).

Os comportamentos de risco dizem respeito a todos os comportamentos que são empreendidos pelos adolescentes e que colocam em risco a sua saúde individual, física ou mental, a curto ou longo prazo, nomeadamente associados ao consumo de álcool e drogas ilícitas, atividade sexual precoce e sem precauções (Carter, McGee, Taylor, & Williams, 2007).

2.1. Conhecimentos Face à Sexualidade

Os conhecimentos face à sexualidade têm-se assumido como uma grande preocupação por parte dos investigadores, pois eles são elementos fundamentais que auxiliam na prevenção (Jones & Haynes, 2006). Apesar de alguns autores (Reis & Matos, 2007; Rodrigues, 2010) verificarem que as raparigas apresentam mais conhecimentos e preocupações preventivas perante comportamentos sexuais de risco quando comparadas

com os rapazes, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), revelaram, em 2014, uma taxa de fecundidade na adolescência de 9,3%. Este fenómeno, associado ao elevado número de IST na população adolescente e jovem (e.g., infeções bacterianas, gonorreia, herpes genital, sífilis e clamídia), constitui uma grande preocupação e suscita intervenções cada vez mais alargadas e um aumento de estudos de investigação (Silva *et al.*, 2012).

Algumas das investigações têm sugerido que os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade são ainda parcos, nomeadamente ao nível das IST e sobre as questões práticas associadas aos métodos contraceptivos (Vilar & Ferreira, 2010). No entanto, outros estudos mostraram que, relativamente aos modos de transmissão do VIH/SIDA, a maioria dos adolescentes sabe identificá-los corretamente, sendo que as raparigas demonstram melhor nível de conhecimentos (Matos *et al.*, 2012; Matos, Ramiro, Reis, & Equipa Aventura Social, 2013; Reis, Ramiro, Matos, Diniz, & Simões, 2011).

Um estudo transversal, conduzido por Sousa (2000), com 432 adolescentes, de ambos os sexos, do ensino secundário da cidade de Bragança, teve como intuito conhecer os comportamentos, conhecimentos e opiniões atitudinais dos adolescentes face à sexualidade e identificar as opiniões destes sobre o funcionamento das consultas de planeamento familiar. Os resultados obtidos revelaram que 41,9% dos inquiridos eram sexualmente ativos, os rapazes apresentaram maior atividade sexual do que as raparigas. Globalmente, este estudo mostrou, ainda, que os adolescentes tinham conhecimentos sobre a sexualidade e uma minoria manifestou ter insuficiência de conhecimentos. Como agentes responsáveis pelo conhecimento, surgiram, em primeiro lugar, os amigos seguidos dos meios de comunicação. Observou-se, ainda, que a maioria dos jovens revelou atitudes liberais sobre a sexualidade, assumindo perante alguns itens atitudes tolerantes. As consultas de planeamento familiar eram pouco frequentadas pelos jovens, o que talvez se deva ao facto do funcionamento destas serem percecionadas de forma pouco favorável.

Também Lopes (2006), no seu estudo junto de 494 estudantes do ensino secundário dos distritos de Viseu, Guarda e Aveiro constatou que, globalmente, a maioria dos estudantes inquiridos apresentou bons conhecimentos médicos/científicos, comportamentos de elevado risco e de prevenção relativos ao VIH/SIDA.

Almeida *et al.* (2007), num estudo com 826 adolescentes, verificaram que 82,4% dos adolescentes do meio urbano possuíam conhecimentos pobres sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA, por comparação a 86% dos adolescentes do meio rural, que apresentaram mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA enquanto ameaça grave, bem como mais conhecimentos sobre os riscos de contágio.

O estudo de Martins (2010) que envolveu 1101 alunos de uma escola da periferia de Lisboa mostrou que a principal fonte de informação sobre a sexualidade dos alunos são os amigos, mas estes preferiam que fossem os profissionais de saúde. Para além do VIH e do herpes genital, a identificação de outras IST foi insuficiente. Os conhecimentos sobre a transmissão sexual das IST foram satisfatórios, mas não se repercutem na utilização do preservativo pelos alunos, durante as relações não coitais. O sexo e a idade dos alunos encontraram-se significativamente associados a fontes de informação sobre a sexualidade e a algumas dimensões do conhecimento sobre as IST, do comportamento sexual e da procura de tratamento médico.

O estudo transversal realizado por Afonso (2011), a 530 alunos de escolas secundárias de Bragança, durante os meses de outubro a dezembro de 2010, mostrou que 99,4% destes jovens possuía conhecimento sobre o VIH/SIDA e a Hepatite B, e que todos conheciam algum método contraceutivo. Destes adolescentes, 34,9% assumiu a utilização de preservativo, sendo que 84,9% o faz de forma consistente.

Ainda no ano de 2011, Torres realizou um estudo com 359 adolescentes da zona Norte do País, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 13 e os 22 anos. Os principais resultados mostraram que os adolescentes que possuíam mais conhecimentos sobre as IST pertenciam ao sexo feminino, residiam na zona urbana e frequentavam uma escolaridade mais avançada. Os adolescentes que apresentaram maiores conhecimentos sobre os métodos contraceutivos pertenciam ao sexo feminino, são mais velhos e com escolaridade mais avançada, residentes em zonas urbanas, pertencentes à classe socioeconómica mais alta e com apenas um parceiro sexual.

Também Brás (2012) realizou um estudo com 303 adolescentes do distrito de Bragança, com intuito de analisar as atitudes, conhecimentos e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade, os resultados mostraram que a maioria dos adolescentes possuía conhecimentos/informação sobre sexualidade, os rapazes mostraram ter maior

conhecimento sobre IST, alteração do comportamento sexual, procura de informação, abordar o tema da sexualidade com profissionais de saúde e o agente de socialização mais importante na esfera da sexualidade.

Costa (2015) procurou identificar os conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e à educação sexual em contexto escolar, bem como analisar as concepções sobre uma sexualidade saudável nos adolescentes que frequentavam o 8º e o 10º ano de escolaridade. Numa amostra de 289 adolescentes de escolas públicas de Santo Tirso, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, a autora constatou que relativamente aos conhecimentos demonstrados pelos alunos sobre IST, os modos de transmissão do VIH/SIDA, a utilização de métodos contraceptivos e da pílula do dia seguinte/emergência, foram as raparigas e os alunos do 10º ano que demonstraram níveis superiores de conhecimento.

Os principais resultados dos diversos estudos sublinham que, apesar de os adolescentes apresentarem, globalmente, conhecimentos sobre a sexualidade, continuam a empreender comportamentos de risco, reforçando a necessidade de se conduzirem ações de intervenção que permitam potenciar e assegurar a adoção de comportamentos saudáveis no âmbito da sexualidade.

2.2. Comportamentos de Risco

O adolescente ao atingir a maturação sexual, adquire a capacidade para se reproduzir, sente de forma poderosa a necessidade de procurar satisfação sexual e consolida a sua orientação sexual (Sprinthall & Collins, 2009).

Durante a adolescência uma variedade de práticas sexuais vai ser concretizada, uma vez que estas se manifestam através de diversas atividades sexuais, nomeadamente: sonhos sexuais (i.e., sonhos eróticos que podem ser acompanhados por excitação sexual e ejaculação nos rapazes); fantasias sexuais (i.e., desejos que resultam de experiências culturais, pessoais e podem conter material muito variado); masturbação (i.e., comportamento sexual que passa pela autoestimulação sexual) e experiências homossexuais, bissexuais e /ou heterossexuais, que podem não encontrar-se associadas à orientação sexual mas à curiosidade, exploração e aprendizagem recíproca que

caracterizam este período de desenvolvimento (Brás, 2008; Domingues & Domingues, 2007; Ferreira & Nelas, 2006).

Por conseguinte, os adolescentes têm, não raras vezes, comportamentos de risco, relações sexuais não seguras, muitas vezes associadas a hábitos de consumo de álcool e de drogas, que comprometem a sua saúde, não apenas ao nível das IST, mas também no que diz respeito a gravidezes não desejadas (Brás, 2008). Estes comportamentos de risco decorrentes de atitudes imaturas dos adolescentes podem condicionar as suas vidas, pelo que é necessário consolidar os conhecimentos sobre a transmissão das IST e reverter a tendência, potenciando a saúde e o bem-estar dos adolescentes, como imperativo investimento na informação e formação em planeamento familiar (Brás, 2008).

Diversas investigações têm sido conduzidas sobre os comportamentos sexuais de adolescentes em quase todo o mundo, mostrando consistentemente, que os comportamentos sexuais dos adolescentes se iniciam, em média, por volta dos 14 anos de idade, sendo que aos 17 anos têm a primeira relação sexual (Afonso, 2011; Braconnier & Marcelli, 2000; Brás, 2008; Mendez, Hulsey, & Archer, 2002; Nodin, 2001; Prinstein, Meade, & Cohen, 2003).

O início dos comportamentos sexuais nestas idades não deixa de ser preocupante, pelo facto de os adolescentes terem ainda uma grande dose de aventura, irresponsabilidade e imaturidade (Brás, 2008; Lopes, 2006; Matos *et al.*, 2004; Sim-Sim, 2003). Investigações têm mostrado que é comum observar-se que os adolescentes nunca ou quase nunca se recusaram a ter relações sexuais ocasionais, por falta de preservativo (Afonso, 2011; Nodin, 2001; Prinstein *et al.*, 2003).

Outras investigações têm apontado para diferenças nos comportamentos sexuais em função de variáveis como o sexo e a idade (Mendez *et al.*, 2002), sublinhando que são os rapazes que apresentam maiores comportamentos de risco (Shearer, Hosterman, Gillen, & Lefkowitz, 2005) e os que frequentam o 10º ano os que assinalam, mais frequentemente, que já tiveram relações sexuais, quando comparados com os dos 8º e 6º anos (Matos, Simões, Camacho, Reis, & Equipa Aventura Social, 2015).

É também comum observar-se na literatura sobre o tema, que os adolescentes praticam sexo oral antes de iniciarem o coito vaginal e apenas uma minoria utiliza métodos

contracetivos (Boekello & Howard, 2002; Conrad & Blythe, 2003; Prinstein *et al.*, 2003). Muito embora a consciência do uso do preservativo possa estar presente em alguns estudos com adolescentes (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2003), essa consciência nem sempre é visível em outros estudos que mostram um maior desconforto em comprar preservativos numa loja (Matos *et al.*, 2015).

Num interessante estudo realizado por Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006) com 1152 estudantes do 10º, 11º e 12º ano de escolaridade, com intuito de conhecer os seus comportamentos sexuais, observou-se que a maioria dos jovens inquiridos ainda não tinha tido relações sexuais, sendo que aqueles que já tinham iniciado a sua atividade sexual, fizeram-no antes dos 16 anos de idade. Neste estudo os autores constataram que a maioria dos adolescentes referiu o uso do preservativo e consideraram-no como método eficaz na prevenção da gravidez e das IST. Curiosamente, os autores constataram um desfasamento entre aquilo que os adolescentes referiram conhecer sobre o VIH/SIDA e o que expressaram nos seus comportamentos sexuais: os adolescentes que não utilizavam métodos de prevenção e os que referiram ter tido três ou mais parceiros sexuais, apresentavam, em média, mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA.

Almeida *et al.* (2007) no seu estudo constataram que a alteração de hábitos e comportamentos sexuais face ao VIH/SIDA é independente do meio de inserção dos adolescentes (i.e., urbano e rural); (2) os comportamentos preventivos em relação ao VIH/SIDA são independentes do meio de inserção dos adolescentes; (3) o meio de inserção dos adolescentes influencia as atitudes preventivas em relação ao VIH/SIDA, observando-se que a grande maioria dos adolescentes do meio urbano possui comportamentos de risco e menores atitudes preventivas.

Um outro corpo de investigações tem mostrado que o uso irregular dos métodos contracetivos se encontra associado às dificuldades de comunicação com o parceiro sexual (Nodin, 2001; Roque, 2001), o facto de ter relacionamentos mais estáveis (Fortenberry, Tu, Harezlak, Katz, & Orr, 2002) e o consumo de álcool e de outras drogas que favorecem a prática de sexo desprotegido (Brook, Morojele, Zhang, & Brook, 2006; Labrie, Earleywine, Schiffman, Pedersen, & Marriot, 2005).

Estudos têm revelado a provável associação entre o consumo de álcool e drogas e a prática de comportamentos sexuais de risco (Brook *et al.*, 2006; Eaton *et al.*, 2005;

Labrie *et al.*, 2005). Dados obtidos no *Youth Risk Behavior Surveillance* (Eaton *et al.*, 2005), mostram que 23,3% dos jovens sexualmente ativos consumiu álcool ou drogas na última relação sexual, verificando-se que são os rapazes que apresentam este comportamento mais frequentemente (Labrie *et al.*, 2005).

Labrie *et al.* (2005), num estudo realizado com rapazes observaram uma associação negativa entre o consumo de álcool e a utilização de contraceção e, especificamente no uso do preservativo, aumentando a possibilidade de uma gravidez não desejada e a aquisição de IST. Os resultados demonstraram uma percentagem significativa de jovens sexualmente ativos envolvidos numa combinação perigosa de consumo de álcool e drogas e comportamentos de risco.

Pese embora estes resultados, Matos *et al.* (2015), no seu estudo mostraram que a maioria dos adolescentes que já teve relações sexuais, refere não ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas, sendo que são as raparigas que afirmam mais frequentemente que não tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas, não tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas em função do ano de escolaridade.

3. Traços de Personalidade

Poucas investigações têm relacionado o comportamento sexual dos adolescentes e os seus traços de personalidade (Vaz, 2011). Os traços de personalidade são determinantes nas interações individuais, pois definem a organização individual ao nível dos sistemas afetivos, emocionais e cognitivos (Miri, Besharat, Asadi, & Shahyad, 2011).

O modelo de Eysenck considera que os traços de personalidade são fatores disposicionais que determinam de modo constante e persistente, os comportamentos dos indivíduos. Assim, o autor identifica dois tipos de traços: o neuroticismo e a extroversão. O primeiro integra traços como ansiedade, depressão, sentimentos de culpa, baixa autoestima, tenso, irracional, tímido e emotivo, enquanto o segundo engloba traços como sociável, animado, ativo, assertivo, procura de emoções, despreocupado, dominador e aventureiro (Almiro, 2013; Barragán, Acosta, & Gerena, 2002).

Os primeiros estudos remontam aos anos 80 do século XX, aquando do aparecimento dos primeiros casos de VIH/SIDA, que procuraram analisar a possível relação entre os traços de personalidade e os comportamentos sexuais de risco. Num estudo realizado por Trobst, Herbst, Masters e Costa (2002) com o intuito de relacionar o Modelo dos Cinco Grandes Traços de Personalidade e os comportamentos sexuais de risco, os autores verificaram uma associação com quatro traços: extroversão, agradabilidade, conscienciosidade e neuroticismo.

Também Schmitt (2004) procurou analisar a prevalência dos traços de personalidade e os comportamentos sexuais de risco, promiscuidade e infidelidade em dez regiões do mundo, tendo encontrado uma associação universal entre os traços de extroversão e a promiscuidade e infidelidade.

Tendo em linha de conta os diversos estudos aqui apresentados, é de extrema importância que os conhecimentos e os comportamentos dos adolescentes em matéria da sexualidade estejam enraizados e solidificados, como forma de os incentivar e apoiar a assumirem o controlo e a responsabilidade pelas suas decisões e sobre a sua própria vida (Brás, 2008).

Neste contexto, o papel dos profissionais de saúde em geral e dos profissionais de enfermagem, em particular, assume importância fundamental, ao nível do aconselhamento, do estabelecimento de uma relação de ajuda, que estimule o adolescente a expressar-se e permitindo que seja orientado a tomar as decisões mais adequadas e acertadas em matéria da sua saúde a curto, médio e longo prazo (Brás, 2008; Capellá, 2003). A forma mais adequada de o fazer continua a ser através da criação, condução e implementação de programas de educação/informação sexual, com o envolvimento da família e da escola, que se assumem como duas instituições primárias de relevo neste campo de ação.

4. Educação/Informação Sexual na Adolescência

Como referenciado anteriormente, a vivência da sexualidade na adolescência pode representar um risco para a saúde dos adolescentes, pelo que estes devem ter acesso à informação e educação em matéria da sexualidade, bem como os melhores apoios ao nível da saúde sexual e reprodutiva (Brás, 2008; Brás, 2012).

Neste sentido, os programas de saúde focalizados nos adolescentes devem promover o seu desenvolvimento global, numa vertente bio-psico-social e não apenas circunscreverem-se a objetivos preventivos.

Pelo facto de os jovens evitarem frequentar os serviços de saúde, é necessário o desenvolvimento de ações nas escolas e em outros locais que eles frequentam, no sentido de alargar e abranger o maior número possível de jovens, incentivando para o envolvimento e participação das famílias. Os programas de saúde devem, por conseguinte, albergar um leque variado e diversificado de assuntos, para os quais os diversos profissionais de saúde deverão dar o seu contributo, para auxiliar os adolescentes, os seus pais e todos os atores escolares (Nodin, 2001).

Nesse sentido, a família e a escola assumem um papel fundamental ao nível da educação e informação sexual nos adolescentes.

4.1. O Papel da Família na Educação Sexual do Adolescente

No âmbito da Educação para a sexualidade, a família emerge como o primeiro agente de socialização (Brás, 2008). Sabe-se, todavia, que a família nem sempre se assume como um modelo positivo no desenvolvimento dos filhos. Na realidade, independentemente do tipo de família, as manifestações de carinho entre os progenitores ou cuidadores, o clima de cooperação e de compreensão, a atenção e a disponibilidade apresentadas, são fatores decisivos para um desenvolvimento harmonioso do indivíduo. Pelo contrário, a falta de envolvimento emocional, a escassez de comunicação e os comportamentos punitivos, violentos e negligentes assumem-se como fatores negativos no desenvolvimento dos filhos e educandos (Matos, 2007).

A tarefa de educação dos filhos, nomeadamente a relacionada com a sexualidade, exige dos pais uma preparação adequada e contínua, por forma a capacitá-los para o diálogo,

abertura e simplicidade na comunicação, que permita o esclarecimento e orientação eficazes (Brás, 2008; Galvão, 2000), pelo que é importante que os pais mantenham um diálogo aberto com os seus filhos, mesmo reconhecendo os limites e a natureza frequentemente insatisfatória desses diálogos (Braconnier & Marcelli, 2000; Brás, 2008). Quando os pais evitam ou fogem ao diálogo, os adolescentes podem interpretar esta atitude como indiferença e mesmo abandono (López Sánchez, 2012).

Estudos realizados têm mostrado que os pais exercem influência na atitude dos filhos perante a sexualidade, não decorrendo a comunicação entre pais e filhos de forma explícita e aberta, mas pontualmente a partir de uma questão ou interpelação que é feita “particularmente” entre mãe e filho (Brás, 2008; López Sánchez, 2012; Matos, 2007).

No estudo realizado por Almeida e Centa (2009), com intuito de analisar a forma como os pais vivenciavam a educação dos seus filhos, constataram que os pais possuem consciência da necessidade de conversarem franca e abertamente com os seus filhos sobre a sexualidade, como forma de os orientar, no entanto, possuem dificuldades e constrangimentos nessa comunicação decorrente da educação que receberam. Verificaram que muitos dos pais reconhecem o papel fundamental da escola, como aliada na educação sexual dos filhos, sendo que esta parceria poderia colmatar os constrangimentos e dificuldades sentidas pelos próprios.

As características familiares, como a composição, o nível de educação e o estatuto socioeconómico, a qualidade da relação familiar, os estilos parentais, a supervisão parental, a comunicação entre pais e filhos e os modelos parentais no que toca a atitudes e valores face aos comportamentos sexuais têm sido identificados como influenciadores dos conhecimentos e comportamentos sexuais dos adolescentes (Brás, 2012).

A família assume-se como instituição importante na educação afetivo-sexual dos seus filhos, todavia, os professores, médicos e psicólogos referem, consistentemente, a falta de colaboração dos pais nas atividades da escola, embora participem mais na área da educação sexual do que em outras áreas para as quais são solicitados (Sampaio, 2011).

4.2. O Papel da Escola na Educação Sexual do Adolescente

Segundo Dias, Cruz e Santiago (2010) a escola possui a missão de contribuir para um desenvolvimento global dos alunos a todos os níveis e, particularmente, ao nível da sexualidade. Abordar a educação sexual nas escolas assume hoje particular relevância, sendo que Cortesão *et al.* (2005, pp. 44-45) assinalam algumas das razões para esta aceção:

Necessidade de desdramatizar as temáticas da sexualidade humana, abordando-a de forma clara e aberta, proporcionando um maior conhecimento sobre si e sobre os outros.

Necessidade de clarificar conceitos que são veiculados erradamente sobre a sexualidade, nomeadamente pelos media, internet e outras fontes de informação.

Necessidade de a escola potenciar o processo de socialização total do indivíduo e a aquisição de atitudes e de comportamentos cívicos ajustados e conscientes.

Necessidade de prevenir, dado o aumento das IST e o crescente número de gravidezes não planeadas na adolescência.

Necessidade de acompanhar o desenvolvimento dos adolescentes e não deixar que a sua aprendizagem ocorra ao acaso, sujeita a dissabores traumatizantes e incontornáveis.

A escola, neste sentido, possui um papel fundamental na transformação dos adolescentes e das suas atitudes perante a sexualidade. Isto porque é na escola que eles passam a maior parte do seu tempo, sendo, portanto, um espaço por excelência para a socialização e para as aprendizagens que vão marcar toda a sua vida (Bastos, 2003; Brás, 2008). Todavia, o intuito da abordagem da educação para a sexualidade nas escolas não se remete apenas em proporcionar informação sexual aos alunos, deve também sensibilizar para a importância dos afetos nas relações que vão estabelecendo ao longo da vida (Rodrigues, 2014).

Por conseguinte, a instituição escolar deve oferecer uma informação sistemática sobre todos os temas fundamentais da sexualidade (e.g., anatomia, fisiologia sexual e

reprodução, afetos sexuais e sociais: desejo, atração, namoro, vinculação, amizade, contraceção e sistema de cuidados), respeitando sempre os valores da família e de cada aluno, procurando veicular valores éticos universais (e.g., ética do consentimento, da igualdade, do prazer partilhado, da lealdade e da saúde). Algumas das razões apontadas para justificar as preocupações crescentes sobre a educação para a sexualidade nas escolas e a sua relação com as estatísticas alarmantes relativas às gravidezes indesejadas e às IST, são, na perspectiva de López Sánchez (2012, p. 63):

A não existência de uma informação legitimada pela família, pela escola e pelos profissionais de saúde. Contradições na própria sociedade sobre a sexualidade nas crianças, adolescentes e jovens. Emergência de novos mitos sobre a sexualidade. Os momentos de ócio associados ao uso de álcool e drogas. A carência de figuras de vinculação adequadas que sejam o modelo das relações amorosas. A falta de uma verdadeira educação sexual na escola. E o não envolvimento dos profissionais de saúde na prevenção e assistência neste âmbito.

Ramiro, Reis, Matos e Diniz (2011) mostraram que os adolescentes que relataram ter tido Educação Sexual na escola, apresentavam mais conhecimento sobre a forma de transmissão e de prevenção do VIH/SIDA, do que aqueles que nunca tinham tido Educação Sexual.

Tal como aduz López Sánchez (2012), o problema não nos remete para a falta de informação, já que os adolescentes, possuem hoje, informação suficiente e talvez em demasia, veiculada através do grupo de pares, internet e meios de comunicação, mas sim para a qualidade de informação que não se revela eficaz, na maioria das vezes, pois subsiste a falta de informação legitimada pela família, pela escola e profissionais de saúde e, dada a ausência dessa informação legitimada, ela não pode ser utilizada abertamente e com liberdade, pelo que é muitas vezes ocultada, o que não favorece o recurso a condutas responsáveis por parte dos adolescentes.

Na verdade, em 2003, assistiu-se a uma grande resistência por parte dos professores relativamente à educação para a sexualidade, argumentando-se sobre a sua falta de preparação, bem como a ausência de materiais educativos e de programas adequadamente elaborados. Ainda há professores que sustentam a ideia de que a

sexualidade é instintiva e, por conseguinte, não carece de qualquer aprendizagem (Frade, Marques, Alverca, & Vilar, 2003).

No entanto, tal como assinalam Frade *et al.* (2003) diversos projetos realizados têm chegado a conclusões animadoras que assinalam uma mudança paradigmática. Por exemplo, os resultados de um grande estudo sobre a educação sexual de jovens portugueses, realizado pela Associação de Planeamento Familiar em parceria com o Instituto de Ciências Sociais em 2008, mostraram os progressos havidos e as limitações dos jovens neste âmbito. A maioria dos jovens participantes declarou ter já abordado, em diversas disciplinas, temas relativos à educação sexual, revelando conhecimentos razoáveis em matérias globais sobre a sexualidade. Todavia, temas mais específicos como o uso dos métodos contraceptivos ou IST, continuavam a assinalar importantes défices no conhecimento dos jovens.

O projeto levado a cabo por Dias *et al.* (2010) ao nível do 2º ciclo, 3º ciclo e secundário, que envolveu os pais, professores e alunos, sublinhou que a promoção de hábitos de vida saudável se revelou uma mais-valia junto de adolescentes; aos professores foi reconhecida a necessidade de formação sustentada numa motivação profissional e pessoal e aos pais, a necessidade de se criarem oportunidades de articulação entre a escola e a família, desenvolvendo atividades relativas à temática da sexualidade, necessidade de se fomentarem mais diálogos recíprocos e flexíveis e menos formais, no sentido de se fortalecer esta ligação.

Estudos mais recentes, no entanto, mostram que os professores apresentam receios e desconfortos na intervenção para a sexualidade, detendo crenças, estereótipos e preconceitos que são limitadores da sua atividade, enquanto promotores da educação sexual. A este facto, associa-se a sua precariedade ao nível da formação, que permita uma preparação para uma prática pedagógica efetiva em educação sexual (Leão & Ribeiro, 2012; Serrão, 2012).

Reis e Ribeiro (2005) referem que a escola possui, muitas vezes, concepções negativas acerca da relação entre sexualidade e doença ou problema, traduzida na ideia de que o sexo é perigoso para os alunos, que pode causar doenças, que é veículo de transmissão do VIH/SIDA e é responsável pela gravidez precoce e indesejada.

Apesar disso, estudos têm mostrado o impacto positivo dos programas de educação sexual que são preconizados por diversas escolas, ao nível dos conhecimentos e dos comportamentos sexuais dos alunos. Assim, uma meta-análise de 83 estudos levada a cabo por Kirby, Laris e Rolleri (2007) sugeriu que os comportamentos sexuais reconheceram um impacto positivo (protetor), dos programas implementados: 42% atrasou significativamente o início da primeira relação sexual em pelo menos seis meses; 48% aumentou o uso do preservativo e 40% aumentou o uso de contraceção no geral. Ao nível dos conhecimentos, os resultados indicaram um impacto positivo dos programas de educação sexual, nomeadamente: 90% aumentou o conhecimento sobre os meios de transmissão do VIH/SIDA; 100% desenvolveu atitudes mais positivas relativamente aos portadores do VIH/SIDA e 64% melhorou as suas atitudes perante o uso do preservativo. Foi ainda verificado que cerca de dois terços dos programas avaliados melhoraram a autoeficácia e a intenção do uso do preservativo, bem como a comunicação com pais ou outros adultos sobre as relações sexuais, preservativos e contraceções e, mais de metade, melhorou a autoeficácia para recusar ter relações sexuais não desejadas. Todavia, nenhum dos programas avaliados que pretendeu reduzir o impacto do consumo de álcool ou drogas antes das relações sexuais teve qualquer impacto comprovado nesse comportamento de risco.

Perante este cenário, cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, mercê das suas competências específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2):

Estabelecer com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade. Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Programa Nacional de Saúde (Ex. Saúde Escolar). Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Assumindo, assim, um papel de relevo, o que justifica o projeto de investigação ora proposto, no sentido de auxiliar pais, encarregados de educação e professores a promoverem, junto dos seus filhos, educandos e estudantes, conhecimentos e comportamentos sexuais credíveis e responsabilmente saudáveis.

A intervenção junto dos adolescentes em matéria da sexualidade permite promover e educar para a saúde, através da abertura de centros de planeamento familiar gratuitos e anónimos, como estratégia de prevenção de comportamentos de risco (Brás, 2008; Brás, 2012).

A promoção de estratégias que visam a redução dos comportamentos de risco no seio dos adolescentes passa igualmente pela valorização de estilos de vida saudáveis, que potenciem uma orientação positiva na saúde, nomeadamente através do exercício físico, de uma alimentação saudável, na eliminação do consumo de álcool e de outras drogas (Nodin, 2001).

É importante, por isso, que os adolescentes possam apreciar as suas vidas sexuais de forma salutar, sem doenças sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas, através de conhecimentos adequados e de tomadas de decisão ajustadas a comportamentos de corresponsabilização na sua saúde.

Por último e, na perspetiva de Brás (2008, p. 179) “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”.

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

5. Opções Metodológicas

Neste ponto serão apresentadas as opções metodológicas que presidiram e nortearam esta investigação. Todas as opções metodológicas são válidas, desde que o investigador as justifique de forma adequada e conveniente (Field, 2009).

5.1. Questão de Investigação e Objetivos do Estudo

Levando em consideração a temática, a sexualidade na adolescência, formulamos as seguintes questões de investigação:

Quais os conhecimentos dos adolescentes do ensino secundário das Escolas do Distrito de Bragança, face à sexualidade?

Quais as atitudes dos adolescentes do ensino secundário das Escolas do Distrito de Bragança, face à sexualidade?

Quais os comportamentos dos adolescentes do ensino secundário das Escolas do Distrito de Bragança face à sexualidade?

Quais os traços de personalidade dos estudantes do ensino secundário das Escolas do Distrito de Bragança face à sexualidade?

A partir destas questões foram formulados os objetivos, sendo que o principal foi identificar os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade, bem como os traços de personalidade dos adolescentes do ensino secundário de três escolas do distrito de Bragança.

Foram ainda formulados os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar os conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade;
2. Conhecer os comportamentos sexuais dos adolescentes;
3. Analisar se os conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade são diferentes em função das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, local de residência, ano de escolaridade e NSE);
4. Analisar se os comportamentos sexuais dos adolescentes são diferentes em função das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, local de residência, ano de escolaridade e NSE);

5. Analisar se os traços de personalidade dos adolescentes são diferentes em função das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, local de residência, ano de escolaridade e NSE);
6. Analisar se os conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade são diferentes em função dos seus traços de personalidade;
7. Analisar se os comportamentos sexuais dos adolescentes são diferentes em função dos seus traços de personalidade.

Tendo em consideração a natureza dos objetivos, este estudo tem uma natureza quantitativa, observacional descritiva, analítica e transversal. Os estudos de abordagem quantitativa procuram explicar, prever e controlar os fenómenos através da identificação de regularidades e leis, com procedimentos objetivos e medidas quantificáveis (Pais-Ribeiro, 2010). A sua natureza descritiva e analítica procura descrever um fenómeno associado a uma determinada população com o intuito de estabelecer as suas características, bem como analisar, explorar, determinar, descrever e interpretar os fatores determinantes que se encontram associados ao fenómeno em estudo, num período de tempo. O corte transversal dos dados diz respeito ao facto de estes terem sido recolhidos em apenas um momento da investigação e num único grupo (Pais-Ribeiro, 2010).

5.3. Variáveis e Hipóteses

As variáveis podem ser classificadas quanto à sua natureza como qualitativas e quantitativas. As primeiras, também designadas de categóricas, podem ser ordinais, quando existe uma ordem definida das suas categorias, seja ela crescente ou decrescente e, caso essa ordem não exista, designam-se de variáveis nominais. As variáveis quantitativas dizem respeito a todas as características mensuráveis, traduzidas de forma numérica, podendo ser contínuas, quando se associam a valores assumidos numa determinada escala contínua, ou discretas, quando assumem um determinado valor inteiro, finito ou infinito (Laureano & Botelho, 2017).

Quanto à sua função as variáveis no estudo podem ser designadas como variável dependente e independente. A variável dependente é para Tuckman (2012) a variável resposta ou *outcome*, esta pode ser também designada por variável resultado.

Representa do ponto de vista formal, o aspeto observado e medido pelo investigador para determinar o efeito da variável independente. No presente estudo, as variáveis dependentes são os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos, sendo que os traços de personalidade assumem um duplo estatuto (i.e., dependentes e independentes).

As variáveis sociodemográficas (sexo, idade, local de residência, escolaridade, estado civil dos pais, situação profissional dos pais, coabitação e NSE) têm a função de variáveis independentes. Estas são analisadas como causas que poderão interferir em qualquer modificação no resultado. Para Tuckman (2012) a variável independente é tratada como uma condição prévia, ou seja, como uma condição necessária que precede uma determinada consequência.

Neste sentido, a Tabela 3 apresenta a mensuração e classificação das variáveis sociodemográficas (que assumem na análise dos resultados a função de variáveis independentes). O NSE foi calculado a partir da escala de Warner (Anexo I), com base na profissão dos pais.

Tabela 3 - Variáveis sociodemográficas

Variáveis sociodemográficas	Mensuração	Classificação
Sexo	1. Masculino 2. Feminino	Catagórica nominal
Idade	Dos 14 aos 19 anos	Quantitativa contínua
Local de residência	1. Rural 2. Urbano	Catagórica nominal
Escola	1. Bragança 2. Mirandela 3. Macedo de Cavaleiros	Catagórica nominal
Ano de escolaridade	1. 10º ano 2. 11º ano 3. 12º ano	Catagórica ordinal
Estado civil dos pais	1. Solteiros 2. Casados/união de facto 3. Separados/divorciados 4. Outro	Catagórica nominal
Situação profissional dos pais	1. Empregado/a 2. Desempregado/a 3. Reformado/a	Catagórica nominal
Coabitação	1. Pais 2. Só pai 3. Só mãe 4. Pai e companheira/a 5. Mãe e companheiro/a 6. Outros	Catagórica nominal
NSE	1. Alto 2. Médio alto 3. Médio 4. Médio baixo 5. Baixo	Catagórica ordinal

A mensuração e classificação das variáveis relativas aos conhecimentos, atitudes face à sexualidade e aos comportamentos sexuais foram remetidas para o Anexo II, dada a sua extensão.

Por último, encontramos os 12 itens do inventário de personalidade, que se constitui em duas dimensões (Neuroticismo *versus* Extroversão), classificados como variáveis quantitativas contínuas e assumindo o estatuto de variável dependente no presente estudo.

A partir das variáveis e sua operacionalização, bem como das questões de investigação, foram formuladas e as seguintes hipóteses de investigação:

H1 - Os conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo as variáveis sociodemográficas.

H2 - Os comportamentos dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo as variáveis sociodemográficas.

H3 – Os traços da personalidade dos estudantes do ensino secundário das escolas do distrito de bragança, são diferentes segundo as variáveis sociodemográficas.

H4 - Os conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo os traços da personalidade.

H5 – Os comportamentos dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo os traços da personalidade.

5.4. População/Amostra

Os participantes do presente estudo são estudantes que frequentam o ano letivo de 2016/2017, em três escolas do distrito de Bragança: Escola Secundária Emídio Garcia (Bragança); Escola Secundária de Macedo de Cavaleiros e Escola Secundária de Mirandela, nomeadamente, no 10º, 11º e 12º ano de escolaridade.

Trata-se, portanto, de uma amostra não probabilística, acidental sequencial de conveniência, pois todos os presentes na aplicação participaram no estudo tendo como critérios de inclusão os alunos: (a) encontrarem-se a frequentar o 10º, 11º e 12º ano das

referidas escolas no ano letivo de 2016/2017; (b) terem autorização do encarregado de educação para participar no estudo; e (c) terem vontade para participar na investigação.

A população das três escolas consideradas perfaz um total de 1344 alunos, tendo-se obtido uma amostra de 752 alunos elegíveis no estudo, o que corresponde a uma percentagem total de resposta de 56%. A Tabela 4 apresenta o número de alunos inscritos nos anos letivos considerados, em função das três escolas, o número de alunos que participaram no presente estudo e as respetivas percentagens de resposta (por escola e ano de escolaridade). Verifica-se que, grande parte da amostra é constituída por alunos da escola de Bragança (73,7%), tendo a escola de Mirandela apresentado percentagens de resposta inferiores (35,7%). Estas discrepâncias entre a população e a amostra devem-se, pelo menos, a duas razões: assiduidade dos alunos nas salas de aula aquando da administração do instrumento e não autorização dos encarregados de educação para participarem no estudo.

Tabela 4 - População/amostra

Escola/Ano de escolaridade	População	Amostra	Percentagem de Resposta
Bragança			
10º ano	208	155	74,5%
11º ano	194	133	68,6%
12º ano	142	113	79,6%
Total	544	401	73,7%
Macedo de Cavaleiros			
10º ano	131	70	53,4%
11º ano	95	53	55,8%
12º ano	109	62	56,9%
Total	335	185	55,2%
Mirandela			
10º ano	199	39	19,6%
11º ano	115	77	67,0%
12º ano	151	50	33,1%
Total	465	166	35,7%

A caracterização sociodemográfica dos 752 alunos que constituem a amostra do presente estudo, encontra-se espelhada na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Frequência (n)		Percentagem (%)	
Sexo				
Masculino	304		40,4	
Feminino	448		59,6	
Idade				
	$\bar{X}=16,46$ anos; $\pm 1,21$			
14 anos	8		1,1	
15 anos	173		23,0	
16 anos	232		30,9	
17 anos	197		26,1	
18 anos	97		12,9	
19 anos	45		6,0	
Local de residência				
Rural	284		37,8	
Urbano	468		62,2	
Escolas				
Bragança	401		53,3	
Mirandela	166		22,1	
Macedo de Cavaleiros	185		24,6	
Ano de escolaridade				
10º ano	264		35,1	
11º ano	263		35,0	
12º ano	225		29,9	
Estado civil dos pais				
Solteiros	103		13,6	
Casados/união de facto	490		65,2	
Separados/divorciados	141		18,8	
Outros	18		2,4	
Situação profissional dos pais				
	Pai	Mãe	Pai	Mãe
Empregado/a	592	573	78,7	76,2
Desempregado/a	97	134	16,1	19,8
Reformado/a	35	30	5,2	4,0
Coabitação				
Pais	516		68,6	
Só pai	19		2,6	
Só mãe	86		11,4	
Pai e companheira/o	22		2,9	
Mãe e companheiro/a	40		5,3	
Outros	69		9,2	
NSE				
Alto	11		2,5	
Médio alto	166		22,8	
Médio	348		46,3	
Médio baixo	151		22,1	
Baixo	25		6,3	

Pela análise da Tabela 5 verificamos que a maioria dos participantes é adolescente do sexo feminino (59,6%); com 16 anos de idade (30,9%); residentes no meio urbano

(62,2%), frequentam a escola de Bragança (53,3%); o 10º (35,1%) e 11º ano (35%) de escolaridade; na maioria com pais casados ou em união de facto (65,2%); pai e mãe empregados (78,2% e 76,2%, respetivamente); residindo, a maioria, com os pais (68,6%) e pertencentes a um NSE médio (46,3%).

De salientar que 2,4% dos adolescentes em que o estado civil dos pais não foi referenciado, se deveu ao facto de o adolescente não os ter conhecido e/ou os mesmos terem falecido. Da mesma forma, os 9,2% que referem a coabitação com outros, assinalaram irmãos; avós; institucionalização e outros familiares como tios, namorados/as, madrinhas e um adolescente referiu viver sozinho.

5.5. Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados (Anexo III) é constituído por quatro partes. Na primeira parte encontram-se 8 questões *Sociodemográficas* (itens 1 ao 8), relativas ao sexo, à idade, ao local de residência, às escolas que frequentam, ao ano de escolaridade, à situação conjugal e profissional dos pais e ao agregado familiar.

A segunda parte é constituída por 17 questões que aferem os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade (itens 9 ao 23), sendo que a última questão sobre os conhecimentos se divide em 12 itens de resposta numa escala do tipo Likert de 5 posições, desde o *discordo totalmente* (1) ao *concordo totalmente* (5). A terceira parte integra 10 questões relativas aos comportamentos sexuais dos adolescentes (itens 24 ao 31), tendo estes itens sido recolhidos e adaptados de outros trabalhos (Brás, 2008; Brás, 2012; Sousa, 2000; Vaz, 2011).

Na quarta e última parte é apresentado o Inventário de Personalidade de Eysenck (IPE), desenvolvido por Eysenck e Eysenck (1964), citados por Gomes (2005) com o objetivo de medir as dimensões da personalidade Neuroticismo-Estabilidade Emocional (designada habitualmente por Neuroticismo) e Extroversão-Introversão (designada por Extroversão). O neuroticismo refere-se à labilidade emocional geral, a hiperatividade emocional e tendência para o desequilíbrio neurótico sob *stress*, enquanto a extroversão se define como a propensão para sair, caracterizando os indivíduos desinibidos e sociáveis (Gomes, 2005).

O IPE é constituído por 12 itens que devem ser respondidos numa escala do tipo Likert com 4 alternativas de resposta: 1 corresponde a “nunca” e o 4 corresponde a “sempre”. Os itens 2, 4, 6, 8, 10 e 12 referem-se ao Neuroticismo e os itens 1, 3, 5, 7, 9 e 11 à Extroversão. O IPE pode igualmente ser cotado de forma bimodal, convertendo-se os valores 1 e 2 em zero e os valores 3 e 4 em um, somando-se em seguida os valores relativos a cada dimensão. Em ambas as formas de cotação os valores elevados indicam níveis elevados nas dimensões analisadas (Gomes, 2005).

5.6. Procedimento e Considerações Éticas

O procedimento de recolha de dados foi iniciado com a solicitação de autorização para administração dos questionários aos Conselhos Executivos das Escolas (Anexo IV). Após autorização concedida (Anexo V), foi agendada a recolha de dados em função dos horários e disponibilidades dos docentes e da investigadora. Aos participantes do presente estudo foi entregue uma solicitação de autorização para participação no estudo, aos encarregados de educação (Anexo VI).

Aos estudantes foram explicados e explicitados os procedimentos de participação, nomeadamente a natureza voluntária desta, bem como as questões éticas relativas à recolha, tratamento e divulgação dos dados (i.e., confidencialidade e anonimato), tal como consignado na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo.

5.7. Tratamento dos Dados

Os instrumentos foram recolhidos e os dados foram introduzidos no programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (IBM® SPSS), versão 23.0 para *Windows* e extraídos os principais resultados.

Num primeiro momento, procedeu-se à extração dos resultados descritivos recorrendo-se a frequências relativas (percentagens, %) e absolutas (frequências, n).

Para a verificação da relação de independência entre as variáveis categóricas utilizou-se o teste de independência do Qui-quadrado (χ^2) e à análise dos resíduos ajustados das tabelas de *Crosstabs*. O teste χ^2 permitiu ainda avaliar a relação de independência entre as variáveis categóricas (Marôco, 2011).

Nesse sentido, o teste do χ^2 informa sobre a relação entre as variáveis, mas não informa sobre o grau de associação existente. Quando o resultado do teste é significativo para $p \leq 0,05$ assume-se que existe uma associação estatística significativa entre as variáveis. Se $p \geq 0,05$ considera-se que as diferenças entre os valores observados e os valores esperados não são significativamente diferentes e, portanto, as variáveis não são dependentes. Quando verificada uma associação estatística entre as variáveis, pode ser observada a associação local entre categorias através do cálculo dos resíduos ajustados. Quando o resíduo ajustado foi superior a 1,96 em valor absoluto, é assumida a evidência de uma associação significativa entre as categorias em análise, sendo maior a associação entre as categorias quanto maior o resíduo ajustado (Marôco, 2011).

Recorreu-se, ainda, ao teste *Mann Whitney (U)* para as variáveis categóricas dicotômicas (sexo e local de residência) e ao *Kruskal Wallis (H)*, para as variáveis idade, escolas, ano de escolaridade e NSE. Trata-se de um teste apropriado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis categóricas (Marôco, 2011).

O resultado do teste *H* é significativo para $p \leq 0,05$, assumindo que existe pelo menos um par de medianas significativamente diferentes, ou seja, existem diferenças significativas entre pelo menos dois grupos. Quando o teste *H* deteta diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos dois grupos é realizado o teste *Post-Hoc Dunn* para se determinar entre que grupos existem diferenças. Se $p \geq 0,05$, o resultado do teste é não significativo assumindo-se que as medianas dos dois grupos são iguais (Marôco, 2011).

Foram ainda determinados os coeficientes de correlação para variáveis contínuas e ordinais, através do coeficiente de Pearson e coeficiente de ponto bisseral, respetivamente. A correlação do ponto bisseral só foi utilizada nas situações em que a variável ordinal se apresentou dicotômica. Este coeficiente de correlação é derivado do coeficiente de correlação linear de Pearson, indicado como método adequado quando uma das variáveis (Y) é dicotômica e a outra (X), contínua (Lira & Neto, 2006).

O coeficiente de correlação de Pearson (r) varia de -1 a $+1$, fornecendo informação do tipo de associação das variáveis através do sinal. Nesse sentido, se r for positivo, existe uma relação direta entre as variáveis (valores altos de uma variável correspondem a valores altos de outra variável e o inverso). Se r for negativo, existe uma relação inversa entre as variáveis (valores altos de uma variável correspondem a valores baixos de outra

variável e o inverso). Se r for nulo ou aproximadamente nulo, significa que não existe correlação linear.

Em todos os testes utilizados considerou-se um intervalo de confiança de 95% o que corresponde a um nível de significância de $p \leq 0,05$.

6. Apresentação e Análise dos Resultados

6.1. Apresentação dos Resultados Descritivos

Atendendo ao **Objetivo 1 - Identificar os conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade** - a Tabela 6 mostra que 95,9% dos adolescentes consideram-se detentores de conhecimentos sobre a sexualidade, 48,1% expressa possuir bons conhecimentos. Realça-se que 25,9% dos adolescentes referem que os seus conhecimentos não são nem bons, nem maus.

Tabela 6 - Autoavaliação sobre o nível de conhecimentos

		n	%
Conhecimentos sobre sexualidade	Sim	721	95,9
	Não	31	4,1
Avaliação do nível de conhecimentos	Muito bons	173	23,0
	Bons	362	48,1
	Nem bons nem maus	194	25,9
	Maus	19	2,5
	Muito maus	4	0,5

Quanto à forma como os adolescentes obtêm esses conhecimentos/informações sobre a sexualidade, verifica-se, pela análise da Tabela 7, que as fontes mais referenciadas pelos adolescentes são: a internet (67,2%), os profissionais de saúde (56%) e os amigos (55,2%). Os 2% dos adolescentes que referiram a opção “outro”, assinalaram “namorado/a”; “avós”; “experiência pessoal”; “escola/aulas de educação sexual”; “mulheres”; “filmes” e “ninguém”.

Tabela 7 - Fonte de conhecimento/informações sobre a sexualidade

		n	%
Pai	Sim	190	25,3
	Não	562	74,7
Mãe	Sim	275	36,6
	Não	477	63,4
Irmãos	Sim	102	13,6
	Não	650	86,4
Amigos	Sim	415	55,2
	Não	337	44,8
Profissionais de saúde	Sim	421	56,0
	Não	331	44,0
Professores	Sim	364	48,4
	Não	388	51,6
Internet	Sim	505	67,2
	Não	247	32,8
Livros	Sim	199	26,5
	Não	553	73,5
Revistas	Sim	161	21,4
	Não	591	78,6
Outros	Sim	15	2,0
	Não	737	98,0

Ao ser questionado com quem os adolescentes habitualmente falam sobre as questões da sexualidade, a Tabela 8 mostra que essa comunicação ocorre, mais frequentemente, como os amigos (72,7%). Os 4,7% dos adolescentes que selecionou a opção “outro” identificou “ninguém”; “namorado/a”; “primos” e “anônimos na internet”.

Tabela 8 - Com quem habitualmente fala sobre sexualidade

		n	%
Pai	Sim	131	17,4
	Não	621	82,6
Mãe	Sim	228	30,3
	Não	524	69,7
Irmãos	Sim	101	13,4
	Não	651	86,6
Amigos	Sim	547	72,7
	Não	205	27,3
Profissionais de saúde	Sim	250	33,2
	Não	502	66,8
Professores	Sim	146	19,4
	Não	606	80,6
Outro	Sim	35	4,7
	Não	717	95,3

Os adolescentes foram questionados se conversavam frequentemente com os seus pais sobre a sexualidade, a Tabela 9 mostra que 72,2% não o faz e aqueles que referem fazê-lo (27,8%), consideram essa comunicação de “boa” (12,5%).

Tabela 9 - Diálogo com os pais e autoavaliação da comunicação

		n	%
Diálogo com pais sobre sexualidade	Sim	209	27,8
	Não	543	72,2
Avaliação da comunicação com os pais sobre sexualidade	Muito boa	60	8,0
	Boa	94	12,5
	Nem boa nem má	51	6,9
	Má	3	0,3
	Muito má	1	0,1

Procurou-se também conhecer a opinião dos adolescentes sobre qual o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente. Pela Tabela 10 constata-se que 44,7% refere a família, embora 55,3% não considere que esta seja um agente de socialização importante. Os 0,8% dos adolescentes que selecionou a opção “outros” identificou como agente de socialização mais importante “namorado/a” e a “internet”.

Tabela 10 - Agentes de socialização mais importantes

		n	%
Família	Sim	336	44,7
	Não	416	55,3
Amigos	Sim	247	32,8
	Não	505	67,2
Professores e educadores	Sim	227	30,2
	Não	525	69,8
Sistemas de saúde	Sim	260	34,6
	Não	492	65,4
Modelos dados pelos <i>media</i>	Sim	69	9,2
	Não	683	90,8
Vedetas de filmes e desporto	Sim	19	2,5
	Não	733	97,5
Outros	Sim	6	0,8
	Não	746	99,2

As respostas dos inquiridos à questão se nas disciplinas escolares é feita abordagem sobre sexualidade estão expressas no Gráfico 1, observando-se que a maioria (86,8%) dos adolescentes refere que a sexualidade já tinha sido abordada em disciplinas escolares, nomeadamente em Ciências, Geografia, Físico-Química, Formação Cívica, Religião e Moral, Educação Sexual, Inglês e Português. É de salientar que 13,2% referem que não.

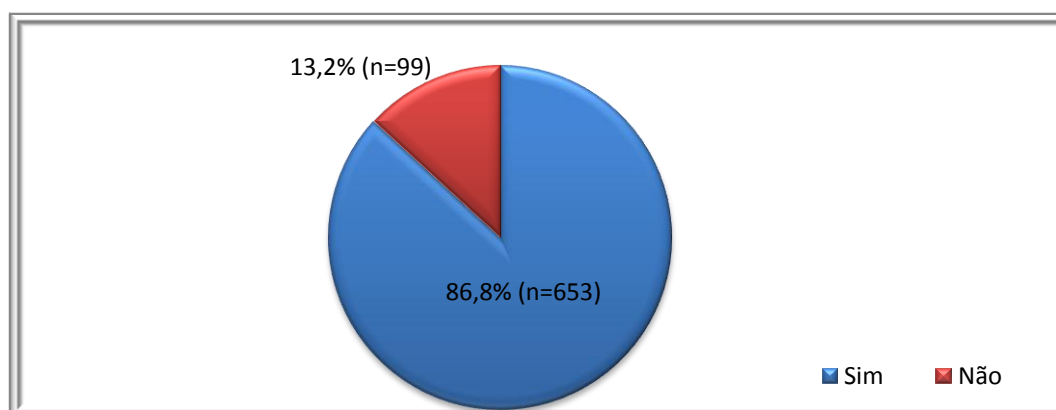


Gráfico 1 - Sexualidade nas disciplinas escolares

Na Tabela 11 verifica-se que cerca de 82,8% dos adolescentes considera que os rapazes e as raparigas não expressam da mesma forma a sua sexualidade; 44,4% refere que tem “bons” conhecimentos relativamente aos métodos contraceptivos. Os resultados evidenciam que 42,2% dos adolescentes considera que ambos os sexos recorrem, por igual, aos métodos contraceptivos. No entanto verifica-se que são os rapazes (40,8%) quem mais recorre, pois só apenas 17% das raparigas confirma recorrer.

Tabela 11 - Expressão da sexualidade e métodos contraceptivos

		n	%
Expressão da sexualidade por sexo	Sim	129	17,2
	Não	623	82,8
Conhecimentos sobre Métodos contraceptivos	Muito bons	262	34,8
	Bons	334	44,4
	Nem bons nem maus	141	18,8
	Maus	12	1,6
	Muito maus	3	0,4
Quem mais recorre aos métodos contraceptivos	Rapariga	128	17,0
	Rapazes	307	40,8
	Ambos os sexos por igual	317	42,2

Na Tabela 12 observa-se que 30,9% dos adolescentes considera a “boca” como sendo a principal zona potencialmente erógena para o sexo oposto. Os 1,3% dos adolescentes que assinalam a opção “outra”, identificam como principal zona potencialmente erógena para o sexo oposto os “abdominais”, a “cara”, os “pés”, o “pescoço”, o “sorriso” e as “virilhas”. Verifica-se, também, que 68% identifica o “tato” como o órgão dos sentidos mais importante na esfera da sexualidade durante a adolescência. Realça-se que 69,8% dos inquiridos considera que a masturbação é mais frequente nos rapazes.

Relativamente à melhor palavra ou expressão que define a sexualidade, observa-se que 35,8% dos adolescentes assinala “atração física” seguido de 25% que assinala “amor/paixão”. Os 0,1% que assinala a opção “outra” identificou o “dinheiro” como sendo a palavra que define a sexualidade.

Tabela 12 - Zona erógena, órgão dos sentidos, masturbação e expressão que define sexualidade

		n	%
Principal zona potencialmente erógena para o sexo oposto	Boca	232	30,9
	Órgãos genitais	101	13,4
	Olhos	59	7,8
	Coxas	116	15,4
	Nádegas	179	23,8
	Cabelos	55	7,3
	Outra	10	1,4
Órgão dos sentidos mais importante na esfera da sexualidade	Tato	511	68,0
	Audição	34	4,5
	Olfato	18	2,4
	Paladar	40	5,3
Frequência da masturbação	Visão	149	19,8
	Nos rapazes	525	69,8
	Nas raparigas	11	1,5
Expressão que define sexualidade	Ambos os sexos	216	28,7
	Atração física	269	35,8
	Envolvimento sentimental	100	13,3
	Relação sexual	62	8,2
	Descoberta	53	7,0
	Fascínio	12	1,6
	Amor/paixão	188	25,0
	Prazer	48	6,4
Desafio	19	2,6	
	Outra	1	0,1

Relativamente às ISTs, observa-se que 71,9% dos adolescentes identificou o VIH/SIDA e 28,1% identificou a Hepatite B (Tabela 13).

Tabela 13 - Infecções sexualmente transmissíveis e definição de sexualidade

		n	%
Infeções sexualmente transmissíveis	Hepatite B	211	28,1
	VIH/SIDA	541	71,9

Na Tabela 14 encontram-se as percentagens de resposta relativas aos itens das atitudes face à sexualidade. Observa-se que 48,9% dos adolescentes discorda totalmente que *os rapazes e as raparigas só devem ter relações sexuais após o casamento* e que *as relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução* (44,5%). Os adolescentes não discordam nem concordam que *a afetividade na adolescência tem a ver com a sexualidade* (36%) e que *as relações sexuais devem ser compreendidas como uma atitude que recusa as formas de dominação de um sexo por outro* (44,8%).

Concordam ainda que *a sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional* (40,2%), que *o desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes* (43,4%), que *a troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência* (44%), que *a sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos outros* (41,2%) e que *a informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados* (41,2%). Concordam totalmente que *a sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor* (41,2%) e que *a sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade* (44,5%).

Tabela 14 - Atitudes sobre a sexualidade

Ítems	1	2	3	4	5
a) A sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor.	3,1	1,5	14,8	39,4	41,2
b) A afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade.	6,8	15,4	36,0	31,0	10,8
c) A sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional.	3,1	5,5	29,1	40,2	22,1
d) A sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade.	1,6	1,4	16,6	35,9	44,5
e) O desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes.	1,7	1,2	18,9	43,4	34,8
f) A troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência.	3,1	3,1	22,8	44,0	27,0
g) Os rapazes só devem ter relações sexuais após o casamento.	48,9	25,0	19,8	3,2	3,1
h) As raparigas só devem ter relações sexuais após o casamento.	48,9	26,1	19,8	3,1	2,1
i) As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução.	44,5	31,3	18,8	4,0	1,4
j) As relações sexuais devem ser compreendidas como uma atitude que recusa as formas de dominação de um sexo por outro.	14,6	18,1	44,8	14,9	7,6
k) A sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos (as) outros (as).	2,7	2,7	24,9	41,2	28,5
l) A informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados.	2,2	1,7	25,5	40,4	30,2

Legenda: (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não concordo nem discordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente

O Objetivo 2 procurou identificar os comportamentos sexuais dos adolescentes.

A Tabela 15 mostra que 43,1% dos adolescentes tem namorado, há pelo menos mais de 1 ano (14,9%). A maioria (65,4%) ainda não teve relações sexuais, 34,6% refere já ter iniciado a sua atividade sexual, em média aos 15,40 anos (DP=1,18). O adolescente mais novo teve relações sexuais, pela primeira vez, aos 10 anos e o mais velho aos 18 anos.

Dos adolescentes que já tiveram a primeira relação sexual, 26,3%, fizeram-no com o/a namorado/a e referem ter utilizado contracetivo nessa relação (27,3%). Ao se indagar sobre o contracetivo utilizado, 27,3% refere o “preservativo”, (0,9%), dos adolescentes refere o “coito interrompido”; 0,8% “a pílula” e 0,4% recorreram à “pílula do dia

seguinte”. Destes adolescentes, que já se iniciaram sexualmente, 26,7% teve relações sexuais posteriores com a mesma pessoa e 17,6% teve relações sexuais posteriores com outra pessoa. Verifica-se, ainda que 17,3% dos adolescentes refere ter tido entre dois a cinco parceiros sexuais. O local que grande parte dos adolescentes refere ser mais frequente para os adolescentes fazerem sexo é a “casa” (24,7%). Cerca de 1% assinala a opção “outro”, na qual insere “garagem”, “casa de banho pública”, “qualquer sítio” e “sítio privado”.

Tabela 15 - Comportamentos sexuais dos adolescentes

		n	%
Namorado	Sim	324	43,1
	Não	428	56,9
Há quanto tempo	Há menos de 1 mês	38	5,1
	Entre 1 a 3 meses	66	8,8
	Entre 4 a 6 meses	59	7,8
	Entre 7 meses a 1 ano	49	6,5
	Há mais de 1 ano	112	14,9
Relações sexuais	Sim	260	34,6
	Não	492	65,4
Idade da primeira relação sexual	$\bar{X}=15,40$ anos; $\pm 1,18$ (min=10; máx=18)		
Com quem	Namorado/a	198	26,3
	Amigo/a	62	8,3
Contracetivo na primeira relação sexual	Sim	205	27,3
	Não	55	7,3
Qual contracetivo	Preservativo	189	25,1
	Pílula	6	0,8
	Pílula do dia seguinte	3	0,5
	Dispositivo intrauterino	-	-
	Espermicida	-	-
	Métodos naturais	-	-
	Coito interrompido	7	0,9
	Diafragma	-	-
Outras relações sexuais posteriores com a mesma pessoa	Sim	201	26,7
	Não	59	7,9
Outras relações sexuais posteriores com outra pessoa	Sim	128	17,0
	Não	132	17,6
Quantos companheiros sexuais	Um	121	16,1
	Dois a cinco	130	17,3
	Seis a dez	2	0,3
	Mais de dez	7	0,9
Local mais frequente para sexo	Casa	186	24,7
	Carro	35	4,7
	Praia	4	0,5
	Campo	27	3,6
	Outro	8	1,1

6.2. Apresentação dos Resultados Inferenciais

Através dos resultados inferenciais faz-se a análise dos testes estatísticos aplicados na verificação das hipóteses formuladas.

H1 - Os conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo as variáveis sociodemográficas (Objetivo 3).

Na Tabela 16 encontram-se as diferenças identificadas nas ordenações médias (OM) relativamente ao conhecimento face à sexualidade em função do sexo. Verifica-se que são os rapazes que apresentam uma autoavaliação mais elevada dos seus conhecimentos face à sexualidade por comparação às raparigas ($p \leq 0,05$).

Relativamente à fonte de informação e conhecimentos, observa-se que são as raparigas que mais recorrem à internet ($p \leq 0,01$) e ao pai ($p \leq 0,01$), enquanto os rapazes recorrem mais à mãe ($p \leq 0,05$), aos profissionais de saúde ($p \leq 0,01$) e professores ($p \leq 0,01$) para obterem os seus conhecimentos e informações relativamente à sexualidade.

São ainda, as raparigas que falam mais sobre a sexualidade com o pai ($p \leq 0,05$) enquanto os rapazes optam pela mãe ($p \leq 0,01$) e profissionais de saúde ($p \leq 0,05$) para abordar estes assuntos.

Os rapazes são aqueles que mais consideram que a família se assume como agente de socialização privilegiado ($p \leq 0,01$), bem como os sistemas de saúde ($p \leq 0,01$), enquanto as raparigas consideram ser as vedetas de filmes e desporto ($p \leq 0,05$).

Foram os rapazes que assinalaram que a sexualidade foi abordada nas disciplinas escolares ($p \leq 0,01$), sendo que são as raparigas que melhor autoavaliam os seus conhecimentos sobre os métodos contraceptivos ($p \leq 0,01$).

Constata-se, também, que são os rapazes que consideram que o recurso à masturbação é uma prática mais comum nos rapazes ($p \leq 0,01$), por comparação às raparigas.

Tabela 16 - Diferenças nos conhecimentos em função do sexo

Conhecimentos sobre sexualidade	Masculino (n=304)	Feminino (n=448)	Teste U	p
Conhecimentos sobre sexualidade	372,13	379,46	66768,000	0,18
Avaliação do nível de conhecimentos	393,60	364,89	62896,500	0,05*
Fonte de informação e conhecimento				
Pai	354,00	391,77	61256,000	0,00**
Mãe	392,79	365,45	63144,000	0,04*
Irmãos	378,03	375,46	67632,000	0,78
Amigos	378,68	375,02	67432,000	0,79
Profissionais de saúde	410,13	353,68	57872,000	0,00**
Professores	397,71	362,11	61648,000	0,01**
Internet	358,13	388,96	62512,000	0,01**
Livros	380,76	373,61	66800,000	0,56
Revistas	377,84	375,59	67688,000	0,84
Outros	374,11	378,13	67368,000	0,30
Com quem costumam falar				
Pai	364,08	384,93	64320,000	0,04*
Mãe	405,16	357,05	59384,000	0,00**
Irmãos	380,00	374,13	67032,000	0,53
Amigos	374,18	378,07	67392,000	0,75
Profissionais de saúde	393,89	364,70	62808,000	0,02*
Professores	379,00	374,80	67336,000	0,70
Outros	371,74	379,73	66648,000	0,17
Diálogo com pais sobre sexualidade	382,05	372,73	66408,000	0,45
Avaliação da comunicação com os pais sobre sexualidade	367,23	382,79	65279,000	0,22
Agentes de socialização				
Família	412,16	352,30	57256,000	0,00**
Amigos	368,89	381,66	65784,000	0,33
Professores e educadores	362,61	385,93	63872,000	0,06
Sistemas de saúde	403,84	357,95	59784,000	0,00**
Modelos dados pelos <i>media</i>	376,37	376,59	68056,000	0,97
Vedetas de filmes e desporto	371,16	380,13	66472,000	0,04*
Outros	374,55	377,82	67504,000	0,18
Sexualidade nas disciplinas escolares	392,55	365,61	63216,000	0,00**
Expressão da sexualidade por sexo	380,39	373,86	66912,000	0,53
Métodos contraceptivos	353,90	391,83	61226,500	0,01**
Quem mais recorre aos métodos contraceptivos	380,74	373,62	66807,500	0,63
Principal zona potencialmente erógena para o sexo oposto	381,63	373,02	66536,000	0,58
Órgão dos sentidos mais importante	376,45	376,53	68081,000	0,99
Frequência da masturbação	397,55	362,22	61697,500	0,00**
Doenças sexualmente transmissíveis	378,11	375,41	67608,000	0,83
Expressão que define sexualidade	368,99	381,60	65812,000	0,41

*p≤0,05; **p≤0,01

No que diz respeito às atitudes sobre a sexualidade em função do sexo (Tabela 17), verifica-se que são as raparigas que mais concordam totalmente que *a sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor* por comparação aos rapazes ($p \leq 0,01$); que *a sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade* ($p \leq 0,01$); que mais concordam que *a sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos outros* ($p \leq 0,01$) e que mais concordam totalmente

que a informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados ($p \leq 0,01$). Por seu turno, os rapazes não discordam nem concordam que a afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade ($p \leq 0,01$); concordam que a sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional ($p \leq 0,01$) e mais discordam totalmente que as relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução ($p \leq 0,01$).

Tabela 17 - Atitudes sobre a sexualidade em função do sexo

Atitudes face à sexualidade	Masculino (n=304)	Feminino (n=448)	Teste U	p
a) A sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor.	349,76	394,64	59968	0,00**
b) A afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade.	404,00	357,84	59736,5	0,00**
c) A sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional.	398,59	361,51	61381	0,01**
d) A sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade.	335,05	404,63	55495,5	0,00**
e) O desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes.	366,49	383,30	65051,5	0,26
f) A troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência.	368,67	381,81	65717	0,38
g) Os rapazes só devem ter relações sexuais após o casamento.	387,71	368,89	64687	0,20
h) As raparigas só devem ter relações sexuais após o casamento.	384,89	370,81	65546,5	0,34
i) As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução.	400,51	360,21	60796,5	0,00**
j) As relações sexuais devem ser compreendidas como uma atitude que recusa as formas de dominação de um sexo por outro.	388,52	368,34	64440,5	0,18
k) A sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos (as) outros (as).	325,73	410,95	52662	0,00**
l) A informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados.	339,12	401,86	56732,5	0,00**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Considerando a idade (Tabela 18), esta foi codificada para efeitos estatísticos em dois grupos: dos 14 aos 16 e dos 17 aos 19 anos de idade. Verifica-se que são os

adolescentes mais velhos que consideram possuir mais conhecimentos sobre sexualidade ($p \leq 0,01$) e sobre os métodos contraceptivos ($p \leq 0,01$), sendo eles que autoavaliam os seus conhecimentos mais positivamente ($p \leq 0,01$).

Tabela 18 - Diferenças nos conhecimentos em função da idade

Conhecimentos sobre sexualidade	14-16 anos (n=413)	17-19 anos (n=339)	Teste U	p
Conhecimentos sobre sexualidade	368,76	382,85	67381,000	0,01**
Avaliação do nível de conhecimentos	347,18	412,22	57894,500	0,00**
Fonte de informação e conhecimento				
Pai	375,91	377,22	69758,500	0,91
Mãe	376,53	376,47	69992,000	0,99
Irmãos	385,62	365,39	66236,500	0,03*
Amigos	382,80	368,83	67402,000	0,30
Profissionais de saúde	389,44	360,73	64659,000	0,03*
Professores	384,61	366,62	66653,500	0,19
Internet	386,83	363,91	65737,000	0,07
Livros	386,78	363,98	65758,000	0,06
Revistas	387,81	362,72	65333,000	0,02*
Outros	375,81	377,35	69717,000	0,69
Com quem costumam falar				
Pai	379,18	373,23	68896,000	0,57
Mãe	371,24	382,91	67829,500	0,35
Irmãos	385,12	366,00	66443,000	0,04*
Amigos	387,80	362,73	65336,000	0,04*
Profissionais de saúde	386,79	363,97	65754,500	0,07
Professores	375,76	377,41	69696,500	0,88
Outros	374,88	378,47	69335,000	0,53
Diálogo com pais sobre sexualidade	380,85	371,19	68205,000	0,43
Avaliação da comunicação com os pais sobre sexualidade	369,74	384,73	67212,000	0,23
Agentes de socialização				
Família	376,98	375,91	69803,500	0,93
Amigos	387,11	363,58	65622,000	0,06
Professores e educadores	387,12	363,56	65616,000	0,06
Sistemas de saúde	389,06	361,20	64817,500	0,03*
Modelos dados pelos <i>media</i>	382,78	368,85	67411,000	0,08
Vedetas de filmes e desporto	373,25	380,45	68663,000	0,09
Outros	374,95	378,39	69362,500	0,16
Sexualidade nas disciplinas escolares	388,00	362,49	65255,000	0,00**
Expressão da sexualidade por sexo	378,18	374,45	69309,000	0,72
Métodos contraceptivos	353,81	404,15	60630,500	0,00**
Quem mais recorre aos métodos contraceptivos	366,37	388,84	65821,500	0,12
Principal zona potencialmente erógena para o sexo oposto	368,12	386,72	66540,500	0,23
Órgão dos sentidos mais importante	373,59	380,05	68800,500	0,62
Frequência da masturbação	381,34	370,61	68006,000	0,39
Doenças sexualmente transmissíveis	379,12	373,30	68920,000	0,63
Expressão que define sexualidade	374,68	378,72	69252,000	0,79

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Quanto à fonte de informação, os mais novos tendem a considerar mais os irmãos ($p \leq 0,05$) e os profissionais de saúde ($p \leq 0,05$), recorrendo mais a revistas ($p \leq 0,05$) para obterem informação sobre sexualidade. Denota-se, ainda, que são os mais novos que tendem a falar mais sobre sexualidade com os irmãos ($p \leq 0,05$) e com amigos ($p \leq 0,05$).

São também os mais novos que consideram os sistemas de saúde como agentes principais dos papéis sexuais dos adolescentes ($p \leq 0,05$) e são eles que referem mais disciplinas escolares onde a sexualidade foi abordada ($p \leq 0,01$).

No que toca às atitudes sobre a sexualidade em função da idade (Tabela 19), constata-se que são os adolescentes mais velhos que mais concordam que *a sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional* ($p \leq 0,01$). São também eles que mais concordantes se mostram com o facto de *o desejo e excitação sexual serem normais nos rapazes e raparigas adolescentes* ($p \leq 0,01$) e o facto de *a troca de carícias ser importante fonte de prazer na adolescência* ($p \leq 0,01$).

Tabela 19 - Atitudes sobre a sexualidade em função da idade

Atitudes sobre a sexualidade	14-16 anos (n=413)	17-19 anos (n=339)	Teste U	p
a) A sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor.	371,03	383,16	67745,000	0,41
b) A afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade.	368,86	385,81	66848,500	0,26
c) A sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional.	359,68	397,00	63055,500	0,01**
d) A sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade.	376,42	376,60	69971,000	0,99
e) O desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes.	360,46	396,04	63380,000	0,01**
f) A troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência.	357,90	399,16	62323,000	0,00**
g) Os rapazes só devem ter relações sexuais após o casamento.	376,44	376,58	69977,500	0,99
h) As raparigas só devem ter relações sexuais após o casamento.	376,59	376,39	69967,000	0,98
i) As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução.	388,13	362,33	65200,000	0,08
j) As relações sexuais devem ser compreendidas como uma atitude que recusa as formas de dominação de um sexo por outro.	375,20	378,09	69466,000	0,84
k) A sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos (as) outros (as).	369,89	384,55	67274,000	0,32
l) A informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados.	364,66	390,93	65112,500	0,08

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Quando se consideram as variações dos conhecimentos em função do local de residência, a Tabela 20 mostra os resultados obtidos.

Tabela 20 - Diferenças nos conhecimentos em função do local de residência

Conhecimentos sobre sexualidade	Rural (n=284)	Urbano (n=468)	Teste U	p
Conhecimentos sobre sexualidade	375,56	377,07	66190,000	0,78
Avaliação do nível de conhecimentos	374,88	377,48	65995,500	0,86
Fonte de informação e conhecimento				
Pai	353,67	390,35	59972,000	0,00**
Mãe	369,69	380,63	64522,000	0,42
Irmãos	365,27	383,31	63268,000	0,06
Amigos	373,49	378,32	65602,000	0,73
Profissionais de saúde	342,07	397,39	56678,000	0,00**
Professores	336,08	401,03	54976,000	0,00**
Internet	377,45	375,92	66186,000	0,90
Livros	336,99	400,48	55234,000	0,00**
Revistas	341,82	397,55	56606,000	0,00**
Outros	378,70	375,16	65830,000	0,37
Com quem costumam falar				
Pai	342,70	397,01	56858,000	0,00**
Mãe	368,70	381,24	64240,000	0,33
Irmãos	364,77	383,62	63126,000	0,01**
Amigos	366,68	382,46	63666,000	0,21
Profissionais de saúde	324,09	408,30	51572,000	0,00**
Professores	332,99	402,90	54100,000	0,00**
Outros	387,38	369,90	63366,000	0,00**
Diálogo com pais sobre sexualidade	360,52	386,20	61918,000	0,01**
Avaliação da comunicação com os pais sobre sexualidade	391,43	367,44	62216,000	0,06
Agentes de socialização				
Família	377,68	375,78	66120,000	0,89
Amigos	406,00	358,60	58078,000	0,00**
Professores e educadores	345,69	395,20	57706,000	0,00**
Sistemas de saúde	352,92	390,81	59760,000	0,00**
Modelos dados pelos <i>media</i>	383,20	372,44	64554,000	0,18
Vedetas de filmes e desporto	380,70	373,95	65262,000	0,12
Outros	379,50	374,68	65604,000	0,05*
Sexualidade nas disciplinas escolares	375,99	376,81	66310,000	0,93
Expressão da sexualidade por sexo	380,10	374,32	65434,000	0,58
Métodos contraceptivos	332,78	403,03	54038,500	0,00**
Quem mais recorre aos métodos contraceptivos	375,17	377,30	66079,500	0,88
Principal zona potencialmente erógena para o sexo oposto	378,87	375,06	65782,500	0,81
Órgão dos sentidos mais importante	360,19	386,40	61823,000	0,06
Frequência da masturbação	374,64	377,63	65927,500	0,81
Doenças sexualmente transmissíveis	341,66	397,64	56562,000	0,00**
Expressão que define sexualidade	366,24	382,73	63541,000	0,29

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Denota-se que são os adolescentes do meio urbano que mais consideram o pai ($p \leq 0,01$), os profissionais de saúde ($p \leq 0,01$), os professores ($p \leq 0,01$), os livros ($p \leq 0,01$) e revistas ($p \leq 0,01$) como fonte de conhecimento e informação sobre sexualidade, por comparação

aos do meio rural. Por conseguinte, são também eles que mais falam com o pai ($p \leq 0,01$), os irmãos ($p \leq 0,01$), profissionais de saúde ($p \leq 0,01$), professores ($p \leq 0,01$) e outros ($p \leq 0,01$), reconhecendo a comunicação com os pais como mais positiva ($p \leq 0,01$).

Os adolescentes do meio rural são aqueles que mais consideram os amigos ($p \leq 0,01$) e outros ($p \leq 0,05$) como agentes primários de socialização ($p \leq 0,01$), enquanto os adolescentes do meio urbano consideram mais os professores/educadores ($p \leq 0,01$) e sistemas de saúde ($p \leq 0,01$).

Os adolescentes que residem em meio urbano são os que mais referem possuir conhecimentos dos métodos contraceptivos ($p \leq 0,01$) e identificaram a Hepatite B e o VIH/SIDA como doenças sexualmente transmissíveis ($p \leq 0,01$).

Considerando as atitudes sobre a sexualidade em função do local de residência (Tabela 21) observa-se que são os adolescentes que residem no meio urbano que mais concordam que *a sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor* ($p \leq 0,05$); *deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade* ($p \leq 0,01$); *que o desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes* ($p \leq 0,01$) e *que a sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos outros* ($p \leq 0,05$). No entanto, são os adolescentes do meio rural que mais concordam que *a troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência* ($p \leq 0,01$); *mais discordam que os rapazes só devem ter relações sexuais após o casamento* ($p \leq 0,01$); *que as raparigas só devem ter relações sexuais após o casamento* ($p \leq 0,01$) e *que as relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução* ($p \leq 0,01$).

Tabela 21 - Atitudes sobre a sexualidade em função do local de residência

Atitudes sobre a sexualidade	Rural (n=284)	Urbano (n=468)	Teste U	p
a) A sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor.	355,80	389,06	60576,000	0,02*
b) A afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade.	378,63	375,21	65852,000	0,82
c) A sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional.	372,38	379,00	65284,500	0,66
d) A sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade.	327,05	406,51	52411,500	0,00**
e) O desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes.	346,68	394,60	57986,000	0,00**
f) A troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência.	352,25	391,22	59568,000	0,01**
g) Os rapazes só devem ter relações sexuais após o casamento.	401,98	361,04	59220,000	0,00**
h) As raparigas só devem ter relações sexuais após o casamento.	400,08	362,19	59759,500	0,01**
i) As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução.	406,59	358,24	57910,000	0,00**
j) As relações sexuais devem ser compreendidas como uma atitude que recusa as formas de dominação de um sexo por outro.	370,57	380,10	64771,500	0,53
k) A sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos (as) outros (as).	343,61	396,46	57115,500	0,00**
l) A informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados.	362,12	385,22	62373,000	0,13

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Quando consideramos as variações nos conhecimentos em função do ano de escolaridade a Tabela 22 apresenta as diferenças nas OM e a Tabela 23 onde ocorrem essas diferenças. Verificamos que são os adolescentes do 11º e 12º ano que referem possuir mais conhecimentos sobre a sexualidade quando comparados com os do 10º ano ($p \leq 0,01$), pelo que a autoavaliação dos conhecimentos sobre sexualidade são significativamente melhores no seio daqueles ($p \leq 0,01$).

Os adolescentes do 11º e 12º ano consideram os profissionais de saúde ($p=0,00$), os professores ($p \leq 0,01$) e os livros ($p \leq 0,05$) como melhores fontes de informação e de conhecimento, quando comparados com os do 10º ano de escolaridade. A internet é vista como a melhor fonte de informação e de conhecimento por parte dos alunos do 11º

ano comparativamente aos do 10º ano ($p \leq 0,01$) e as revistas melhor fonte para os alunos do 12º ano por comparação aos do 10º ano ($p \leq 0,01$).

Tabela 22 - Diferenças nos conhecimentos em função da escolaridade

Conhecimentos sobre sexualidade	10º ano (n=264)	11º ano (n=263)	12º ano (n=225)	Teste de χ^2	p
Conhecimentos sobre sexualidade	392,33	371,01	364,34	19,191	0,00**
Avaliação do nível de conhecimentos	334,43	387,90	412,53	19,575	0,00**
Fonte de informação e conhecimento					
Pai	380,35	378,57	369,56	0,594	0,74
Mãe	384,39	383,90	358,59	3,138	0,20
Irmãos	381,92	377,46	369,01	1,243	0,53
Amigos	398,85	360,97	368,43	5,996	0,06
Profissionais de saúde	420,36	365,40	338,00	25,047	0,00**
Professores	428,89	348,34	347,94	31,588	0,00**
Internet	402,55	354,51	371,65	9,979	0,00**
Livros	397,67	364,49	365,71	6,623	0,03*
Revistas	401,45	369,79	355,06	11,740	0,00**
Outros	378,30	376,85	373,97	0,841	0,65
Com quem costumam falar					
Pai	375,06	389,10	363,46	3,957	0,13
Mãe	380,83	381,85	365,17	1,383	0,50
Irmãos	385,70	374,10	368,51	2,321	0,31
Amigos	403,61	354,06	370,92	11,877	0,00**
Profissionais de saúde	404,65	375,69	344,42	14,037	0,00**
Professores	391,11	370,87	365,94	4,051	0,13
Outros	381,18	373,98	373,95	1,419	0,49
Diálogo com pais sobre sexualidade	382,73	389,50	354,00	5,936	0,06
Avaliação da comunicação com os pais sobre sexualidade	366,75	363,42	403,23	7,882	0,01**
Agentes de socialização					
Família	380,71	382,95	364,02	1,448	0,48
Amigos	387,48	372,76	367,98	1,661	0,43
Professores e educadores	404,55	372,77	347,96	13,228	0,00**
Sistemas de saúde	384,02	393,56	347,74	8,665	0,01**
Modelos dados pelos <i>media</i>	381,09	368,11	380,92	2,413	0,29
Vedetas de filmes e desporto	370,33	378,85	380,99	4,596	0,10
Outros	378,08	373,78	377,83	2,674	0,26
Sexualidade nas disciplinas escolares	416,73	358,45	350,40	41,166	0,00**
Expressão da sexualidade por sexo	381,18	376,67	370,81	0,650	0,72
Métodos contraceptivos	330,28	393,81	410,50	22,159	0,00**
Quem mais recorre aos métodos contraceptivos	343,77	409,15	376,75	14,006	0,00**
Principal zona potencialmente erógena para o sexo oposto	364,03	382,83	383,74	1,413	0,49
Órgão dos sentidos mais importante	385,74	359,64	385,36	3,591	0,16
Frequência da masturbação	360,99	403,86	362,72	10,101	0,00**
Doenças sexualmente transmissíveis	389,42	373,35	365,02	2,672	0,26
Expressão que define sexualidade	369,60	383,93	375,92	0,616	0,73

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Tabela 23 - Teste *post-hoc* entre conhecimentos e ano de escolaridade

Conhecimentos sobre sexualidade	Ano de Escolaridade	H	p
Conhecimentos sobre sexualidade	12º ano > 10º ano	27,991	0,00**
	11º ano > 10º ano	21,326	0,00**
Avaliação do nível de conhecimentos	12º ano > 10º ano	53,469	0,00**
	11º ano > 10º ano	78,102	0,00**
Fontes de informação e conhecimentos			
Profissionais de saúde	12º ano > 10º ano	82,359	0,00**
	11º ano > 10º ano	54,961	0,00**
Professores	12º ano > 10º ano	80,954	0,00**
	11º ano > 10º ano	80,554	0,00**
Internet	11º ano > 10º ano	48,040	0,00**
Livros	12º ano > 10º ano	31,960	0,00**
	11º ano > 10º ano	33,180	0,00**
Revistas	12º ano > 10º ano	46,392	0,00**
Com quem costumas falar			
Amigos	11º ano > 10º ano	49,545	0,00**
Profissionais de saúde	12º ano > 10º ano	60,236	0,00**
Avaliação da comunicação com os pais sobre sexualidade	12º ano > 10º ano	36,479	0,01**
Agentes de socialização			
Professores e educadores	12º ano > 10º ano	56,590	0,00**
Sistemas de saúde	12º ano > 11º ano	45,813	0,01**
Sexualidade nas disciplinas escolares	12º ano > 10º ano	66,332	0,00**
	11º ano > 10º ano	58,275	0,00**
Métodos contraceptivos	12º ano > 10º ano	80,217	0,00**
	11º ano > 10º ano	65,535	0,00**
Quem mais recorre aos métodos contraceptivos	11º ano > 10º ano	65,379	0,00**
Frequência da masturbação	12º ano > 11º ano	41,146	0,01**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Os adolescentes do 11º ano referem falar mais sobre sexualidade com amigos ($p \leq 0,01$) enquanto os do 12º ano referem falar com os profissionais de saúde ($p \leq 0,01$), ambos por comparação aos adolescentes do 10º ano.

Os alunos do 12º ano de escolaridade autoavaliam a comunicação com os pais sobre sexualidade mais positivamente, por comparação aos alunos do 10º ano ($p \leq 0,01$) e são igualmente eles que identificam os professores e educadores ($p \leq 0,01$) bem como os sistemas de saúde ($p \leq 0,01$), como principais agentes de socialização.

Os adolescentes que frequentam o 11º e o 12º ano de escolaridade assinalam mais disciplinas que abordaram a sexualidade ($p \leq 0,01$), bem como se consideram detentores de melhores conhecimentos sobre os métodos contraceptivos ($p \leq 0,01$). No entanto, são os adolescentes do 11º ano que consideram mais que os rapazes e raparigas recorrem aos métodos contraceptivos por igual ($p \leq 0,01$), quando comparados com os que frequentam o 10º ano.

Por último, os adolescentes do 12º ano consideram que são os rapazes que mais recorrem à masturbação, sendo esta diferença estatisticamente significativa por comparação aos adolescentes do 11º ano ($p \leq 0,01$).

Considerando as atitudes sobre a sexualidade em função do ano de escolaridade a Tabela 24 apresenta as diferenças nas OM e a Tabela 25 em que grupos residem essas diferenças. Assim, denota-se que são os adolescentes que frequentam o 11º e o 12º ano que mais concordam que a *sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor* ($p \leq 0,01$); que a *afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade* ($p \leq 0,01$); que a *sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional* ($p \leq 0,01$); que o *desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes* ($p \leq 0,01$); que a *sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos outros* ($p \leq 0,01$) e que a *informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados* ($p \leq 0,01$), quando comparados com os adolescentes do 10º ano. Verifica-se ainda que são os adolescentes do 11º ano que mais concordam totalmente que a *sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade* ($p \leq 0,01$) e os do 12º ano que a *troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência* ($p \leq 0,01$).

Tabela 24 - Atitudes sobre a sexualidade em função da escolaridade

Atitudes sobre sexualidade	10º ano (n=264)	11º ano (n=263)	12º ano (n=225)	Teste de χ^2	p
a) A sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor.	341,63	397,23	393,18	12,155	0,00**
b) A afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade.	345,28	395,27	391,18	9,197	0,01**
c) A sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional.	336,62	391,89	405,31	15,757	0,00**
d) A sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade.	351,59	406,32	370,87	9,970	0,00**
e) O desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes.	342,09	391,15	399,75	11,957	0,00**
f) A troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência.	345,48	384,56	403,48	10,436	0,00**
g) Os rapazes só devem ter relações sexuais após o casamento.	373,37	376,33	380,36	0,147	0,92
h) As raparigas só devem ter relações sexuais após o casamento.	374,22	374,52	381,50	0,199	0,90
i) As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução.	395,73	362,48	370,32	3,828	0,14
j) As relações sexuais devem ser compreendidas como uma atitude que recusa as formas de dominação de um sexo por outro.	372,88	373,22	384,58	0,496	0,78
k) A sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos (as) outros (as).	339,13	401,56	391,06	13,830	0,00**
l) A informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados.	342,37	394,93	395,01	11,290	0,00**

*p≤0,05; **p≤0,01

Tabela 25 - Teste *post-hoc* entre atitudes face à sexualidade e ano de escolaridade

Atitudes de sexualidade	Ano de Escolaridade	H	p
a) A sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor.	12º ano > 10º ano	51,552	0,00**
	11º ano > 10º ano	55,594	0,00**
b) A afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade.	12º ano > 10º ano	45,002	0,04*
	11º ano > 10º ano	49,992	0,01**
c) A sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional.	12º ano > 10º ano	55,269	0,00**
	11º ano > 10º ano	68,687	0,00**
d) A sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade	11º ano > 10º ano	54,738	0,00**
e) O desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes.	12º ano > 10º ano	57,658	0,00**
	11º ano > 10º ano	49,054	0,01**
f) A troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência.	12º ano > 10º ano	57,997	0,00**
k) A sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos (as) outros (as).	12º ano > 10º ano	51,938	0,01**
	11º ano > 10º ano	62,428	0,00**
l) A informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados.	12º ano > 10º ano	52,641	0,01**
	11º ano > 10º ano	52,566	0,01**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Por último, relativamente às variações nos conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade em função do NSE, a Tabela 26 apresenta as diferenças nas OM e a Tabela 27, entre que grupos existem essas diferenças. Assim, verifica-se que são os adolescentes que pertencem ao NSE médio baixo que mais consideram o pai como fonte de informação e conhecimento sobre sexualidade, por comparação aos que pertencem ao NSE médio alto ($p \leq 0,05$). Os adolescentes do NSE médio baixo consideram mais os professores como uma fonte de informação e de conhecimento em matéria da sexualidade quando comparados com os do NSE médio ($p \leq 0,05$).

São os adolescentes do NSE médio baixo que referem falar mais com o pai ($p \leq 0,05$), com os profissionais de saúde ($p \leq 0,01$) e com os professores ($p \leq 0,01$), comparativamente aos que pertencem ao NSE médio alto e os adolescentes do NSE médio baixo falam mais com os profissionais de saúde ($p \leq 0,01$), por comparação aos do NSE médio. O diálogo sobre a sexualidade com os pais decorre mais nos adolescentes do NSE médio baixo por comparação aos do NSE médio alto ($p \leq 0,01$), bem como são aqueles que referem uma avaliação mais positiva da comunicação ($p \leq 0,01$). Os adolescentes pertencentes ao NSE médio, por comparação ao do NSE médio alto

($p \leq 0,01$) e os do NSE médio baixo, por comparação aos do NSE médio ($p \leq 0,01$) consideram que os modelos dados pelos *media* são os principais agentes de socialização nos papéis sexuais dos adolescentes.

Tabela 26 - Diferenças nos conhecimentos em função do NSE

Conhecimentos sobre sexualidade	A (n=11)	B (n=166)	C (n=348)	D (n=151)	E (n=25)	Teste de χ^2	p
Conhecimentos sobre sexualidade	368,86	349,67	349,09	357,89	337,00	3,635	0,45
Avaliação do nível de conhecimentos	340,55	368,79	353,90	327,23	340,68	4,114	0,39
Fonte de informação e conhecimento							
Pai	348,41	321,54	354,36	374,36	359,88	9,695	0,04*
Mãe	261,45	334,59	350,54	375,40	358,32	7,730	0,10
Irmãos	335,27	350,44	352,67	352,58	328,90	1,123	0,89
Amigos	419,05	348,02	353,12	344,56	350,22	1,986	0,73
Profissionais de saúde	391,18	341,47	342,01	378,73	354,22	5,878	0,20
Professores	328,82	338,42	341,73	390,01	337,74	9,631	0,04*
Internet	461,05	324,57	353,83	367,99	336,14	11,201	0,06
Livros	411,14	335,32	350,34	373,36	302,80	9,001	0,06
Revistas	391,14	340,65	349,48	367,29	324,86	4,654	0,32
Outros	326,14	351,67	351,96	348,72	358,00	3,823	0,43
Com quem costumam falar							
Pai	318,91	332,15	351,05	377,36	330,38	10,183	0,03*
Mãe	302,68	326,87	352,22	378,44	349,84	8,886	0,06
Irmãos	334,77	356,27	351,16	347,43	342,42	0,783	0,94
Amigos	413,82	349,52	348,17	354,31	352,64	1,967	0,74
Profissionais de saúde	371,91	330,26	344,62	395,54	299,26	16,737	0,00**
Professores	385,14	328,32	347,50	384,50	332,88	14,899	0,00**
Outros	335,64	350,61	350,38	351,25	367,50	1,734	0,78
Diálogo com pais sobre sexualidade	293,68	317,87	357,32	376,40	354,86	13,003	0,01**
Avaliação da comunicação com os pais sobre sexualidade	414,09	385,43	344,61	324,98	340,78	13,694	0,00**
Agentes de socialização							
Família	321,32	347,81	347,32	356,98	400,34	2,694	0,61
Amigos	373,41	342,31	357,20	348,30	328,80	1,633	0,80
Professores e educadores	392,27	354,65	346,22	358,51	329,82	1,884	0,75
Sistemas de saúde	346,05	355,26	346,59	350,48	389,38	1,677	0,79
Modelos dados pelos <i>media</i>	384,00	337,55	363,86	337,58	327,92	13,349	0,01**
Vedetas de filmes e desporto	360,50	345,72	351,44	355,86	346,48	3,009	0,55
Outros	354,00	351,89	348,96	354,00	354,00	3,119	0,53
Sexualidade nas disciplinas escolares	338,86	347,12	351,32	355,75	349,06	0,567	0,96
Expressão da sexualidade por sexo	380,14	350,77	352,58	342,36	369,94	1,721	0,78
Métodos contraceptivos	352,05	342,37	350,35	371,26	294,50	4,360	0,35
Quem mais recorre aos métodos contraceptivos	391,00	342,50	368,31	325,07	305,50	8,222	0,08
Principal zona potencialmente erógena para o sexo oposto	402,59	376,47	331,67	356,19	396,96	8,324	0,08
Órgão dos sentidos mais importante	372,36	345,77	344,00	379,72	300,28	7,781	0,10
Frequência da masturbação	308,23	345,79	347,63	364,67	368,70	2,455	0,65
Doenças sexualmente transmissíveis	381,27	345,76	339,25	380,01	360,88	7,960	0,09
Expressão que define sexualidade	379,23	360,35	334,35	374,80	364,50	5,457	0,24

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Nota. A=Alto; B=Médio Alto; C=Médio; D=Médio Baixo; E=Baixo

Tabela 27 - Teste *post-hoc* entre conhecimentos e NSE

Conhecimentos sobre sexualidade	NSE	H	p
Fonte de informação e conhecimento			
Pai	Médio Baixo>Médio Alto	52,828	0,02*
Professores	Médio Baixo>Médio	48,285	0,04*
Com quem costumam falar			
Pai	Médio Baixo>Médio Alto	45,207	0,02*
Profissionais de saúde	Médio Baixo>Médio Alto	65,287	0,00**
	Médio Baixo>Médio	50,919	0,01**
Professores	Médio Baixo>Médio Alto	56,184	0,00**
Diálogo com pais sobre sexualidade	Médio Baixo>Médio Alto	58,533	0,01**
Avaliação da comunicação com os pais sobre sexualidade	Médio Baixo>Médio Alto	60,454	0,00**
Agentes de socialização			
Modelos dados pelos <i>media</i>	Médio >Médio Alto	26,308	0,00**
	Médio Baixo>Médio	26,280	0,00**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Relativamente às atitudes sobre a sexualidade e o NSE, a Tabela 28 mostra as diferenças estatisticamente significativas e a Tabela 29, os grupos onde essas diferenças existem. Observa-se que são os adolescentes do NSE médio baixo, por comparação aos do NSE médio que concordam mais que *a afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade* ($p \leq 0,01$) e são os do NSE baixo por comparação aos do NSE alto ($p \leq 0,05$) e NSE médio por comparação aos do NSE médio alto ($p \leq 0,05$) que mais concordam que *o desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes*.

Tabela 28 - Atitudes sobre a sexualidade em função do NSE

Atitudes sobre sexualidade	A (n=11)	B (n=166)	C (n=348)	D (n=151)	E (n=25)	Teste de χ^2	p
a) A sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor.	450,68	345,75	354,91	351,42	285,02	6,453	0,16
b) A afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade.	403,64	356,42	369,38	301,11	337,38	14,123	0,00**
c) A sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional.	379,82	358,21	359,72	323,74	333,66	4,437	0,35
d) A sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade.	420,64	380,64	341,49	341,25	314,76	7,931	0,09
e) O desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes.	451,55	361,33	349,91	352,05	247,00	11,232	0,02*
f) A troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência.	352,91	345,13	355,43	353,75	310,88	1,490	0,82
g) Os rapazes só devem ter relações sexuais após o casamento.	296,09	350,29	354,79	343,62	371,68	1,625	0,80
h) As raparigas só devem ter relações sexuais após o casamento.	298,59	342,34	358,63	343,79	368,84	2,246	0,69
i) As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução.	295,27	342,74	365,17	327,70	373,82	5,878	0,20
j) As relações sexuais devem ser compreendidas como uma atitude que recusa as formas de dominação de um sexo por outro.	337,50	364,67	352,88	332,39	352,40	2,342	0,67
k) A sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos (as) outros (as).	432,68	380,51	346,25	337,25	268,34	11,648	0,06
l) A informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados.	457,91	364,16	352,74	336,38	280,76	8,546	0,07

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Nota. A=Alto; B=Médio Alto; C=Médio; D=Médio Baixo; E=Baixo

Tabela 29 - Teste *post-hoc* entre atitudes face à sexualidade e NSE

Atitudes face à sexualidade	NSE	H	p
b) A afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade.	Médio Baixo>Médio	68,262	0,00**
e) O desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes.	Médio >Médio Alto Baixo> Alto	114,331 204,545	0,04* 0,02*

* $p \leq 0,05$

Procedemos, agora, à verificação da **H2 - Os comportamentos dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo as variáveis sociodemográficas** (Objetivo 4). No que diz respeito aos comportamentos sexuais em função do sexo, a Tabela 30 mostra que são as raparigas que mais referem terem tido relações sexuais ($p \leq 0,05$), por comparação aos rapazes. No entanto, são os rapazes que assinalam que o fizeram com a(o) namorada(o) ($p \leq 0,01$), tendo utilizado um método contraceptivo nessa primeira relação ($p \leq 0,01$), nomeadamente o preservativo ($p \leq 0,01$). São eles, também, que mais referem ter voltado a ter relações sexuais com a mesma pessoa ($p \leq 0,01$), sendo que, até ao momento, tiveram entre dois a cinco parceiras sexuais ($p \leq 0,01$). O local mais adequado para os adolescentes terem relações sexuais, segundo os rapazes, são a casa, o carro, o campo, a praia e as casas de banho públicas ($p \leq 0,01$).

Tabela 30 - Diferenças nos comportamentos sexuais em função do sexo

Comportamentos sexuais	Masculino (n=304)	Feminino (n=448)	Teste U	p
Namorado	386,37	369,80	65096,000	0,23
Relações sexuais	358,08	389,00	62496,000	0,02*
Com quem	400,29	360,36	60864,500	0,00**
Uso de contraceptivo na primeira relação sexual	397,75	362,08	61636,000	0,00**
Qual contraceptivo	381,92	372,82	66449,000	0,46
Outras relações sexuais posteriores com a mesma pessoa	398,24	361,75	61486,000	0,00**
Outras relações sexuais posteriores com outra pessoa	388,54	368,33	64436,000	0,13
Quantos companheiros sexuais	401,30	359,67	60558,000	0,00**
Local mais frequente para sexo	395,75	363,44	62244,000	0,01**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Relativamente às variações de comportamento sexual em função da **idade**, na Tabela 31 é possível verificar que são os adolescentes mais novos que mais reportam terem namorado(a) e que já iniciaram a sua atividade sexual ($p \leq 0,01$).

Todavia, são os adolescentes mais velhos que reportam ter iniciado a sua atividade sexual com a(o) namorada(o) ($p \leq 0,01$), mostrando ter utilizado um método contraceptivo nessa primeira relação ($p \leq 0,01$), nomeadamente o preservativo ($p \leq 0,01$).

São os mais velhos que voltaram a ter relações sexuais com a mesma pessoa ($p \leq 0,01$) e com outra pessoa ($p \leq 0,01$), referindo terem tido entre dois a cinco parceiros sexuais ($p \leq 0,01$). Consideram que a casa e as casas de banho públicas são o local adequado para se ter relações sexuais ($p \leq 0,01$).

Tabela 31 - Diferenças nos comportamentos sexuais em função da idade

Comportamentos sexuais	14-16 Anos (n=413)	17 -19 Anos (n=339)	Teste U	p
Namorado	406,49	339,96	57617,500	0,00**
Relações sexuais	430,03	311,29	47897,500	0,00**
Com quem	324,54	439,80	48543,500	0,00**
Uso de contraceptivo na primeira relação sexual	322,42	442,39	47667,500	0,00**
Qual contraceptivo	335,57	426,37	53099,000	0,00**
Outras relações sexuais posteriores com a mesma pessoa	324,84	439,43	48669,500	0,00**
Outras relações sexuais posteriores com outra pessoa	326,55	437,36	49373,500	0,00**
Quantos companheiros sexuais	320,50	444,73	46875,000	0,00**
Local mais frequente para sexo	320,58	444,62	46909,500	0,00**

** $p \leq 0,01$

Relativamente ao local de residência (Tabela 32) verifica-se que são os adolescentes do meio urbano que mais referem terem namorado(a) ($p \leq 0,01$) e reportam mais terem tido relações sexuais ($p \leq 0,05$). Todavia, são os adolescentes do meio rural que referem ter tido mais relações com a(o) namorada(o) ($p \leq 0,05$); tendo utilizado um contraceptivo na primeira relação, nomeadamente a pílula do dia seguinte e o coito interrompido ($p \leq 0,01$); voltaram a ter relações sexuais com a mesma pessoa ($p \leq 0,05$); reportam entre dois a cinco parceiros sexuais ($p \leq 0,01$ $p=0,00$) e consideram a casa, o campo e as casas de banho públicas, como lugares mais adequados para se ter relações sexuais ($p \leq 0,01$).

Tabela 32 - Diferenças nos comportamentos sexuais em função do local de residência

Comportamentos sexuais	Rural (n=284)	Urbano (n=468)	Teste <i>U</i>	<i>p</i>
Namorado	351,82	391,47	59448,000	0,00**
Relações sexuais	359,54	386,79	61640,000	0,04*
Com quem	395,03	365,26	61194,000	0,03*
Uso de contraceptivo na primeira relação sexual	397,36	363,84	60532,500	0,01**
Qual contraceptivo	379,65	374,59	65560,000	0,68
Outras relações sexuais posteriores com a mesma pessoa	395,66	364,87	61014,500	0,02*
Outras relações sexuais posteriores com outra pessoa	388,26	369,36	63116,000	0,17
Quantos companheiros sexuais	399,30	362,67	59981,500	0,00**
Local mais frequente para sexo	398,74	363,00	60139,500	0,00**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

As diferenças nos comportamentos sexuais em função do ano de escolaridade encontram-se espelhadas na Tabela 33 e, na Tabela 34 é possível observar-se entre que grupos ocorrem as diferenças identificadas. Assim, verifica-se que são os adolescentes do 12º ano que reportam mais terem namorado(a), por comparação aos de outros anos letivos ($p \leq 0,01$). São também eles que assinalam mais terem tido relações sexuais por comparação aos restantes, bem como os do 11º ano por comparação aos do 10º ano ($p \leq 0,01$). Nota-se ainda que são os adolescentes do 11º e do 12º, por comparação aos do 10º ano e os do 12º ano por comparação aos dos 11º ano que referem terem tido relações sexuais com a(o) namorado ($p \leq 0,01$); que utilizaram contraceptivo nessa relação ($p \leq 0,01$), nomeadamente o preservativo ($p \leq 0,01$); que tiveram, com a mesma pessoa, outras relações sexuais ($p \leq 0,01$), bem como com outras pessoas ($p \leq 0,01$), referindo terem tido entre dois e cinco parceiros sexuais ($p \leq 0,01$) e considerando a casa, a praia e as casas de banho públicas como o lugar mais adequado para se ter relações sexuais ($p \leq 0,01$).

Tabela 33 - Diferenças nos comportamentos sexuais em função da escolaridade

Comportamentos sexuais	10º Ano (n=264)	11º Ano (n=263)	12º Ano (n=225)	Teste de χ^2	<i>p</i>
Namorado	404,62	385,53	332,95	18,922	0,00**
Relações sexuais	439,56	377,83	300,95	72,900	0,00**
Com quem	315,52	376,31	448,27	64,694	0,00**
Uso de contraceptivo na primeira relação sexual	312,48	375,15	453,19	72,905	0,00**
Qual contraceptivo	329,12	375,62	433,12	46,472	0,00**
Outras relações sexuais posteriores com a mesma pessoa	315,57	376,44	448,05	64,508	0,00**
Outras relações sexuais posteriores com outra pessoa	313,51	380,26	446,01	63,863	0,00**
Quantos companheiros sexuais	314,08	370,74	456,47	73,852	0,00**
Local mais frequente para sexo	310,31	374,80	456,14	77,725	0,00**

**p≤0,01

Tabela 34 - Teste *post-hoc* entre os comportamentos sexuais e ano de escolaridade

Comportamentos sexuais	Ano de escolaridade	<i>H</i>	<i>p</i>
Namorado	12º ano > 11º ano	52,573	0,00**
	12º ano > 10º ano	71,668	0,00**
	12º ano > 11º ano	76,877	0,00**
Relações sexuais	12ª ano > 10º ano	138,607	0,00**
	11ª ano > 10º ano	61,730	0,00**
	12º ano > 11º ano	71,957	0,00**
Com quem	12ª ano > 10º ano	132,754	0,00**
	11ª ano > 10º ano	60,797	0,00**
	12º ano > 11º ano	78,041	0,00**
Uso de contraceptivo na primeira relação sexual	12ª ano > 10º ano	140,708	0,00**
	11ª ano > 10º ano	62,667	0,00**
	12º ano > 11º ano	57,494	0,00**
Qual contraceptivo	12ª ano > 10º ano	103,990	0,00**
	11ª ano > 10º ano	46,504	0,00**
	12º ano > 11º ano	76,610	0,00**
Outras relações sexuais posteriores com a mesma pessoa	12ª ano > 10º ano	132,479	0,00**
	11ª ano > 10º ano	60,869	0,00**
	12º ano > 11º ano	65,747	0,00**
Outras relações sexuais posteriores com outra pessoa	12ª ano > 10º ano	132,504	0,00**
	11ª ano > 10º ano	66,757	0,00**
	12º ano > 11º ano	85,732	0,00**
Quantos companheiros sexuais	12ª ano > 10º ano	142,396	0,00**
	11ª ano > 10º ano	56,664	0,00**
	12º ano > 11º ano	81,342	0,00**
Local mais frequente para sexo	12ª ano > 10º ano	145,832	0,00**
	11ª ano > 10º ano	64,490	0,00**

*p≤0,05; **p≤0,01

Por último procurou-se analisar as diferenças nos comportamentos sexuais em função do NSE (Tabela 35) não se tendo encontrado nenhuma diferença estatisticamente significativa em nenhuma das dimensões dos comportamentos sexuais consideradas.

Tabela 35 - Diferenças nos comportamentos sexuais em função do NSE

Comportamentos sexuais	Alto (n=11)	Médio alto (n=166)	Médio (n=348)	Médio baixo (n=151)	Baixo (n=25)	Teste de χ^2	<i>p</i>
Namorado	308,32	364,37	354,47	334,70	331,26	3,454	0,48
Relações sexuais	343,55	346,42	354,17	347,98	358,84	0,379	0,98
Com quem	347,73	355,75	348,43	354,02	338,44	0,402	0,98
Uso de contraceptivo na primeira relação sexual	349,36	356,81	348,12	350,81	354,36	0,309	0,98
Qual contraceptivo	390,27	350,54	347,73	362,79	311,12	3,332	0,50
Outras relações sexuais posteriores com a mesma pessoa	348,82	354,83	349,00	354,26	334,68	0,425	0,98
Outras relações sexuais posteriores com outra pessoa	346,82	353,06	347,86	357,69	342,52	0,446	0,97
Quantos companheiros sexuais	367,14	355,83	347,67	352,22	350,80	0,373	0,98
Local mais frequente para sexo	346,45	356,19	348,83	351,88	343,44	0,275	0,99

Nota. A=Alto; B=Médio Alto; C=Médio; D=Médio Baixo; E=Baixo

Procedemos igualmente à verificação da **H3 - Os traços de personalidade dos adolescentes são diferentes segundo as variáveis sociodemográficas** (Objetivo 5). A Tabela 36 mostra que são as raparigas que mais apresentam significativamente traços de neuroticismo por comparação aos rapazes ($p \leq 0,01$), enquanto estes apresentam significativamente mais traços de extroversão ($p \leq 0,01$).

Tabela 36 - Diferenças nos traços de personalidade em função do sexo

Traços de personalidade	Masculino (n=304)	Feminino (n=448)	Teste <i>U</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	345,67	397,42	58722,500	0,00**
Extroversão	409,92	353,82	57936,500	0,00**

** $p \leq 0,01$

Relativamente à idade, na Tabela 37 é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas nos traços de personalidade quando a variável idade é tida em consideração.

No entanto, mesmo na ausência de diferenças estatisticamente significativas denota-se uma tendência para os mais novos apresentarem mais traços de neuroticismo enquanto os mais velhos, mais traços de extroversão.

Tabela 37 - Diferenças nos traços de personalidade em função da idade

Traços de personalidade	14-16 Anos (n=413)	17 -19 Anos (n=339)	Teste <i>U</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	381,60	370,28	67895,500	0,47
Extroversão	367,36	387,64	66228,500	0,19

Relativamente ao local de residência (Tabela 38) verifica-se que são os adolescentes do meio urbano que mais apresentam traços de neuroticismo ($p \leq 0,05$) enquanto os adolescentes do meio rural mais traços de extroversão ($p \leq 0,01$).

Tabela 38 - Diferenças nos traços de personalidade em função do local de residência

Traços de personalidade	Rural (n=284)	Urbano (n=468)	Teste <i>U</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	356,45	388,67	60762,000	0,04*
Extroversão	400,98	361,64	59502,500	0,01**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

A Tabela 39 mostra que não existem diferenças significativas nos traços de personalidade em função do ano de escolaridade.

Tabela 39 - Diferenças nos traços de personalidade em função da escolaridade

Traços de personalidade	10º Ano (n=264)	11º Ano (n=263)	12º Ano (n=225)	Teste de χ^2	<i>p</i>
Neuroticismo	377,95	385,24	364,58	1,147	0,56
Extroversão	358,66	383,45	389,31	2,927	0,23

Por último procurou-se analisar as diferenças nos traços de personalidade em função do NSE (Tabela 40) observando-se diferenças ao nível da extroversão. A Tabela 41 mostra que as diferenças se encontram no NSE baixo e médio baixo, por comparação ao NSE médio, alto e médio alto, respetivamente.

Tabela 40 - Diferenças nos traços de personalidade em função do NSE

Traços de personalidade	Alto (n=11)	Médio alto (n=166)	Médio (n=348)	Médio baixo (n=151)	Baixo (n=25)	Teste de χ^2	<i>p</i>
Neuroticismo	323,23	360,58	345,69	365,81	284,04	4,485	0,34
Extroversão	265,59	366,82	364,59	319,98	281,64	11,387	0,02*

* $p \leq 0,05$

Tabela 41 - Teste *post-hoc* entre os traços de personalidade e NSE

Traço de personalidade	NSE	<i>H</i>	<i>p</i>
Extroversão	NSE baixo > NSE médio	82,955	0,04*
	NSE médio-baixo > NSE alto	85,182	0,04*
	NSE médio-baixo > NSE médio	44,615	0,02*
	NSE médio-baixo > NSE médio-alto	46,842	0,03*

* $p \leq 0,05$

Verificando agora a **H4 - Os conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo os traços da personalidade** (Objetivo 6), recorreremos ao *r* de Pearson (ponto bisseral) para verificar as relações entre os traços de personalidade (Neuroticismo e Extroversão) com os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade.

A Tabela 42 mostra essas relações, sugerindo que os adolescentes com traços de personalidade associados ao neuroticismo são os que menos reconhecem o pai ($r=0,170$; $p \leq 0,01$), a mãe ($r=0,116$; $p \leq 0,01$) e os irmãos ($r=0,083$; $p \leq 0,05$) como fonte de informação e conhecimento sobre sexualidade; são também os que menos falam com o pai ($r=0,136$; $p \leq 0,01$), com a mãe ($r=0,073$; $p \leq 0,05$), com os professores ($r=0,077$; $p \leq 0,05$) e mais com outros ($r=-0,076$; $p \leq 0,05$); são ainda eles que mantêm menos diálogos com os pais neste âmbito ($r=0,109$; $p \leq 0,01$), avaliando mais negativamente a comunicação que têm sobre sexualidade com os seus pais ($r=-0,115$; $p \leq 0,01$). São

também eles que assinalam que a expressão da sexualidade difere entre rapaz e rapariga ($r=-0,088$; $p\leq 0,05$).

Tabela 42 - Relação entre conhecimentos e traços de personalidade

Conhecimentos sobre sexualidade	Neuroticismo	Extroversão
Conhecimentos sobre sexualidade	0,020	-0,056
Avaliação do nível de conhecimentos	-0,017	0,193**
Fonte de informação e conhecimento		
Pai	0,170**	-0,126**
Mãe	0,116**	-0,046
Irmãos	0,083*	-0,025
Amigos	0,001	-0,166**
Profissionais de saúde	-0,007	-0,061
Professores	0,018	-0,068
Internet	-0,033	-0,129**
Livros	-0,024	-0,112**
Revistas	-0,007	-0,184**
Outros	-0,051	0,046
Com quem costumas falar		
Pai	0,136**	-0,120**
Mãe	0,073*	-0,005
Irmãos	0,040	-0,035
Amigos	-0,029	-0,156**
Profissionais de saúde	0,061	-0,085*
Professores	0,077*	-0,145**
Outros	-0,076*	0,034
Diálogo com pais sobre sexualidade	0,109**	-0,157**
Avaliação da comunicação com os pais sobre sexualidade	-0,115**	0,151**
Agentes de socialização		
Família	0,006	0,048
Amigos	-0,013	0,027
Professores e educadores	-0,006	0,014
Sistemas de saúde	-0,005	0,079*
Modelos dados pelos <i>media</i>	-0,068	0,059
Vedetas de filmes e desporto	-0,028	-0,010
Outros	0,013	0,037
Sexualidade nas disciplinas escolares	0,002	-0,048
Expressão da sexualidade por sexo	-0,088*	-0,088*
Métodos contraceptivos	0,035	0,070
Doenças	0,025	-0,160**

* $p\leq 0,05$; ** $p\leq 0,01$

Por outro lado, os adolescentes que apresentam mais traços de extroversão são aqueles que avaliam mais positivamente o seu nível de conhecimentos face à sexualidade ($r=0,193$; $p\leq 0,01$); consideram o pai ($r=-0,126$; $p\leq 0,01$), os amigos ($r=-0,166$; $p\leq 0,01$), a internet ($r=-0,129$; $p\leq 0,01$), os livros ($r=-0,112$; $p\leq 0,01$) e as revistas ($r=-0,184$; $p\leq 0,01$) como fontes de informação e conhecimento sobre sexualidade; conversando mais sobre estes temas com o pai ($r=-0,120$; $p\leq 0,01$), os amigos ($r=-0,156$; $p\leq 0,01$), os profissionais de saúde ($r=-0,085$; $p\leq 0,05$) e os professores ($r=-0,145$; $p\leq 0,01$). Denota-se, ainda, que são os que mais dialogam com os seus pais sobre a sexualidade ($r=-0,157$; $p\leq 0,01$), avaliando mais positivamente esta comunicação ($r=0,151$; $p\leq 0,01$) e conferindo menos aos sistemas de saúde, o papel de agentes principais de socialização dos papéis sexuais dos jovens adolescentes ($r=0,079$; $p\leq 0,05$). São eles, também, que mais consideram que a expressão da sexualidade nos rapazes e raparigas é idêntica ($r=-0,088$; $p\leq 0,05$) e mais assinalaram a Hepatite B como doença sexualmente transmissível, para além do VIH/SIDA ($r=-0,160$; $p\leq 0,01$).

Relativamente às atitudes sobre a sexualidade em função dos traços de personalidade verifica-se, na Tabela 43, que os adolescentes com traços de neuroticismo são aqueles que mais concordam que *a sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor* ($r=0,100$; $p\leq 0,01$); que *a afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade* ($r=0,105$; $p\leq 0,01$); que *a sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos (as) outros (as)* ($r=0,095$; $p\leq 0,01$) e que *a informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados* ($r=0,084$; $p\leq 0,05$).

Os adolescentes com traços de extroversão são aqueles que mais concordam que *a afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade* ($r=0,15$; $p\leq 0,01$); que *a sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional* ($r=0,245$; $p\leq 0,01$); que *o desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes* ($r=0,124$; $p\leq 0,01$); que *a troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência* ($r=0,103$; $p\leq 0,01$) e que *a informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados* ($r=0,083$; $p\leq 0,05$).

Tabela 43 - Atitudes sobre a sexualidade em função dos traços de personalidade

Atitudes sobre sexualidade	Neuroticismo	Extroversão
a) A sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor.	0,100**	0,067
b) A afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade.	0,105**	0,185**
c) A sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional.	0,057	0,245**
d) A sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade.	0,035	0,025
e) O desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes.	0,053	0,124**
f) A troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência.	0,068	0,103**
g) Os rapazes só devem ter relações sexuais após o casamento.	0,054	0,020
h) As raparigas só devem ter relações sexuais após o casamento.	0,035	0,012
i) As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução.	0,005	0,027
j) As relações sexuais devem ser compreendidas como uma atitude que recusa as formas de dominação de um sexo por outro.	-0,021	-0,034
k) A sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos (as) outros (as).	0,095**	0,028
l) A informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados.	0,084*	0,083*

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Por último, considerando a **H5 – Os comportamentos dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo os traços da personalidade** (Objetivo 7) e seguindo uma análise através do teste r de Pearson (ponto bisseral), verifica-se, pela análise da Tabela 44, que os adolescentes com traços de neuroticismo não apresentam correlações significativas com os comportamentos sexuais empreendidos, sendo que essas se encontram no seio dos adolescentes com traços de extroversão. Assim, verifica-se que são estes que mais assinalam terem namorado(a) ($r=-0,180$; $p \leq 0,01$); que namoram há mais tempo ($r=0,159$; $p \leq 0,01$); que já tiveram a sua primeira relação sexual ($r=-0,126$; $p \leq 0,01$) com idade igual ou superior aos 15 anos ($r=0,102$; $p \leq 0,01$), mais frequentemente com um amigo(a) ($r= 0,130$; $p \leq 0,01$); utilizando um contraceutivo nessa primeira relação ($r=0,127$; $p \leq 0,01$), nomeadamente a pílula do dia seguinte e o coito interrompido ($r=0,098$; $p \leq 0,01$); tendo tido outras relações sexuais posteriores com a mesma pessoa ($r=0,127$; $p \leq 0,01$); bem como com outras pessoas ($r=0,102$; $p \leq 0,01$) e assinalando mais de dois parceiros sexuais ($r=0,144$; $p \leq 0,01$).

Tabela 44 - Relação entre comportamentos sexuais e traços de personalidade

Comportamento sexuais	Neuroticismo	Extroversão
Namorado	0,037	-0,180**
Há quanto tempo	-0,033	0,159**
Relações sexuais	-0,034	-0,126**
Idade da primeira relação sexual	0,016	0,102**
Com quem	0,037	0,130**
Uso de contraceptivo na primeira relação sexual	0,034	0,127**
Qual contraceptivo	0,030	0,098**
Outras relações sexuais posteriores com a mesma pessoa	0,036	0,127**
Outras relações sexuais posteriores com outra pessoa	0,032	0,102**
Quantos companheiros sexuais	0,031	0,144**

**p<0,01

6.3. Discussão dos Resultados

Os resultados serão discutidos em seguida à luz da revisão da literatura (estado de arte) anteriormente realizada. Para tal, seguiremos como linha de estrutura desta discussão os objetivos e hipóteses formulados.

Objetivo 1 - Identificar os conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade.

Os resultados descritivos ao nível dos conhecimentos dos adolescentes mostraram que apesar de a maioria (95,9%) ter referido possuir conhecimentos sobre sexualidade, apenas 48,1% os autoavalia como sendo bons conhecimentos. Estes dados são congruentes com o estudo realizado por Brás (2012), o qual mostrou que 89,7% dos rapazes e 87% das raparigas se considera muito informado e informado sobre sexualidade. Encontram-se igualmente alinhados com o estudo de Brás (2008), no qual a maioria dos inquiridos (88,7%) referiu que os jovens adolescentes possuíam conhecimentos sobre sexualidade. Corroboram igualmente outros estudos (e.g., Afonso, 2011; Almeida *et al.*, 2007; Costa, 2015; Lopes, 2006; Martins, 2010; Sousa, 2000; Torres, 2011) que mostram que os adolescentes possuem bons conhecimentos relativamente à sexualidade.

Os adolescentes consideram como fontes de informação e de conhecimento sobre a sexualidade, a internet, os profissionais de saúde e os amigos, pelo que, na sua maioria,

quando precisam de conversar sobre a sexualidade, privilegiam os amigos. Os dados apontam para uma percentagem relativamente baixa de comunicação sobre sexualidade com os seus pais (27,8%), sendo que 12,5% a avalia como boa. Nesse sentido, a família não é reconhecida, pela maioria dos adolescentes, como sendo um agente principal de socialização.

Estes dados mostram-se contrários ao estudo de Brás (2012), no qual a autora constatou uma percentagem mais elevada de adolescentes (na ordem dos 40%) que referem conversar com os pais sobre sexualidade, constatando que essa comunicação foi avaliada (na ordem dos 88%) como sendo “boa” e “muito boa”. São igualmente contrários aos resultados obtidos por Sousa (2000) que sugerem uma maioria de adolescentes (entre 61,3% a 77,3%) que referiu ter uma boa comunicação com os pais.

A valorização da internet como fonte de informação e de conhecimento em matéria da sexualidade encontra-se documentada na literatura consultada (e.g., Cortesão *et al.*, 2005; López Sánchez, 2012), muito embora associada a conceitos errados e informações nem sempre precisas, sendo necessária a sua legitimação por parte da família, da escola e dos profissionais de saúde (López Sánchez, 2012). De facto, no presente estudo, a legitimação da informação e do conhecimento dos adolescentes sobre a sexualidade acaba, de alguma forma, por ser efetuada através das disciplinas escolares que fazem referência a esta temática, que foram identificadas por uma grande parte dos adolescentes.

A identificação dos profissionais de saúde como fonte privilegiada de informação e de conhecimento para os adolescentes do presente estudo, encontra-se corroborada em diversos estudos (López Sánchez, 2012; Martins, 2010), bem como a identificação dos amigos (Brás, 2008; Brás, 2012; Martins, 2010; Sampaio, 2006, 2011; Sousa, 2000), como fonte privilegiada de informação. Na verdade, o grupo de pares, apesar de muitas vezes ser detentor de um conhecimento inadequado e impreciso sobre a sexualidade, exerce grande influência na aprendizagem sexual dos adolescentes, constituindo-se, portanto, numa fonte crucial de informação para eles (Brás, 2012; Sampaio, 2011), superando, em diversas vezes, a influência dos pais (Brás, 2008; Nodin, 2001; Vaz, 2011).

A não consideração da família como fonte de informação sobre a sexualidade é contrária a diversos estudos (e.g., Brás, 2008; Brás, 2012; Sampaio, 2006, 2011), embora na literatura seja referido que a família nem sempre assume o papel de agente de socialização em matéria da sexualidade (Sampaio, 2011) devido a inúmeros fatores como; as características familiares, a composição, o nível de educação e o estatuto socioeconómico, a qualidade da relação familiar, os estilos parentais, a supervisão parental, a comunicação entre pais e filhos e os modelos parentais no que toca a atitudes e valores face aos comportamentos sexuais (Brás, 2012).

A maioria dos adolescentes (82,8%) considera que os rapazes e raparigas não expressam a sua sexualidade da mesma forma, sendo estes dados congruentes com vários estudos (Brás, 2008; Brás, 2012; Sampaio, 2006; Vaz, 2011).

Relativamente aos métodos contraceptivos, observou-se que 44,4% refere ter “bons” conhecimentos, referindo 42,2% que ambos os sexos recorrem a eles. Estes resultados estão alinhados com diversos autores (e.g., Almeida *et al.*, 2007; Afonso, 2011; Costa, 2015; Lopes, 2006; Martins, 2010; Sousa, 2000; Torres, 2011). No estudo de Brás (2008) é referido que os inquiridos referem que os jovens se encontram esclarecidos relativamente aos métodos contraceptivos, todavia a intensa e crescente acumulação de comportamentos ligados à sexualidade e à atividade sexual não programada, dificulta a utilização dos métodos contraceptivos na maioria dos adolescentes. Por conseguinte, mesmo sentindo-se informados eles podem ter comportamentos de risco devido aos envolvimento emocional intensos e imprevistos, não conseguindo controlar os seus desejos e impulsos de natureza sexual.

Verificou-se, ainda, que 30,9% dos adolescentes considera a “boca” como principal zona potencialmente erógena para o sexo oposto e 68% identifica o “tato” como órgão mais importante dos sentidos na esfera da sexualidade. Estes dados são corroborados pelo estudo de Brás (2012), onde se verificou que a boca foi identificada como zona erógena por parte de 31% dos inquiridos. O “tato” foi igualmente referido por 58,7% dos adolescentes do estudo de Brás (2012) e para 53,1% no estudo de Brás (2008). De facto, os sentidos adquirem um papel importante na adolescência, sendo estes regulados pela atividade cerebral que direciona a resposta sexual através da libertação de neurotransmissores que operam nos diferentes recetores periféricos do corpo (Brás,

2008; Brás, 2012). Como os adolescentes se encontram numa fase de descoberta da intimidade, é natural que as sensações de prazer sejam ainda primárias, remetendo-nos à fase oral do desenvolvimento (Costa & Oliveira, 2011; Farias *et al.*, 2015; Tomio & Facci, 2009).

Cerca de 70% dos adolescentes do presente estudo considera que a masturbação é mais frequente nos rapazes, sendo estes dados congruentes com os decorrentes do estudo de Brás (2008) e de Brás (2012). No estudo de Brás (2008) os inquiridos referem que, na adolescência, a masturbação é essencialmente um ato masculino, embora seja praticada em ambos os sexos com igual frequência. De facto, a masturbação é essencial para o adolescente atingir o seu normal e completo desenvolvimento (Brás, 2008; Sampaio, 2006, 2011; Sprinthall & Collins, 2009; Vaz, 2011).

Cerca de 72% dos adolescentes identificou o VIH/SIDA e 28,1% a Hepatite B como doenças sexualmente transmissíveis. Estes dados sugerem que há uma maior identificação do VIH/SIDA por parte dos adolescentes como IST, sendo essa identificação mais reduzida para a Hepatite B. Uma das explicações para estes dados pode dever-se ao facto de no questionário se ter solicitado apenas a indicação de uma doença que fosse sexualmente transmissível e, nas respostas serem referidas duas propositadamente. No entanto, considera-se que os resultados corroboram outros estudos (Brás, 2012; Afonso, 2011; Almeida *et al.*, 2007; Costa, 2015; Lopes, 2006; Matos *et al.*, 2012, 2013; Reis *et al.*, 2011; Torres, 2011) que têm sugerido uma adequada identificação das IST por parte dos adolescentes. Parecem, todavia, ser contrários a outros estudos que mostraram conhecimentos parcos nos adolescentes na identificação de IST (e.g., Martins, 2010; Vilar & Ferreira, 2010).

As palavras ou expressões mais sugestivas, escolhidas pelos adolescentes para definir a sexualidade foram a “atração física” (35,8%) e o “amor/paixão” (25%), sendo estes dados congruentes com os obtidos no estudo de Brás (2012) e também de Brás (2008), nos quais os adolescentes sugeriram expressões “amor/paixão” e “envolvimento sentimental” como expressão de eleição dos adolescentes.

Relativamente às atitudes sobre a sexualidade, verifica-se que os adolescentes do presente estudo concordam com itens associados à sexualidade como comportamento normal nos adolescentes, que proporciona bem-estar físico e emocional, sendo as trocas

de carícias uma fonte de prazer; a sexualidade deve ser vista como uma atitude de aceitação e não discriminação e a informação sexual contribuir para o desenvolvimento e potenciação da capacidade de decisão e de recusa de comportamentos não desejados. Estes adolescentes concordam que a sexualidade deve ser acompanhada por ternura e vivida de forma responsável e partilhada. Grande parte discorda com afirmações associadas à restrição das relações sexuais a rapazes e raparigas antes do casamento e à ideia da sexualidade enquanto forma de reprodução. Apesar disso, os adolescentes assinalam posições intermédias de não concordância nem discordância perante itens que associam a afetividade e a sexualidade e ao facto de as relações sexuais deverem ser compreendidas como uma atitude de recusa das formas de dominação de um sexo por outro.

Estes dados sugerem que a sexualidade é vivenciada de forma diferenciada pelos adolescentes, pelo que é natural que nesta fase de desenvolvimento existam conhecimentos pouco precisos e mesmo incorretos associados à mesma, muitas vezes, confundida erradamente como relação sexual. Segundo Reis *et al.* (2012) a pulsão dos desejos e de impulsos sexuais e a realidade da maturidade física, psicológica e emocional nem sempre se encontram em harmonia no adolescente, levando-o a construir identidades próprias de significação da sexualidade. Na verdade, e tal como Capellá (2003) refere, a sexualidade radica na capacidade de nos darmos e de recebermos prazer, comunicação e afeto, pelo que ela se assume como uma forma de nos podermos manifestar em todos os sentidos.

Por outro lado, importa ainda referir que apesar de os adolescentes apresentarem conhecimentos suficientes sobre a sexualidade, as fontes que recorrem para construir esses conhecimentos, nomeadamente internet, livros e revistas, poderá não ser suficiente uma vez que se observou um fosso com a comunicação familiar nesta matéria, que se afigura fundamental na vivência da sexualidade na adolescência.

Objetivo 2 - Conhecer os comportamentos sexuais dos adolescentes.

Relativamente aos resultados associados aos comportamentos sexuais dos adolescentes, verificou-se que grande parte destes possui namorado, embora 14,9% se encontre numa relação há mais de 1 ano. A maioria refere não ter tido relações sexuais, contra 34,6%

que refere já o ter feito. A média etária na qual ocorreu a primeira relação sexual é de 15,40 anos (DP=1,18), tendo o mais novo 10 anos e o mais velho 18 anos. Estes dados são congruentes com outros estudos que mostram que os comportamentos sexuais dos adolescentes se iniciam por volta dos 14 anos, todavia contrários à ideia de que é aos 17 anos que iniciam a primeira relação sexual (Afonso, 2011; Braconnier & Marcelli, 2000; Brás, 2008; Mendez *et al.*, 2002; Nodin, 2001; Prinstein *et al.*, 2003). Os dados encontrados são, no entanto, congruentes com os obtidos por Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006) que mostraram que os adolescentes do seu estudo tinham tido a sua primeira relação sexual antes dos 16 anos de idade. De acordo com Brás (2008) a maioria dos inquiridos sugere que os adolescentes se iniciam sexualmente, cada vez em idades mais precoces. Apesar disso, não existe um padrão para o início da atividade sexual, já que ela depende do tipo de personalidade, da educação, da estrutura familiar, do NSE, da religião, do meio social e cultural onde os adolescentes se inserem, entre outros fatores (Brás, 2008; Brás, 2012; Nodin, 2001; Sampaio, 2006).

Mesmo assim, o início dos comportamentos sexuais nestas idades não deixa de ser preocupante, já que os adolescentes possuem ainda uma grande dose de aventura e de irresponsabilidade e imaturidade, com impacto visível ao nível dos seus comportamentos sexuais (Brás, 2008; Lopes, 2006; Matos *et al.*, 2004; Sim-Sim, 2003).

Verifica-se que 26% dos adolescentes que tiveram a primeira relação sexual, fizeram-no com o/a namorado/a e utilizaram um método contraceptivo nessa relação, nomeadamente o preservativo (27,3%) “o coito interrompido” (0,9%), a “pílula” (0,8%) e a “pílula do dia seguinte” (0,4%). Verificou-se, também que 26,7% dos adolescentes teve relações sexuais posteriores com a mesma pessoa e 17,6% teve relações sexuais posteriores com outra pessoa, sendo que 17,3% dos adolescentes refere ter tido entre dois a cinco parceiros sexuais. O local que grande parte dos adolescentes refere ser mais frequente para os adolescentes fazerem sexo é a “casa” (24,7%), todavia há quem refira o “carro”, a “praia”, o “campo”, “qualquer sítio” e “casas de banho públicas”.

Estes dados são concordantes com os estudos que referem que é com os/as namorados/as que os adolescentes iniciam a sua atividade sexual (Brás, 2008; Brás, 2012; Martins, 2010; Vilar & Ferreira, 2010). Pese embora a maioria deles tenha referido ter “bons” conhecimentos sobre a sexualidade em geral e sobre os métodos

contracetivos em específico, os comportamentos de risco encontram-se presentes no seio destes adolescentes. O recurso ao preservativo, enquanto método contracetivo principal é referido por uma percentagem relativamente baixa de adolescentes, associado com outras práticas que não podem ser tidas como métodos de contraceção, como é o caso da pílula do dia seguinte e o coito interrompido.

Estudos têm mostrado que os adolescentes, apesar de apresentarem conhecimentos face à sexualidade, apresentam grande vulnerabilidade de sentimentos e emoções que se refletem nos seus comportamentos irresponsáveis de risco (Domingues & Domingues, 2007; Lopes, 2006; Lourenço & Queiroz, 2010; Moreira, 2011). De facto, e tal como é sugerido em alguns estudos (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2003; Matos *et al.*, 2015) embora os adolescentes tenham consciência da necessidade do uso do preservativo e de outros métodos de contraceção, nomeadamente a pílula, os seus comportamentos orientam-se em sentido contrário, ou seja, nem sempre se encontram alinhados com o seu conhecimento e suas atitudes (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006).

É neste sentido que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária poderá ter aqui um papel relevante na educação para a saúde e na capacitação dos indivíduos, dos grupos e da comunidade.

H1 - Os conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo as variáveis sociodemográficas (Objetivo 3).

Os resultados inferenciais relativamente aos conhecimentos dos adolescentes em função das variáveis sociodemográficas sugerem que, relativamente ao sexo, os rapazes apresentam uma autoavaliação mais elevada dos seus conhecimentos, indo este dado ao encontro do estudo de Sousa (2000), no qual os rapazes apresentaram percentagens superiores relativamente ao grau de informação.

As raparigas recorrem mais à internet e ao pai como fontes de conhecimento e de informação sobre sexualidade, enquanto os rapazes recorrem mais à mãe, aos profissionais de saúde e professores. São também as raparigas que conversam mais sobre a sexualidade com o pai, enquanto os rapazes optam pela mãe e profissionais de saúde. Estes dados encontram-se alinhados com os estudos que referem que os

adolescentes escolhem fontes de informação diferentes para comunicarem sobre sexualidade (Brás, 2008; Brás, 2012; Cortesão *et al.*, 2005; López Sánchez, 2012; Martins, 2010; Nodin, 2001; Sampaio, 2006, 2011; Sousa, 2000; Vaz, 2011), havendo uma tendência para as raparigas procurarem o pai e os rapazes a mãe (Brás, 2012).

Os rapazes consideram que a família se assume como agente de socialização privilegiado, bem como os sistemas de saúde, enquanto as raparigas consideram ser as vedetas de filmes e desporto. Estes dados são congruentes com os estudos que mostram a importância da família no âmbito da comunicação sobre sexualidade (Brás, 2008; Brás, 2012; Sampaio, 2006, 2011), bem como sugerem a vulnerabilidade dos adolescentes para se orientarem por referências irrealistas e mediáticas (Afonso, 2011; Lopes, 2006; Matos *et al.*, 2004; Nodin, 2001; Sim-Sim, 2003), espelhando quer a sua imaturidade quer a sua ilusão perante as coisas da vida (Prinstein *et al.*, 2003).

Apesar de uma proporção significativamente maior de rapazes ter assinalado que a sexualidade foi abordada nas disciplinas escolares, são as raparigas que melhor autoavaliam os seus conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, sendo estes dados congruentes com diversos estudos que têm sugerido ser as raparigas as que possuem melhores conhecimentos sobre sexualidade (Brás, 2012; INE, 2015; Martins, 2010; Matos *et al.*, 2012, 2013; Reis & Matos, 2007; Reis *et al.*, 2011; Rodrigues, 2010), todavia contrários ao estudo de Sousa (2000) onde se verificou serem os rapazes os que referem possuir melhores conhecimentos sobre sexualidade.

São os rapazes que consideram que o recurso à masturbação é uma prática mais comum no seio dos rapazes. Estes dados são congruentes com estudos (e.g., Brás, 2012; López Sánchez, 2012; Reis *et al.*, 2011) que têm sugerido que apesar de a masturbação ser uma prática comum a ambos os sexos, há uma tendência para ser um ato considerado claramente masculino.

Relativamente à idade, os resultados sugerem que os adolescentes mais velhos tendem a considerar ter melhores conhecimentos sobre sexualidade e sobre métodos contraceptivos, sendo eles que realizam uma avaliação dos seus conhecimentos mais positiva, por comparação aos mais novos. Estes dados encontram-se alinhados com diversos estudos que têm sugerido que os adolescentes mais novos possuem menores conhecimentos sobre sexualidade e métodos contraceptivos (Martins, 2010; Matos *et al.*,

2015; Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006), todavia incongruentes com os decorrentes do estudo de Brás (2012), onde não foram encontradas diferenças nos conhecimentos em função da idade.

Os mais novos obtêm mais conhecimentos e informações sobre sexualidade junto dos irmãos e profissionais de saúde, bem como recorrem mais frequentemente a revistas. São eles que tendem a falar mais sobre sexualidade com os irmãos e amigos, bem como consideram que os sistemas de saúde são os principais agentes de socialização dos papéis sexuais. Estes dados encontram-se alinhados com os estudos que referem que os adolescentes escolhem fontes de informação diferentes para comunicarem sobre sexualidade, em função da sua faixa etária (Brás, 2008; Brás, 2012; Cortesão *et al.*, 2005; López Sánchez, 2012; Martins, 2010; Nodin, 2001; Sampaio, 2006, 2011; Sousa, 2000; Vaz, 2011).

Quando se considera o local de residência, os resultados mostraram que os adolescentes do meio urbano, consideram o pai, os profissionais de saúde, os professores, os livros e revistas como fonte de conhecimento e informação sobre sexualidade, por comparação aos do meio rural, bem como são eles que mais falam com o pai, os irmãos, os profissionais de saúde, professores e outros agentes para abordarem os assuntos sobre sexualidade, reconhecendo a comunicação com os pais como mais positiva. Os adolescentes do meio rural consideram mais os amigos e outros como agentes primários de socialização, enquanto os que residem em meios urbanos consideram os professores/educadores e sistemas de saúde. Estes dados são corroborados com estudos que sublinham que nos meios urbanos há uma maior facilidade para os adolescentes comunicarem sobre as questões da sexualidade, por comparação aos meios rurais (e.g., Almeida *et al.*, 2007; Brás, 2012). Mostram, igualmente o peso dos *tabus* relativamente à sexualidade, menos presentes nos adolescentes do meio urbano.

Os adolescentes que residem em meio urbano são os que mais consideram possuir melhores conhecimentos sobre os métodos contraceptivos e os que mais identificaram o VIH/SIDA e a Hepatite B como doenças sexualmente transmissíveis, sendo estes dados corroborados com os decorrentes do estudo de Brás (2012) e Brás (2008), todavia dissonantes dos encontrados em Almeida *et al.* (2007) que identificou serem os adolescentes do meio rural a apresentarem melhores conhecimentos sobre sexualidade e métodos contraceptivos.

Quanto ao ano de escolaridade, os dados mostraram que os adolescentes do 11º e 12º referem possuir mais conhecimentos sobre a sexualidade, pelo que a autoavaliação dos conhecimentos sobre sexualidade e dos métodos contraceptivos, são significativamente melhores neste grupo de adolescentes. Estes dados estão alinhados com o estudo de Brás (2012) onde mostraram ser os alunos do 11º e 12º a apresentarem mais conhecimentos sobre a sexualidade. Também se mostram alinhados com diversos estudos que têm sugerido que os adolescentes mais novos possuem menores conhecimentos sobre sexualidade e métodos contraceptivos (Martins, 2010; Matos *et al.*, 2015; Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006).

Os adolescentes do 11º e 12º ano consideram que os profissionais de saúde, professores e livros como sendo a melhor fonte de informação e conhecimento sobre a sexualidade; a internet é vista como a melhor fonte de informação e de conhecimento por parte dos alunos do 11º ano e as revistas melhor fonte para os alunos do 12º ano. Estes dados encontram-se alinhados com os estudos que referem que os adolescentes escolhem fontes de informação diferentes para obterem informação e conhecimento sobre sexualidade, em função da sua faixa etária/escolaridade (Brás, 2008; Brás, 2012; Cortesão *et al.*, 2005; López Sánchez, 2012; Martins, 2010; Nodin, 2001; Sampaio, 2006, 2011; Sousa, 2000; Vaz, 2011).

Os adolescentes do 11º ano são os que referem falar mais sobre sexualidade com amigos, enquanto os do 12º ano referem falar mais com os profissionais de saúde. Os adolescentes do 12º ano autoavaliam a comunicação com os pais sobre sexualidade mais positivamente, e identificam os professores/educadores e os sistemas de saúde como principais agentes de socialização. Estes dados sugerem a importância da abertura do diálogo com os profissionais de saúde e família, no que diz respeito às questões da sexualidade, como já outros estudos referiram (Brás, 2008; Brás, 2012; López Sánchez, 2012; Martins, 2010; Nodin, 2001; Sampaio, 2006; Vaz, 2011). E, por outro lado, espelham as dificuldades/preconceitos associados à comunicação dos adolescentes sobre as questões da sexualidade (Brás, 2012).

Neste sentido, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária poderão assumir-se aqui como elementos-chave na comunicação com os adolescentes sobre sexualidade, enquanto agentes educativos da saúde. Estes profissionais devem pautar-se

por princípios éticos e deontológicos associados ao respeito, sigilo e confidencialidade perante a informação partilhada, no sentido de fortalecer os vínculos, empatia e nível de confiança com os adolescentes. Devem ainda procurar incentivar a comunicação entre pais e adolescentes, como forma de capacitação destes atores para abordarem as questões associadas à doença/saúde.

São os adolescentes do 11º e 12º ano que mais consideram que os rapazes e raparigas recorrem aos métodos contraceptivos por igual, muito embora sejam os adolescentes do 12º ano a considerar que a masturbação é um ato maioritariamente masculino. Estes dados são congruentes com os autores que têm sugerido a masturbação como uma prática comum e natural nos adolescentes (Afonso, 2011; Brás, 2008; Brás, 2012; Costa, 2015; Sampaio, 2006, 2011; Sprinthall & Collins, 2009; Torres, 2011; Vaz, 2011) e aqueles que referem a masturbação como um ato masculino (Almeida *et al.*, 2007; Brás, 2008; Brás, 2012; Lopes, 2006; Martins, 2010; Sampaio, 2011; Vaz, 2011).

Relativamente ao NSE, os dados mostraram que os adolescentes que pertencem ao NSE médio baixo são os que mais consideram o pai e os professores como fonte de informação e de conhecimento sobre sexualidade. São os adolescentes do NSE médio baixo que referem falar mais com o pai, profissionais de saúde e com os professores. Mais uma vez, estes dados são congruentes com aqueles que apontam para a importância dos pais e dos profissionais de saúde como agentes de comunicação/socialização privilegiados pelos adolescentes, tal como é assinalado em diversos estudos (Brás, 2008; Brás, 2012; Cortesão *et al.*, 2005; López Sánchez, 2012; Martins, 2010; Nodin, 2001; Sampaio, 2006, 2011; Sousa, 2000; Vaz, 2011).

O diálogo sobre a sexualidade com os pais decorre mais nos adolescentes do NSE médio baixo e são estes que referem uma avaliação mais positiva da comunicação. Era esperado que os adolescentes pertencentes a NSE mais elevados apresentassem uma maior abertura sob o ponto de vista da comunicação com os seus pais, tal como é referido em alguns estudos (e.g., Afonso, 2011; López Sánchez, 2012). Todavia, o facto de os pais terem habilitações e estatutos profissionais superiores nem sempre são sinónimos de maior/melhor comunicação com os seus filhos sobre sexualidade (e.g. Sampaio, 2006, 2011).

Os adolescentes pertencentes ao NSE médio e médio baixo consideram que os modelos dados pelos *media* são os principais agentes de socialização nos papéis sexuais dos adolescentes. Estes dados refletem a importância que os adolescentes conferem aos modelos veiculados pelos *media*, como agentes principais no desenvolvimento das suas crenças e valores, com implicações ao nível da construção da sua personalidade (López Sánchez, 2012; Santrock, 2004). De facto, ao considerarem que os modelos veiculados pelos *media* são uma referência, os adolescentes tenderão a criar expectativas desfasadas perante si próprios e a realidade, dificultando o seu processo de identidade (e.g., Cloutier & Drapeau, 2008; Sampaio, 2006; Sprinthall & Collins, 2009, Steinberg & Morris, 2001).

H2 - Os comportamentos dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo as variáveis sociodemográficas (Objetivo 4).

Os resultados relativos aos comportamentos sexuais dos adolescentes em função das variáveis sociodemográficas mostram que, relativamente ao **sexo**, são as raparigas que mais referem terem tido relações sexuais, por comparação aos rapazes. Estes, por sua vez, assinalam que iniciaram a sua atividade sexual com a(o) namorada(o) tendo utilizado um método contraceutivo nessa primeira relação, nomeadamente o preservativo, pílula do dia seguinte e coito interrompido. São eles que mais referem ter tido outras relações sexuais posteriores com a mesma pessoa, sendo que, até ao momento, tiveram entre dois a cinco parceiros sexuais. O local mais adequado para os adolescentes terem relações sexuais são a casa, o carro, o campo, a praia e casa de banho públicas.

Estes dados não se apresentam consonantes com os obtidos no estudo de Brás (2012) que identificou os rapazes como sendo os que mais iniciaram a sua atividade sexual por comparação às raparigas. Mostram-se igualmente contrários à ideia de que o comportamento sexual das raparigas parece ser de menor atividade sexual, pela culpabilidade e maiores consequências diretas relativamente à atividade sexual (Sousa, 2000). O uso do preservativo encontra-se alinhado com os estudos que têm mostrado o recurso aos métodos contraceutivos por parte dos adolescentes (Afonso, 2011; Martins, 2010; Matos *et al.*, 2015; Nodin, 2001; Prinstein *et al.*, 2003; Reis *et al.*, 2012). Todavia, estes resultados não deixam de ser preocupantes na medida em que a pílula do

dia seguinte e o coito interrompido mostraram percentagens assinaláveis de uso, por parte dos adolescentes, bem como a presença de vários parceiros sexuais, o que torna estes adolescentes mais vulneráveis ao risco de contraírem IST e gravidezes indesejadas (Brás, 2008; Brás, 2012; Costa, 2015; Lopes, 2006; Matos *et al.*, 2004). A aventura e a imaturidade encontram-se espelhadas nos comportamentos nestes adolescentes, devido ao número de parceiros sexuais que assinalam e aos locais identificados como sendo os mais adequados para a atividade sexual.

No que diz respeito à idade, verifica-se que são os adolescentes mais novos que mais reportam terem namorado(a) e, conseqüentemente, aqueles que mais afirmam terem já iniciado a sua atividade sexual, os mais velhos assinalam que iniciaram a sua atividade sexual com o(a) namorado(a); tendo recorrido a um método contraceptivo nessa primeira relação, nomeadamente o preservativo, coito interrompido e pílula do dia seguinte. Foram eles (mais velhos) que voltaram a ter relações sexuais com a mesma pessoa e com outras; assinalando entre dois a cinco parceiros sexuais e referindo a casa e as casas de banho públicas como locais adequados para terem relações sexuais.

Estes dados sublinham a presença de comportamentos de risco associados a uma grande vulnerabilidade adolescente, cuja suscetibilidade externa pode ocasionar prejuízos no indivíduo, daí a necessidade de um conjunto de cuidados de saúde, nesta fase do desenvolvimento (Saito *et al.*, 2008), bem como o desenvolvimento de programas de saúde escolar que permitam a redução destes comportamentos de risco e potenciem o seu conhecimento para uma mudança ao nível da consciência, das atitudes e dos comportamentos.

Reforçam, ainda que, nesta fase, os adolescentes experienciam uma gama alargada de expressões sexuais, inseridas no processo de construção das suas identidades sexuais, pelo que os riscos de saúde e sociais ligados à atividade sexual desprotegida, bem como a outros comportamentos de risco, assumem preponderância central (Lopes, 2006).

Sublinham, também que, o adolescente, ao iniciar a sua atividade sexual, tenderá a dar continuidade à mesma, seja com o(a) mesmo(a) parceiro(a), seja com outros(as), pelo que se afigura importante a prevenção e educação sexual nestas faixas etárias (Brás, 2008; Brás, 2012; Cortesão *et al.*, 2005; Costa, 2015; Dias *et al.*, 2010; López Sánchez, 2012; Martins, 2010; Nodin, 2001; Vaz, 2011).

Os conhecimentos encontram-se associados à informação, ao saber, à noção, à experiência e ao domínio teórico e/ou prático que os adolescentes possuem relativamente à sexualidade, assumindo-se como essenciais na adoção de comportamentos preventivos (Jones & Haynes, 2006). No entanto, a literatura tem vindo a mostrar que o conhecimento sobre a sexualidade e sobre os métodos contraceptivos, não se expressam diretamente em práticas preventivas, sendo que a eficácia do uso do preservativo e de outros métodos contraceptivos, associam-se, também, a fatores psicológicos fundamentais, como a eficácia e intenção do adolescente para os utilizar, a perceção que este tem da atitude dos pares e da sua própria assertividade (Reis *et al.*, 2012).

No que toca ao local de residência, os resultados mostraram que são os adolescentes do meio urbano que mais referem ter namorado(a) e reportam mais terem tido relações sexuais. No entanto, são os adolescentes do meio rural que referem ter tido mais relações com a(o) namorada(o), utilizado um contraceptivo na primeira relação, nomeadamente a pílula do dia seguinte e o coito interrompido; voltaram a ter relações sexuais com a mesma pessoa; reportam entre dois a cinco parceiros sexuais e consideram a casa, o campo e as casas de banho públicas como lugares adequados para se ter relações sexuais.

Estes dados não deixam de ser surpreendentes na medida em que os diversos estudos consultados têm sugerido que são os adolescentes do meio urbano que empreendem comportamentos sexuais de risco (e.g., Brás, 2012). De facto, seria de esperar que nos meios rurais, normalmente mais pequenos, os comportamentos sexuais de risco pudessem estar menos presentes devido ao peso da cultura, das raízes e dos tabus. No entanto, no presente estudo os jovens adolescentes do meio rural apresentam uma atividade sexual de risco que deverá ser alvo de ações preventivas, no sentido de promover uma educação ao nível da saúde destes adolescentes e redução de comportamentos sexuais de risco.

Quanto ao ano de escolaridade observa-se que são os adolescentes do 12º ano que reportam mais terem namorado(a) e assinalam mais terem tido relações sexuais. Os do 11º e 12º ano referem ter tido relações sexuais com a(o) namorado; utilizaram contraceptivo nessa relação, nomeadamente o preservativo; tiveram, com a mesma

pessoa, outras relações sexuais, bem como com outras pessoas, referindo terem tido entre dois e cinco parceiros sexuais e considerando a casa, a praia e as casas de banho públicas como lugares adequados para se ter relações sexuais. Estes dados já foram anteriormente discutidos em função da variável idade e sublinham que os comportamentos de risco se encontram igualmente associados ao ano de escolaridade dos adolescentes, como se verificou em diversos estudos (Afonso, 2011; Almeida *et al.*, 2007; Brás, 2008; Brás, 2012; Costa, 2015; Lopes, 2006; López Sánchez, 2012; Martins, 2010; Sampaio, 2011; Torres, 2011; Vaz, 2011).

H3 - Os traços de personalidades dos adolescentes são diferentes segundo as variáveis sociodemográficas (Objetivo 5).

Os principais resultados mostraram que o neuroticismo é significativamente mais prevalente no seio das raparigas e nos adolescentes do meio urbano enquanto a extroversão nos rapazes, adolescentes do meio rural e com NSE baixo e médio baixo. Estes resultados são congruentes com a ideia de que os traços de personalidade apresentam variações em função de algumas variáveis sociodemográficas, tal como é referido por diversos autores (Schmitt, 2004; Trobst *et al.*, 2002; Vaz, 2011).

H4 - Os conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo os traços da personalidade (Objetivo 6)

Relacionando os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade em função dos traços de personalidade, os resultados mostraram que os adolescentes com traços de neuroticismo são os que menos reconhecem o pai, a mãe e os irmãos como fonte de informação sobre sexualidade; são também os que mais falam com outros e menos com o pai, com a mãe e com os professores; são ainda eles que mantêm menos diálogos com os pais neste âmbito, avaliando mais negativamente a comunicação sobre sexualidade que têm com os seus pais e, são também eles, que assinalam que rapazes e raparigas expressam de forma diferente a sua sexualidade.

Por outro lado, os adolescentes com traços de extroversão avaliam mais positivamente o seu nível de conhecimentos face à sexualidade; consideram o pai, os amigos, a internet,

os livros e as revistas como fontes de informação e conhecimento sobre sexualidade; conversando mais sobre estes temas com o pai, os amigos, os profissionais de saúde e os professores. São ainda os que mais dialogam com os seus pais sobre a sexualidade, avaliando mais positivamente esta comunicação e conferindo menos aos sistemas de saúde, o papel de agentes principais de socialização dos papéis sexuais dos jovens adolescentes. São eles, também, que mais consideram que a expressão da sexualidade nos rapazes e raparigas é idêntica e mais assinalaram a Hepatite B como doença sexualmente transmissível, para além do VIH/SIDA.

Estes dados sugerem uma relação entre os traços de personalidade e o conhecimento que os adolescentes possuem face à sexualidade. Apesar de serem poucas as investigações que analisam esta relação, é importante compreender que determinados traços de personalidade poderão ser mais facilitadores da procura de conhecimentos face à sexualidade, enquanto outros poderão ser dificultadores dessa procura (Vaz, 2011). Assim, no presente estudo verifica-se que há uma maior inibição para conversar sobre sexualidade, nomeadamente com pais e familiares, por parte dos adolescentes com traços de neuroticismo, enquanto essa inibição não está presente no seio dos adolescentes com traços de extroversão.

H5 – Os comportamentos dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo os traços da personalidade (Objetivo 7)

Relacionando os comportamentos dos adolescentes face à sexualidade em função dos traços de personalidade, os resultados mostraram que os adolescentes com traços de neuroticismo não apresentam correlações significativas com os comportamentos sexuais empreendidos, enquanto os que apresentam traços de extroversão são os que mais assinalam terem namorado(a); que namoram há mais tempo; que já tiveram a sua primeira relação sexual com idade igual ou superior aos 15 anos, mais frequentemente com um(a) amigo(a); utilizando um contraceutivo nessa primeira relação, nomeadamente a pílula do dia seguinte e o coito interrompido; tendo tido outras relações sexuais posteriores com a mesma pessoa; bem como com outras pessoas e assinalando mais de dois parceiros sexuais.

Estes dados sugerem que o traço de personalidade extroversão se encontra associado com comportamentos sexuais, sendo este dado congruente com estudos que têm evidenciado uma relação entre os traços de personalidade e os comportamentos sexuais de risco (Schmitt, 2004; Trobst *et al.*, 2002; Vaz, 2011).

Nesse sentido, poderíamos pensar que a presença de traços de neuroticismo poderia assumir-se como fator protetor do envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco, todavia o seu isolamento sob o ponto de vista comunicacional torna-os mais vulneráveis às situações de risco. Por outro lado, embora os adolescentes com traços de extroversão possam apresentar-se como mais ativos na procura de informação e conhecimentos sobre sexualidade, o que poderia ser assumido como um fator protetor, acabam por ser eles que mais apresentam comportamentos de risco, sugerindo que a sua extroversão se assume como precipitadora desses comportamentos.

Talvez, o ideal, não seja a presença polarizada de um traço ou de outro de personalidade, mas sim de uma interseção entre os traços de neuroticismo e de extroversão, mediados por outras variáveis que consideramos fundamentais, como sendo o papel da família, dos amigos, dos professores e dos profissionais de saúde, enquanto agentes externos de socialização destes adolescentes em matéria dos papéis sexuais de referência.

Conclusões e Sugestões

O presente estudo teve como principais questões de investigação: *Quais os conhecimentos e atitudes dos adolescentes do ensino secundário das Escolas do Distrito de Bragança, face à sexualidade?*; *Quais os comportamentos dos adolescentes do ensino secundário das Escolas do Distrito de Bragança face à sexualidade?* e *Quais os traços de personalidade dos estudantes do ensino secundário das Escolas do Distrito de Bragança face à sexualidade?*

Os principais resultados mostram que relativamente aos conhecimentos, os adolescentes percecionam-se como detentores de conhecimentos sobre sexualidade, avaliando-os de forma positiva; tendem a obter os seus conhecimentos através da internet, dos profissionais de saúde e dos amigos, sendo que a comunicação sobre sexualidade ocorre mais frequentemente com os amigos em detrimento dos pais, não considerando a família como agente de socialização primário dos papéis sexuais; a sexualidade tem sido abordada em diversas disciplinas escolares, pelo que consideram como bons os seus conhecimentos sobre métodos contraceptivos, sugerindo que os rapazes e raparigas expressam a sua sexualidade de forma diferente e que ambos os sexos, recorrem aos métodos contraceptivos. A boca foi identificada como principal zona erógena, associada ao tato como órgão mais importante dos sentidos na esfera da sexualidade. A masturbação parece ser mais frequente nos rapazes e há uma identificação adequada das doenças sexualmente transmissíveis. A sexualidade é definida através de expressões “atração física” e “amor/paixão”.

No que toca aos comportamentos sexuais, a maioria tem namorado pelo menos há 1 ano; 34,6% já iniciou a sua atividade sexual, sendo a média etária de 15,40 anos (DP=1,18); a atividade sexual foi realizada com o(a) namorado(a) e parece terem utilizado métodos contraceptivos como o preservativo, pílula, pílula do dia seguinte e coito interrompido. Apresentam entre dois a cinco parceiros sexuais, tendo voltado a ter relações sexuais com a mesma pessoa e com outras. Consideram locais apropriados para fazerem sexo a casa, o carro e casas de banho públicas.

Os conhecimentos dos adolescentes variam em função do sexo, idade, local de residência, ano de escolaridade e NSE. Os comportamentos dos adolescentes deste estudo variam em função do sexo, idade, local de residência e ano de escolaridade.

Os traços de personalidade variam em função do sexo, local de residência e NSE. O neuroticismo e a extroversão, enquanto traços de personalidade, parecem influenciar os conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade. A extroversão, enquanto traço de personalidade parece exercer influência nos comportamentos sexuais dos adolescentes do presente estudo.

Estes dados devem ser tidos como preocupantes, pois assinalam que apesar de os adolescentes das três escolas investigadas apresentarem conhecimentos suficientes sobre sexualidade, não deixam de empreender comportamentos sexuais de risco. Nesse sentido, consideramos que o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária no âmbito das suas competências de coordenação em Programas de saúde comunitária e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, assume aqui um papel crucial na educação para a saúde e na capacitação dos indivíduos, grupos e comunidade, pois a sua principal orientação reside na promoção da saúde individual e coletiva, dotando os adolescentes não apenas de conhecimentos e informações sobre a sexualidade e métodos contraceptivos, mas também deve promover a mudança de atitudes, valores e crenças que os ajudem a tomar decisões seguras e adequadas à proteção da sua saúde. Apesar de Macpherson (2001) e Brás (2008) sublinharem que a ausência de informação incapacita ou dificulta uma tomada de decisão e a mudança de comportamentos, ideia que assumimos e, com a qual estamos de acordo, consideramos que o excesso de informação (muitas vezes imprecisa e contraditória) acaba por ter o mesmo efeito nos adolescentes. Por esse motivo se verificou no presente estudo, que apesar da presença de indicadores que revelam conhecimento e informação relativamente à sexualidade, os comportamentos de risco não deixam de existir.

Seguindo esta linha de pensamento, acreditamos que a mudança de comportamentos deve ser realizada a partir da mudança das crenças, valores e atitudes que se encontram na base dos comportamentos. Sendo aqueles, predisposições para agir, talvez seja necessário intervir nestes como forma de promover a mudança de comportamentos nos adolescentes.

Por conseguinte, face aos resultados encontrados no presente estudo, consideramos pertinente, no âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, a apresentação de um projeto de intervenção que tem como

finalidade a educação e a prevenção dos comportamentos de risco associados à atividade sexual dos adolescentes (Anexo VII).

Estamos igualmente conscientes que o presente estudo, embora tenha apresentado dados suficientemente válidos para se propor uma intervenção comunitária, apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto de os resultados decorrerem de medidas de autorrelato sujeitas, naturalmente, a enviesamentos de resposta que podem não espelhar verdadeiramente a realidade destes adolescentes. Por conseguinte, consideramos que os mesmos devem ser analisados de uma forma parcimoniosa, pois certamente que outras variáveis parasitas podem ter influenciado estes resultados, nomeadamente o cansaço devido ao número de itens que o instrumento de recolha de dados integrou e o efeito de desejabilidade social que poderá ter estado presente nas respostas dos adolescentes.

Um constrangimento que foi sentido na realização do presente estudo prendeu-se com a quantidade de resultados significativos que o mesmo gerou, tendo havido alguma dificuldade em seleccionar os dados mais relevantes e pertinentes nesta investigação, devido às limitações associadas ao número de páginas.

Apesar disso, consideramos pertinente que outras investigações possam ser conduzidas em adolescentes do distrito de Bragança e que nestas se possa continuar a estudar o impacto dos traços de personalidade nos conhecimentos e comportamentos de risco dos adolescentes, dada a ausência de estudos que relacionam estas variáveis em contexto português e, especificamente, no distrito de Bragança.

Consideramos, ainda, que investigações futuras possam ser conduzidas com recurso a outras metodologias de recolha de dados, nomeadamente a necessidade de complementar os dados recolhidos através de um inquérito por questionário e entrevistas com os adolescentes. Desta forma, será possível aprofundar determinados aspetos que nos parecem essenciais e que permitirão um maior enquadramento aquando da análise dos resultados.

Não poderíamos deixar de sublinhar que o presente estudo reforça a importância da educação e da promoção da saúde nos adolescentes, como ponto de partida para a adoção de estilos de vida e comportamentos salutareos em matéria da sexualidade.

Os profissionais de saúde em geral e, os Enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária em específico, devem integrar os resultados deste estudo de forma

proactiva, com particular ênfase na mudança dos comportamentos sexuais de risco que os adolescentes ainda continuam a empreender. As inseguranças, as vergonhas, os medos e os receios destes adolescentes devem ser minimizados através de uma atitude recetiva, isenta de juízo de valor e com abertura suficiente para que eles possam ser orientados, da melhor forma, para uma otimização da sua saúde física, psicológica e emocional.

Não existe uma forma única de intervir nestas situações e todas elas podem gerar frutos positivos desde que a intervenção seja articulada entre os profissionais de saúde, as famílias e comunidade escolar envolvida, enquanto agentes primários de socialização dos jovens adolescentes. No fundo, uma intervenção adequada reclama, acima de tudo, pela capacitação dos adolescentes, na maximização dos seus conhecimentos e informações e na redução dos seus comportamentos de risco, promovendo a saúde, a prevenção da doença e de consequências inesperadas e por vezes nefastas, com uma redução ao nível dos gastos em saúde.

Referências Bibliográficas

- Afonso, M. (2011). *Estilos de vida dos adolescentes: Sexualidade e atividade física*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Almeida, A., & Centa, M. L. (2009). A família e a educação sexual dos filhos: Implicações para a enfermagem. *Ata Paulista de Enfermagem*, 22(1), 71-76.
- Almeida, A., Silva, C., & Cunha, G. (2007). Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre SIDA dos adolescentes portugueses do meio urbano e não-urbano. *Revista da Escola de Enfermagem*, 41(2), 180-186.
- Almiro, P. (2013). *Adaptação, validação e aferição do EPQ-R para a população portuguesa: Estudos em contextos clínicos, forense e na comunidade*. Tese de Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Alves, P., & Mota, C. (2015). Identidade de género e orientação sexual na adolescência: Natureza, determinantes e perturbações. *Revista Eletrónica de Educação e Psicologia*, 2, 45-61.
- Amazonas, M., & Braga, M. (2006). Reflexões acerca das novas formas de parentalidade e suas possíveis vicissitudes culturais e subjetivas. *Ágora*, 9, 177-191. Doi: 10.1590/S1516-14982006000200002
- Assis, S., Avanci, J., Silva, C., Malaquias, J., Santos, N., & Oliveira, R. (2003). A representação social do ser adolescente: Um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 669-679.
- Barragán, C., Acosta, M., & Gerena, R. (2002). Estudio descriptivo correlacional entre ira y personalidad a la luz de la teoría de Hans Eysenck. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 56-70.
- Bastos, A. (2003). *Afetividade na adolescência: Sexualidade e educação para os valores*. Lisboa: Edições Paulinas.
- Boekello, B., & Howard, D. (2002). Oral sexual experience among young adolescents receiving general health examinations. *American Journal of Health Behavior*, 26, 306-314.

- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brás, F. (2012). *Sexualidade na adolescência: Análise da perspectiva do adolescente face à sexualidade*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Brás, M. (2008). *A sexualidade do adolescente: A perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Brook, D., Morojele, N., Zhang, C., & Brook, J. (2006). South African adolescents: Pathways to risky sexual behavior. *AIDS Education and Prevention*, 18(3), 259-272.
- Capellá, A. (2003). *Sexualidades humanas, amor e loucura*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Carter, M., McGee, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: Association with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30, 51-62.
- Castilho, S., & Barros Filho, A. (2000). Crescimento pós-menarca. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*, 44, 195-204.
- Cloutier, R. & Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence*. France: Gaëtan Morin.
- Conrad, L., & Blythe, M. (2003). Sexual function, sexual abuse and sexually transmitted diseases in adolescence. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 17(2), 103-116.
- Cordeiro, R. (2006). *Adolescência... O corpo, a amizade e a intimidade*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Corrêa, A., & Ferriani, M. (2005). A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 449-453.
- Cortês, I., Silva, M., & Torres, M. (2005). *Educação para uma sexualidade humanizada: Guia para professores e pais*. Porto: Edições Afrontamento.

- Costa, E., & Oliveira, K. (2011). A sexualidade segundo a teoria psicanalítica freudiana e o papel dos pais neste processo. *Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia do Campus Jataí*, 2(11), 1-17. Doi: 10.5216/rir.v2i11.1239
- Costa, R. (2002). A educação infantil na Idade Média. *Videtur*, 17, 13-20.
- Costa, R. (2008). A educação na Idade Média: A retórica nova (1301) de Ramon Llull. *Notadum*, 16, 29-38.
- Costa, S. (2015). *Conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e educação sexual de adolescentes do 8º e 10º ano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Davim, R., Germano, R., Menezes, R., & Carlos, D. (2009). Adolescente/adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10(2), 131-140.
- Dias, A., Ramalheira, C., Marques, L., Seabra, M., & Cabral, M. (2002). *Educação da sexualidade: No dia-a-dia da prática educativa*. Braga: Edição da Casa do Professor.
- Dias, H., Cruz, O., & Santiago, C. (2010). A educação sexual: Alunos, professores e pais – Relato duma experiência. In H. Pereira, L. Branco, F. Simões, G. Esgalhado, & R. Afonso (Eds.). *Educação para a saúde, cidadania e desenvolvimento sustentado* (pp. 354-361). Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Domingues, M., & Domingues, T. (2007). *Adolescência: Mudança e definição*. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2007/trabalho/aceitos/CC21882553802.pdf>
- Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W.... & Wechsler, H. (2005). *Youth risk behavior surveillance*. United States: Centers for Disease Control and Prevention.
- Eisenstein, E. (2010). Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Revista Adolescência & Saúde*, 2(2), 6-7.

- Espindula, D., & Santos, M. (2004). Representações sobre a adolescência a partir da ótica dos educadores sociais de adolescentes em conflito com a lei. *Psicologia em Estudo*, 9, 357-367. Doi: 10.1590/S1413-73722004000300004
- Farias, T., Nantes, E., & Aguiar, S. (2015). *Fases psicosexuais freudianas. Simpósio Internacional de Educação Sexual*. Disponível em <http://www.sies.uem.br/trabalhos/2015/698.pdf>
- Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências... adolescentes. *Revista Educação, Ciência e Tecnologias*, 32, 141-162.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage Publications.
- Fortenberry, J., Tu, W., Harezlak, J., Katz, B., & Orr, D. (2002). Condom use as a function of time in new and established adolescent sexual relationships. *American Journal of Public Health*, 92(2), 211-213.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C., & Vilar, D. (2003). *Educação sexual na escola: Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (2011). *Adolescência: Uma fase de oportunidades*. Nova Iorque: UNICEF.
- Galvão, J. (2000). *Um olhar sobre a sexualidade humana: Para uma paternidade responsável*. Lisboa: Edições Paulinas.
- Gomes, A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. Dissertação de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Grossman, E. (2010). Construção do conceito de adolescência no Ocidente. *Revista Adolescência & Saúde*, 7(3), 47-51.
- Horta, N., & Sena, R. (2010). Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: Um estudo de revisão. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(2), 475-495.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Anuário estatístico de Portugal – 2014*. Lisboa: INE.

- Jones, N., & Haynes, R. (2006). The association between young people's knowledge of sexually transmitted diseases and their behaviour: A mixed methods study. *Health, Risk & Society*, 8, 293-303.
- Kirby, D., Laris, B., & Roller, L. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40, 206-217.
- Labrie, J., Earleywine, M., Schiffman, J., Pedersen, E., & Marriot, C. (2005). Effects of alcohol, expectancies, and partner type on condom use in college males: Event-level analyses. *The Journal of Sex Research*, 42(3), 259-266.
- Laureano, R., & Botelho, M. (2017). *SPSS statistics: O meu manual de consulta rápida*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Leão, A., & Ribeiro, P. (2012). Educação sexual e formação contínua de professores: Uma estratégia para a prática pedagógica em sala de aula. In F. Teixeira, & J. Nascimento (Coords.), *A educação sexual na escola* (pp. 55-61). Guimarães: Elo 19 - Revista do Centro de Formação Francisco de Holanda.
- Lira, S., & Neto, A. (2006). Coeficientes de correlação para variáveis ordinais e dicotómicas derivadas do coeficiente linear de Pearson. *RECIE*, 15, 45-53.
- Lírio, L. (2012). A construção histórica da adolescência. *Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST*, 1, 1675-1688.
- Lissauer, T., & Clayden, G. (2001). *Illustrated textbook of paediatrics* (2nd ed.). London: Mosby.
- Lopes, J. (2006). *Sexualidade dos adolescentes e VIH/SIDA: Conhecer para educar*. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- López Sánchez, F. (2012). Educación sexual en la familia y la escuela. In F. Teixeira, & J. Nascimento (Coords.), *A educação sexual na escola* (pp. 63-73). Guimarães: Elo 19 - Revista do Centro de Formação Francisco de Holanda.
- Lourenço, B., & Queiroz, L. (2010). Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. *Revista Médica*, 89(2), 70-75.

- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Martins, M. (2010). *Conhecimentos e comportamentos sobre algumas infeções sexualmente transmissíveis dos alunos dos ensinos básicos e secundário de uma escola da área da grande Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical.
- Matos, I. (2007). *Família e comportamentos sexuais de risco nos adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Matos, M., & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., & Equipa do Projeto Social e Saúde (2004). *Risco e proteção*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Ramiro, L., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2013). *Sexualidade dos jovens portugueses: Relatório do estudo online sobre sexualidade nos jovens (dados 2011)*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa.
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão: Dados nacionais do estudo HBSC de 2014 - Relatório do Estudo HBSC 2014*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L.,..... & Equipa Aventura Social (2012). *A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa.
- Mendez, R., Hulsey, T., & Archer, R. (2002). Multiple partners in the age of AIDS: Self-consciousness theory and HIV risk behavior. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 20, 349-362.

- Miri, M., Besharat, M., Asadi, M., & Shahyad, S. (2011). The relationship between dimensions of personality and sexual desire in females and males. *Procedia Social Behavior Science*, 15, 823-827.
- Monteiro, M., & Vasconcelos-Raposo, J. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: Um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 125-136.
- Moreira, L. (2011). *Desenvolvimento e crescimento humano: Da concepção à puberdade* (3ª ed.). Salvador: EDUFBA.
- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento e Família.
- Nunes, C., & Silva, E. (2000). *A educação sexual da criança: Subsídios teóricos e propostas práticas para uma abordagem da sexualidade para além da transversalidade*. Campinas: Autores Associados, 2000.
- Oliveira, J. (2010). Orientação sexual e identidade de género na psicologia: Notas para uma psicologia lésbica, gay, bissexual, trans e queer. In C. Nogueira, & J. Oliveira (Org.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp. 19-44). Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo Editora.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano* (8ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Prinstein, M., Meade, C., & Cohen, G. (2003). Adolescent oral sex, peer popularity, and perceptions of best friends sexual behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 243-249.

- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M., & Diniz, J. (2011). Sex education among Portuguese adolescent students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 29, 493-502. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.11.268
- Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República n.º 35 - Série II*, de 18 de fevereiro de 2011
- Reis, G., & Ribeiro, P. (2005). Sexualidade e educação escolar: Algumas reflexões sobre orientação sexual na escola. In A. Maia, & A. Maia (Org.), *Sexualidade e infância* (pp. 34-45). Brasília: Ministério da Educação.
- Reis, M., & Matos, M. (2007). Conhecimentos e atitudes face ao uso de métodos contraceptivos e prevenção das ISTs em jovens. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 4(1), 23-35.
- Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M. (2012). Jovens e sexualidade. In M. Matos, & G. Tomé (Eds.), *Aventura social: Promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade* (pp. 259-273). Lisboa: Placebo Editora.
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M., Diniz, J., & Simões, C. (2011). Information and attitudes about HIV/AIDS in Portuguese adolescents: State of art and changes in a four year period. *Psicothema*, 23(2), 260-266.
- Rivero, M., & Fierro, C. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 9(1), 20-24.
- Rodrigues, A. (2010). *Sexualidade na adolescência: Atitudes e conhecimentos sobre métodos contraceptivos*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: ISPA.
- Rodrigues, C. (2014). *A educação para a saúde com alunos d 3º CEB e a mediação entre pais e filhos numa escola secundária*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- Rodrigues, J. (2002). *Os jovens e a sexualidade*. Coimbra: Centro de Atendimento a Jovens.

- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: Jovens, sexualidade e gravidez não desejada*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família, 2001.
- Sadock, V., & Sadock, B. (2005). *Human sexuality in Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saito, M., Silva, L., & Leal, M. (2008). *Adolescência: Prevenção e risco*. S. Paulo: Atheneu.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2011). *Da família, da escola e umas quantas coisas mais*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santrock, J. (2003). *Adolescência* (8ª ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Santrock, J. (2004). *Life-span development*. New York: McGraw-Hill.
- Sarat, M., & Sarat, L. (2007). *Histórias de viajantes e suas missões civilizadora*. Anais do X Simpósio Internacional Processo Civilizador (pp. 1-8). Campinas: UNICAMP. Disponível em <http://www.fef.unicamp.br/sipc/anais8/Magda%20Sarat%20UNIMEP%20.pdf>
- Schimtt, D. (2004). The Big Five related to risky sexual behavior across 10 world regions: Differential personality associations of sexual promiscuity and relationship infidelity. *European Journal of Personality*, 18, 301-319.
- Schoen-Ferreira, T., Aznar-Farias M., & Silhares, E. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 227-234.
- Serrão, D. (2012). Educar a sexualidade ou educar para a sexualidade. In F. Teixeira, & J. Nascimento (Coords.), *A educação sexual na escola* (pp. 75-82). Guimarães: Elo 19 - Revista do Centro de Formação Francisco de Holanda.
- Shearer, C., Hosterman, S., Gillen, M., & Lefkowitz, E. (2005). Are traditional gender role attitudes associated with risky sexual behavior and condom related beliefs? *Sex Roles*, 52 (5-6), 311-324.

- Sifuentes, T., Dessen, M., & Oliveira, M. (2007). Desenvolvimento humano: Desafios para a compreensão das trajetórias probabilísticas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, 379-385. Doi: 10.1590/S0102-37722007000400003.
- Silva, C., & Lopes, R. (2009). Adolescência e juventude: Entre conceitos e políticas públicas. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 17(2), 87-106.
- Silva, H., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A., Lopes, A., & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: Desafios de uma nova realidade pediátrica. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 43(1), 8-15.
- Sim-Sim, M. G. (2003). *Ser e parecer sexual na adolescência*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Sousa, M. F. (2000). *Sexualidade na adolescência*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Souza, M., & Melo, L. (2013). *A adolescência e o adolescente ao longo da história: Subsídios para o cuidado de enfermagem*. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0685po.pdf
- Sprinthall, N., & Collins, W. (2009). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Steinberg, L., & Lerner, M. (2004). The scientific study of adolescence: A brief history. *The Journal of Early Adolescence*, 24, 45-54.
- Steinberg, L., & Morris, A. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Tomio, N., & Facci, M. (2009). Adolescência: Uma análise a partir da psicologia sociohistórica. *Revista Teoria e Prática da Educação*, 12(1), 89-99.
- Torres, D. (2011). *Conhecimentos de infeções sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos numa amostra de 359 adolescentes do 8º ao 12º ano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

- Traverso-Yepez, M., & Pinheiro, V. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: Esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade, 14*, 133-14. Doi: 10.1590/S0102-71822002000200007
- Trobst, K., Herbst, J., Masters, H., & Costa Jr., P. (2002). Personality pathways to unsafe sex: Personality, condom use and HIV risk behaviors. *Journal of Personality Research, 36*, 117-133.
- Tuckman, B. (2012). *Manual de investigação em educação: Metodologia para conceber e realizar o processo de investigação* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vaz, A. (2011). *Atitudes e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade*. Tese de Doutoramento. Badajoz: Universidad de Extremadura.
- Vilar, D., & Ferreira, P. (2010). A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos, fontes e impacto. In F. Teixeira, I. Martins, P. ribeiro, I. Chagas, A. Maia, T. Vilaça... & S. Melo (Org.), *Sexualidade e educação sexual: Políticas educativas, investigação e práticas* (pp. 198-205). Braga: Edições CIED.

ANEXOS

Anexo I - Escala de Warner

ESCALA DE WARNER PARA AVALIAÇÃO DO ESTATUTO SOCIO-ECONÓMICO

(COM BASE NA PROFISSÃO)

I - Classe Alta:

- Grandes patrões e proprietários da indústria, comércio, serviços e agrícolas
- Profissões liberais tradicionais de elevada competência
- Gestores e quadros superiores de elevada competência técnica e/ou administrativa

II - Classe Média Alta:

- Médios patrões e proprietários da indústria, comércio, serviços e agrícolas
- Quadros administrativos e técnicos superiores: administração pública/empresas privadas
- Profissões liberais, técnicas e equiparadas de competência média

III - Classe Média:

- Proprietários de pequenas indústrias: pequeno comércio, agrícolas que trabalham as suas próprias Terras
- Empregados de escritório e profissões equiparadas do comércio e indústria
- Empregados de comércio (balcão) e profissões equiparadas

IV - Classe Média Baixa:

- Operários e trabalhadores qualificados:
- Especializados
- Semiespecializados

V - Classe Baixa:

- Operários não qualificados
- Trabalhadores dos serviços domésticos e profissões equiparadas
- Camponeses, pescadores e profissões equiparadas

Anexo II - Mensuração e Classificação de Variáveis

Na tabela seguinte encontram-se as variáveis associadas aos conhecimentos face à sexualidade (com estatuto de variáveis dependentes), sua mensuração e classificação.

Variáveis associadas aos conhecimentos face à sexualidade

Conhecimentos face à sexualidade	Mensuração		Classificação
Conhecimentos sobre sexualidade	1. Sim 2. Não 5. Muito bons 4. Bons		Catagórica nominal
Avaliação do nível de conhecimentos	3. Nem bons nem maus 2. Maus 1. Muito maus 1. Pai 2. Mãe 3. Irmãos 4. Amigos		Catagórica ordinal
Fonte de conhecimentos/informações	5. Profissionais de saúde 6. Professores 7. Internet 8. Livros 9. Revistas 10. Outros 1. Pai 2. Mãe 3. Irmãos	1. Sim 2. Não	Catagórica nominal
Comunicação sobre sexualidade	4. Amigos 5. Profissionais de saúde 6. Professores 7. Outros	1. Sim 2. Não	Catagórica nominal
Pais e diálogo sobre sexualidade	1. Sim 2. Não 5. Muito bons 4. Bons		Catagórica nominal
Avaliação da comunicação com os pais sobre sexualidade	3. Nem bons nem maus 2. Maus 1. Muito maus 1. Família 2. Amigos 3. Professores e educadores 4. Sistemas de saúde		Catagórica nominal
Agentes de socialização	5. Modelos dados pelos <i>media</i> 6. Vedetas de filmes e desporto 7. Outros	1. Sim 2. Não	Catagórica nominal
Sexualidade em disciplinas escolares	1. Sim 2. Não		Catagórica nominal
Rapazes e raparigas expressam sexualidade da mesma forma	1. Sim 2. Não		Catagórica nominal

Variáveis associadas aos conhecimentos face à sexualidade

Conhecimentos face à sexualidade	Operacionalização	Classificação
Conhecimentos sobre métodos contraceptivos	5. Muito bons 4. Bons 3. Nem bons nem maus 2. Maus 1. Muito maus	Catagórica ordinal
Quem mais recorre aos métodos contraceptivos	1. Rapariga 2. Rapazes 3. Ambos os sexos por igual	Catagórica nominal
Principal zona potencialmente erógena para o sexo oposto	1. Boca 2. Órgãos genitais 3. Olhos 4. Coxas 5. Nádegas 6. Cabelos 7. Outra	Catagórica nominal
Órgão dos sentidos mais importante	1. Tato 2. Audição 3. Olfato 4. Paladar 5. Visão	Catagórica nominal
Frequência da masturbação	1. Nos rapazes 2. Nas raparigas 3. Ambos os sexos	Catagórica nominal
Doenças sexualmente transmissíveis	1. Hepatite B 2. Sarampo 3. Varicela 4. Rubéola 5. VIH/SIDA	Catagórica nominal
Expressão definidora de sexualidade	1. Atração física 2. Envolvimento sentimental 3. Relação sexual 4. Descoberta 5. Fascínio 6. Amor/paixão 7. Prazer 8. Desafio 9. Outra	Catagórica nominal

Na Tabela encontra-se a mensuração e classificação das variáveis associadas às atitudes face à sexualidade (com estatuto de variável dependente).

Variáveis associadas às atitudes face à sexualidade

Atitudes face à sexualidade	Mensuração	Classificação
12 Itens sobre as atitudes face à sexualidade	1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Não concordo nem discordo 4. Concordo 5. Concordo totalmente	Quantitativa contínua

Em seguida, é possível observar a mensuração e classificação das variáveis associadas aos comportamentos sexuais dos adolescentes (com estatuto de variáveis dependentes).

Variáveis associadas aos comportamentos sexuais

Comportamentos sexuais	Mensuração	Classificação
Namorado	1. Sim 2. Não	Catagórica nominal
Há quanto tempo	1. Há menos de 1 mês 2. Entre 1 a 3 meses 3. Entre 4 a 6 meses 4. Entre 7 meses a 1 ano 5. Há mais de 1 ano	Catagórica ordinal
Relações sexuais	1. Sim 2. Não	Catagórica nominal
Idade da primeira relação sexual	Pergunta aberta	Quantitativa contínua
Com quem	1. Namorado/a 2. Amigo/a 3. Outro	Catagórica nominal
Uso de contraceptivo na primeira relação sexual	1. Sim 2. Não	Catagórica nominal
Qual contraceptivo	1. Preservativo 2. Pílula 3. Pílula do dia seguinte 4. Dispositivo intrauterino 5. Espermicida 6. Métodos naturais 7. Coito interrompido 8. Diafragma 9. Outro	Catagórica nominal
Outras relações sexuais posteriores com a mesma pessoa	1. Sim 2. Não	Catagórica nominal
Outras relações sexuais posteriores com outra pessoa	1. Sim 2. Não	Catagórica nominal
Quantos companheiros sexuais	1. Um 2. Dois a cinco 3. Seis a dez 4. Mais de dez	Catagórica ordinal
Local mais frequente para sexo	1. Casa 2. Carro 3. Praia 4. Campo 5. Outro	Catagórica nominal

Anexo III - Instrumento de Recolha de Dados

Protocolo de recolha de dados

O meu nome é Laura Aragão e estou a realizar um estudo que se insere no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária e gostaria de saber a tua opinião relativamente a determinados aspetos da sexualidade (conhecimento e comportamentos). A tua ajuda preciosa e, como tal, espero que respondas com sinceridade ao questionário que a seguir apresento. Não existem respostas certas ou erradas e todas as respostas que deres serão tratadas de forma confidencial e anónima.

PRIMEIRA PARTE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor, **responde** às seguintes questões colocando uma cruz (x) na opção que a ti se aplica:

1. Sexo

Masculino

Feminino

2. Idade _____ anos

3. Local de Residência: Rural Urbano

4. Escolas:

Bragança

Mirandela

Macedo de Cavaleiros

5. Ano de Escolaridade

10º ano

11º ano

12º ano

6. Estado civil dos pais

Solteiros

Casados/União de facto

Separados/divorciados

Outro: Qual? _____

7. Situação profissional dos pais

	Pai	Mãe
Empregado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desempregado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reformado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qual a profissão do teu pai? _____

Qual a profissão da tua mãe? _____

8. Com quem vives?

Pais	<input type="radio"/>	Mãe e companheiro(a)	<input type="radio"/>
Só Pai	<input type="radio"/>	Outros	<input type="radio"/>
Só Mãe	<input type="radio"/>	Quem? _____	
Pai e companheira(a)	<input type="radio"/>		

SEGUNDA PARTE

QUESTÕES SOBRE CONHECIMENTOS ACERCA DA SEXUALIDADE

9. Consideras-te uma pessoa com conhecimentos sobre a sexualidade?

Sim

Não

9.1. Se sim, como avalias os teus conhecimentos sobre a sexualidade?

Muito bons

Bons

Nem bons nem maus

Maus

Muito maus

10. Como obténs os teus conhecimentos/informações sobre a sexualidade?

Pai

Internet

Mãe

Livros

Irmãos

Revistas

Amigos

Outros

Profissionais de saúde

Quais? _____

Professores

11. Com quem costumavas falar sobre as questões da sexualidade?

- | | | | |
|--------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| Pai | <input type="radio"/> | Profissionais de saúde | <input type="radio"/> |
| Mãe | <input type="radio"/> | Professores | <input type="radio"/> |
| Irmãos | <input type="radio"/> | Outros | <input type="radio"/> |
| Amigos | <input type="radio"/> | Quais? _____ | |

12. Conversas frequentemente com os teus pais sobre sexualidade?

- Sim
Não

12.1. Se sim, como consideras que é essa comunicação?

- Muito boa
Boa
Nem boa nem má
Má
Muito má

13. Na tua opinião, qual o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente?

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|
| A família | <input type="radio"/> | Modelos dados pelos <i>media</i> | <input type="radio"/> |
| Os amigos | <input type="radio"/> | Vedetas de filmes e desporto | <input type="radio"/> |
| Os professores/educadores | <input type="radio"/> | Outros | <input type="radio"/> |
| Sistemas de saúde | <input type="radio"/> | Quais? _____ | |

14. A sexualidade já foi abordada em alguma disciplina na tua escola?

- Sim Se sim, em qual?

Não

15. Consideras que os rapazes e as raparigas expressam da mesma forma a sua sexualidade?

- Sim
Não

16. Como consideras o teu conhecimento sobre os métodos contraceptivos?

- Muito bom
- Bom
- Nem bom nem mau
- Mau
- Muito mau

17. Na tua opinião quem mais recorre aos métodos contraceptivos?

- Rapariga
- Rapaz
- Ambos os sexos por igual

18. Na tua opinião, qual pensas ser a principal zona potencialmente erógena para o sexo oposto?

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| Boca <input type="radio"/> | Coxas <input type="radio"/> |
| Nádegas <input type="radio"/> | Cabelos <input type="radio"/> |
| Órgãos genitais <input type="radio"/> | Outra <input type="radio"/> |
| Olhos <input type="radio"/> | Qual? _____ |

19. Qual pensas ser, durante a adolescência, o órgão dos sentidos, mais importante, na esfera da sexualidade?

- Tato
- Audição
- Olfato
- Paladar
- Visão

20. Para ti, a masturbação é mais frequente?

- Nos rapazes
- Nas raparigas
- Ambos os sexos

21. Das doenças a seguir indicadas qual consideras ser sexualmente transmissível?

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| Hepatite B <input type="radio"/> | Rubéola <input type="radio"/> |
| Sarampo <input type="radio"/> | SIDA <input type="radio"/> |
| Varicela <input type="radio"/> | |

22. Escolhe a palavra ou expressão que, para ti, define a sexualidade:

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|
| Atração física | <input type="radio"/> | Amor/paixão | <input type="radio"/> |
| Envolvimento sentimental | <input type="radio"/> | Prazer | <input type="radio"/> |
| Relação sexual | <input type="radio"/> | Desafio | <input type="radio"/> |
| Descoberta | <input type="radio"/> | Outra | <input type="radio"/> |
| Fascínio | <input type="radio"/> | Qual? _____ | |

23. Responde a todos os itens que a seguir se apresentam, assinalando com uma cruz (x) no quadrado, a resposta que mais te parece adequada em função da escala que te é apresentada:

	1 - Discordo totalmente	2 - Discordo	3 - Nem concordo nem discordo	4 - Concordo	5 - Concordo totalmente
Itens					
a) A sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) A afetividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) A sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) A sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) O desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) A troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Os rapazes só devem ter relações sexuais após o casamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) As raparigas só devem ter relações sexuais após o casamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) As relações sexuais devem ser compreendidas como uma atitude que recusa as formas de dominação de um sexo por outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) A sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos (as) outros (as).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) A informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TERCEIRA PARTE
QUESTÕES SOBRE COMPORTAMENTOS SEXUAIS

24. Tens namorado(a)?

- Sim
Não

24.1. Se sim há quanto tempo?

- Há menos de 1 mês
Entre 1 a 3 meses
Entre 4 a 6 meses
Entre 7 meses e 1 ano
Há mais de 1 ano

25. Já alguma vez tiveste relações sexuais?

- Sim Que idade tinhas? _____ anos
Não

(Se respondeste *não*, passa para a quarta parte do questionário)

26. Com quem tiveste essa primeira relação sexual?

- Namorado(a)
Amigo(a)
Outro Quem? _____

27. Nessa primeira relação sexual usaste algum método contraceutivo?

- Sim
Não

27.1. Se sim, que método contraceutivo usaste?

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| Preservativo | <input type="radio"/> | Espermicida | <input type="radio"/> |
| Pílula | <input type="radio"/> | Métodos naturais | <input type="radio"/> |
| Pílula do dia seguinte | <input type="radio"/> | Coito interrompido | <input type="radio"/> |
| Dispositivo intrauterino | <input type="radio"/> | Diafragma | <input type="radio"/> |
| Outro | <input type="radio"/> | Quem? _____ | |

28. Depois dessa primeira relação sexual voltaste a ter relações sexuais com a mesma pessoa?

- Sim
Não

29. Depois dessa primeira relação sexual voltaste a ter relações sexuais com outra(s) pessoa(s)?

- Sim
Não

30. Até hoje, quantos companheiros(as) sexuais tiveste?

Um

Dois a cinco

Seis a dez

Mais de dez

31. Qual consideras ser o local mais frequente para os adolescentes fazerem sexo?

Casa

Carro

Praia

Campo

Outro

Qual? _____

QUARTA PARTE
INVENTÁRIO TRAÇOS DA PERSONALIDADE DE EYSENCK (IPE)

Nesta parte do questionário encontrarás algumas questões que dizem respeito à forma como reages, sentes e atuas. Relativamente às informações que se seguem, responde consoante o que melhor se aplica a ti, marcando com uma cruz (x) numa das seguintes opções de resposta:

	Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	①	②	③	④
				1 2 3 4
1	Gostas de muita excitação e alarido à tua volta?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
2	O teu humor tem altos e baixos?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
3	És uma pessoa cheia de vida?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
4	Sentes-te infeliz sem ter motivos para isso?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
5	Gostas de te misturar com as pessoas?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
6	Quando te aborreces precisas de alguém amigo(a) para conversar?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
7	Consideras-te uma pessoa que confia na sorte?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
8	És perturbado por sentimentos de culpa?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
9	Vais e divertes-te muito numa festa animada?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
10	Consideras-te uma pessoa tensa ou muito nervosa?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
11	Gostas de pregar partidas?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
12	Sofres de insónia?			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Obrigada pela tua colaboração!

Anexo IV- Pedido de Autorização às Instituições Escolares

**Exmo. Presidente do Conselho
Executivo
Da Escola Secundária Emídio Garcia
Rua Eng.º Adelino Amaro da Costa
5300-146 Bragança**

Assunto: Pedido para administração de questionário

No âmbito do Relatório de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, vimos por este meio pedir autorização para administração de um questionário sobre a sexualidade na adolescência, adstrito ao tema: "**Adolescência e sexualidade: Conhecimentos, comportamentos e traços de personalidade em estudantes do ensino secundário do Distrito de Bragança**".

A população-alvo do presente estudo é constituída pelos estudantes do 10º, 11º e 12º ano de escolaridade, que se encontram a frequentar o ano letivo 2016/2017 da Escola Secundária Emídio Garcia, de Bragança.

O principal objetivo do presente estudo é analisar os conhecimentos e comportamentos dos adolescentes relativamente à sexualidade e relacioná-los com traços de personalidade.

Informa-se que os Instrumentos a serem administrados são inteiramente inócuos e os dados serão confidenciais e anónimos.

Com os melhores cumprimentos,

Enfermeira Laura Aragão

Bragança, setembro de 2016

Ex.mos Senhores
Escola Secundária Emílio Garcia
Rua Eng. Adelino Amaro da Costa
5300 – 146 BRAGANÇA

Proc. 6.1.14
Autorização de aplicação de questionário

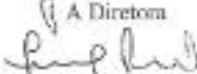
0042804-11-16

A Escola Superior de Saúde de Bragança, solicita a V.ª Ex.ª autorização para a aluna Laura da Conceição Rodrigues Ramos Aragão do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, aplique um questionário nesta Instituição, que servirá de base a um trabalho de investigação subordinado ao tema: "Adolescência e Sexualidade do Distrito de Bragança".

Este estudo tem como público alvo os alunos do 10, 11 e 12º anos e com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.

Os dados fornecidos serão confidenciais e apenas analisados no âmbito científico-pedagógico.

Com os melhores cumprimentos;

A Diretora


Professora Doutora Helena Pinestel

**Exmo. Presidente do Conselho
Executivo
Da Escola Secundária de Macedo de
Cavaleiros
Rua das Escolas
5340-245 Macedo de Cavaleiros**

Assunto: Pedido para administração de questionário

No âmbito do Relatório de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, vimos por este meio pedir autorização para administração de um questionário sobre a sexualidade na adolescência, adstrito ao tema: "**Adolescência e sexualidade: Conhecimentos, comportamentos e traços de personalidade de estudantes do ensino secundário do Distrito de Bragança**".

A população-alvo do presente estudo é constituída pelos estudantes do 10º, 11º e 12º ano de escolaridade, que se encontram a frequentar o ano letivo 2016/2017 da Escola Secundária de Macedo de Cavaleiros.

O principal objetivo do presente estudo é analisar os conhecimentos e comportamentos dos adolescentes relativamente à sexualidade e relacioná-los com os traços de personalidade.

Informa-se que os Instrumentos a serem administrados são inteiramente inócuos e os dados serão confidenciais e anónimos.

Com os melhores cumprimentos,

Enfermeira Laura Aragão

Bragança, outubro de 2016



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Ex.mos Senhores
Escola Secundária de Macedo de Cavaleiros
Rua das Escolas
5340 – 245 Macedo de Cavaleiros

Proc. 6.1.14
Autorização de aplicação de questionário

0042904-11-16

A Escola Superior de Saúde de Bragança, solicita a V.^a Ex.^a autorização para a aluna Laura da Conceição Rodrigues Ramos Aragão do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, aplique um questionário nessa Instituição, que servirá de base a um trabalho de investigação subordinado ao tema: "Adolescência e Sexualidade do Distrito de Bragança".

Este estudo tem como público alvo os alunos do 10, 11 e 12º anos e com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.

Os dados fornecidos serão confidenciais e apenas analisados no âmbito científico-pedagógico.

Com os melhores cumprimentos;

P.^a A Diretora

Professora Doutora Helena Pimentel

**Exmo. Presidente do Conselho
Executivo
Da Escola Secundária de Mirandela
Rua D. Afonso III
5370-408 Mirandela**

Assunto: Pedido para administração de questionário

No âmbito do Relatório de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, vimos por este meio pedir autorização para administração de um questionário sobre a sexualidade na adolescência, adstrito ao tema: "**Adolescência e sexualidade: Conhecimentos, comportamentos e traços de personalidade de estudantes do ensino secundário do Distrito de Bragança**".

A população-alvo do presente estudo é constituída pelos estudantes do 10º, 11º e 12º ano de escolaridade, que se encontram a frequentar o ano letivo 2016/2017 da Escola Secundária de Mirandela.

O principal objetivo do presente estudo é analisar os conhecimentos e comportamentos dos adolescentes relativamente à sexualidade e relacioná-los com os traços de personalidade.

Informa-se que os Instrumentos a serem administrados são inteiramente inócuos e os dados serão confidenciais e anónimos.

Com os melhores cumprimentos,

Enfermeira Laura Aragão

Bragança, outubro de 2016



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

8.11.16
4.2
Conceição da
Aluna que deve
compartilhar na Direção
do Aquecimento de Bragança para submeter
02/11/2016

Ex.mos Senhores
Escola Secundária de Mirandela
Rua Afonso III
5370 - 408 Mirandela

Proc. 6.1.14

Autorização de aplicação de questionário

0042004-11-16

A Escola Superior de Saúde de Bragança, solicita a V.^a Ex.^a autorização para a aluna Laura da Conceição Rodrigues Ramos Aragão do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, aplique um questionário nessa Instituição, que servirá de base a um trabalho de investigação subordinado ao tema: "Adolescência e Sexualidade do Distrito de Bragança".

Este estudo tem como público alvo os alunos do 10, 11 e 12.^o anos e com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.

Os dados fornecidos serão confidenciais e apenas analisados no âmbito científico-pedagógico.

Com os melhores cumprimentos;

P.^a A Diretora

Professora Doutora Helena Pimentel

Anexo V - Autorização das Instituições Escolares

Autonizada
Director
Adriano Manuel Santos



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Ex.mos Senhores

Escola Secundária Emílio Garcia

Rua Eng. Adelino Amaro da Costa

5300 – 146 BRAGANÇA

Proc. 6.1.14

Autorização de aplicação de questionário

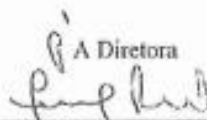
0042804-11-16

A Escola Superior de Saúde de Bragança, solicita a V.^a Ex.^a autorização para a aluna Laura da Conceição Rodrigues Ramos Aragão do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, aplique um questionário nessa Instituição, que servirá de base a um trabalho de investigação subordinado ao tema: "Adolescência e Sexualidade do Distrito de Bragança".

Este estudo tem como público alvo os alunos do 10, 11 e 12º anos e com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.

Os dados fornecidos serão confidenciais e apenas analisados no âmbito científico-pedagógico.

Com os melhores cumprimentos;

A Diretora

Professora Doutora Helena Pimentel

Exmo (s) Senhor (s)
Instituto Politécnico de Bragança
Escola Superior de Saúde
A/C Dr.ª Helena Pimentel
Avenida D. Afonso V
5300-121 Bragança

Vossa referência	Nossa referência	Classificação	Data
	789/2016	4.2 - Outros Serviços	10-11-2016

Assunto: Autorização de Inquérito de questionário.

Informo Vossa Ex.ª de que em relação ao ofício nº 00429 datado de 04/11/2016 se autoriza a aplicação para o respetivo questionário.

Sem outro assunto de momento,

Com os melhores cumprimentos

O Diretor


(Paulo Duarte da Silva Dias)

IB

Foi informado a
silva
30/11/2016

Instituto Politécnico de Bragança
Escola Superior de Saúde
Avenida D. Afonso V

5300 121 Bragança

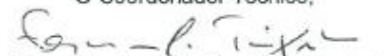
Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Classif. 4.2.	Data
		853 16-11-10		

Assunto : Autorização de aplicação de questionário

A fim de ser dado conhecimento à aluna Laura da Conceição Rodrigues Ramos Aragão, do despacho do Sr. Diretor deste Agrupamento de Escolas, junto envio em anexo cópia da vossa comunicação nº 00430 de 04-11-2016, com o respetivo despacho.

Com os melhores cumprimentos.

O Coordenador Técnico,


/Fernando Augusto Carvalho Teixeira/

Anexo VI - Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação

Solicitação de autorização aos encarregados de educação

No âmbito do Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem Comunitária, realizado pela mestranda Enfermeira Laura Aragão, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, vimos por este meio pedir autorização do Encarregado de Educação do(a) aluno(a) _____, para a realização da recolha dos dados essenciais para a realização do estudo de investigação intitulado: **"Adolescência e sexualidade: Conhecimentos, comportamentos e traços de personalidade de estudantes do ensino secundário do Distrito de Bragança"**.

Informa-se que os Instrumentos a serem administrados são inteiramente inócuos e os dados serão confidenciais e anónimos.

Por favor coloque uma cruz na opção que se refere ao seu educando:

Autorizo

Não autorizo

(Assinatura do Encarregado de Educação)

Obrigada pela colaboração.

(Enfermeira Laura Aragão)

Bragança, outubro de 2016

Anexo VII - Projeto de Intervenção

Sexualidade... sem tabus!



1. Âmbito

O Projeto de intervenção - *Sexualidade... sem tabus!* - visa intervir na população em estudo, mercê dos resultados obtidos ao nível dos conhecimentos, comportamentos e traços de personalidade face à sexualidade dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Bragança, com o intuito de poder reduzir e/ou minimizar os comportamentos de risco, nomeadamente ao nível da prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidezes indesejadas, procurando, assim, a obtenção de ganhos em saúde para os intervenientes e, por consequência para a própria comunidade e sociedade através de vivências positivas e intervenções específicas no âmbito da prevenção e “controlo” desses comportamentos de risco.

Com o desenvolvimento do Programa Nacional de Saúde escolar, a Educação para a Sexualidade nas escolas assume-se como uma das prioridades de intervenção nos estilos de vida, tendo sofrido uma atualização em 2006 (Despacho n.º 12.045/2006). Por conseguinte foi em 2009 que, por orientação legal, a Educação Sexual passou a ser integrada obrigatoriamente nos projetos educativos, sendo regulamentado o conteúdo a desenvolver por ano letivo (Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto; Portaria n.º 196-A/2010 de 6 de agosto).

Os enfermeiros e, em especial, os que trabalham em Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária, no âmbito das suas competências, possuem um papel fundamental na comunidade, sendo este o foco e a razão dos seus cuidados. A educação para a saúde em ambiente escolar e a formação escolar em si, têm sido, mais do que nunca, decisivas já que permitem aprofundar conhecimentos, mudanças de atitudes e comportamentos ajustáveis a uma sociedade mais informada.

Assim, no âmbito da intervenção dos enfermeiros, o processo de tomada de decisão clínica assente no processo de enfermagem e planeamento em saúde, permite, com uma estrutura organizada e integrativa, relacionar os diagnósticos de enfermagem com as intervenções e os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados (Figueiredo, 2012). A intervenção dos enfermeiros no contexto da educação para a sexualidade em meio escolar é valorizada pela Ordem dos Enfermeiros, indicando que este é o profissional melhor qualificado para gerir projetos neste âmbito (Parecer n.º 109/2009).

2. Enquadramento

A adolescência diz respeito à transição entre a infância e a idade adulta, caracterizando-se por um conjunto de mudanças físicas, biológicas, psicológicas, emocionais e sociais (Almeida & Centa, 2009). Ela é considerada uma etapa do ciclo vital que decorre entre os 10 e os 19 anos de idade (Horta & Sena, 2010).

À medida que os adolescentes amadurecem, tornam-se naturalmente mais interessados em passar mais tempo com o sexo oposto e em estarem envolvidos em rituais sociais de namoro (Cloutier & Drapeau, 2008), pelo que o conhecimento sobre a sexualidade

assegura a tomada de decisões e comportamentos adequados e conscientes (Rodrigues, 2002).

A sexualidade é uma realidade complexa e, por conseguinte, difícil de definir, fazendo parte de todos os seres humanos, pelo que não pode ser ignorada (Leão & Ribeiro, 2012; Serrão, 2012). Assim, o desenvolvimento psicosexual designa as mudanças sexuais no seu sentido mais amplo, integrando os componentes sensoriais, emotivos, afetivos, cognitivos, volitivos, sociais, éticos e espirituais, enquanto promotor do conhecimento de si próprio e do outro (Dias, Ramalheira, Marques, Seabra, & Cabral, 2002). Por isso, a sexualidade constrói-se ao longo da vida e revela ser parte integrante do desenvolvimento da personalidade e da identidade humana (Almeida & Centa, 2009; Bastos, 2003).

À medida que o adolescente sofre o conjunto de transformações físicas, as mudanças ao nível cognitivo também ocorrem, sendo que o seu pensamento infantil se transforma num pensamento cada vez mais adulto (Cloutier & Drapeau, 2008).

Neste processo, o adolescente descobre que pode estabelecer relações diferenciadas com os seus pares, conhece novas realidades e experiencia novos papéis. Por conseguinte, o processo de construção da identidade tem fases e ritmos particulares, que acompanham gradualmente a resolução dos problemas psicossociais inerentes à adolescência (Sprinthall & Collins, 2009).

As primeiras relações amorosas surgem nesta fase do desenvolvimento, que embora possam não ser planeadas, conduzem à primeira experiência do adolescente (Reis, Ramiro, Carvalho, & Pereira, 2009). No entanto, importa referir que a sexualidade do adolescente é, frequentemente, desarmoniosa porque a maturidade emocional nem sempre acompanha a sua maturidade física (Reis *et al.*, 2012).

A sexualidade vai evoluindo desde as experiências de autoerotismo (e.g., masturbação) até à interação com colegas e amigos, pelo que a orientação sexual se começa a definir, podendo ser conflituosa se a atração for contrária ao modelo dominante (i.e., heterossexual), levando a sintomas que originam o isolamento, a depressão e inclusivamente ao suicídio (Vilar, 2003, 2005).

Sendo a sexualidade a capacidade de nos darmos e de recebermos prazer, comunicação, afeto, independentemente das pessoas envolvidas serem ou não do sexo oposto, ela é uma forma de nos podermos manifestar em todos os sentidos (Capellá, 2003).

É neste sentido que a adolescência é considerada uma fase de grande vulnerabilidade ao desenvolvimento humano, cuja suscetibilidade externa pode ocasionar prejuízos no indivíduo, daí a necessidade de um conjunto de cuidados de saúde, nesta fase do desenvolvimento. Nesta fase observa-se um período de aceleração da velocidade de crescimento, seguido de um valor de pico e subsequente desaceleração até ao término do crescimento (Saito *et al.*, 2008).

Os contactos com o mesmo sexo iniciam-se de forma exploratória, assim como se iniciam as primeiras tentativas de modular os limites da independência e de reclamar a sua própria intimidade, sem criar grandes conflitos familiares. A capacidade de pensamento é totalmente concreta, não percebem as implicações futuras dos seus atos e decisões presentes. Creem que são o centro de uma grande audiência imaginária que constantemente os observa, pelo que muitas das suas ações se encontram modeladas por este sentimento. A sua orientação é existencialista, narcisista e tremendamente egoísta (Rivero & Fierro, 2005).

Esta é a fase de descoberta da intimidade, pelo que o desejo sexual se torna mais específico e vários estímulos adquirem um valor sexual. Com a atividade hormonal, os adolescentes iniciam as suas primeiras relações sexuais, com ou sem penetração. Este processo de procura de intimidade ocorre, frequentemente, de forma não programada pelo que nem sempre são utilizadas formas seguras de contraceção por parte dos adolescentes (Brás, 2008).

Nesta fase, os adolescentes integram grupos de pares e consideram que estes são importantes nas suas vidas. Os grupos evoluem e ajudam à consolidação dos valores e das atitudes, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade e ao amor, aos papéis masculino e feminino, bem como às normas de relacionamento, tendo o jovem uma consciência clara quanto à sua orientação sexual (Sampaio, 2006).

Dada à vulnerabilidade de sentimentos e de emoções, os adolescentes apresentam uma maior tendência para se envolverem em comportamentos de risco (e.g., álcool, tabaco,

drogas, gravidez indesejada), que podem determinar as patologias posteriores na época adulta (Brás, 2008; Moreira, 2011).

No âmbito da sexualidade na adolescência são comuns os estudos que se debruçam sobre os conhecimentos, os comportamentos, crenças e atitudes, assumindo-se estes conceitos diferenciáveis, embora relacionados. Assim, os conhecimentos referem-se à informação, ao saber, à noção, à experiência e ao domínio teórico e/ou prático que os adolescentes possuem relativamente à sexualidade, assumindo-se como essenciais na adoção de comportamentos preventivos (Jones & Haynes, 2006). No entanto, a literatura tem mostrado que o conhecimento sobre a sexualidade, nomeadamente sobre os métodos contraceptivos, não se expressa diretamente em práticas preventivas, sendo que a eficácia do uso do preservativo e de outros métodos contraceptivos, associam-se, também, a fatores psicológicos fundamentais, como a eficácia e intenção do adolescente para os utilizar, a perceção que este tem da atitude dos pares e da sua própria assertividade (Reis *et al.*, 2012).

Os comportamentos referem-se a todas as ações empreendidas em matéria da sexualidade, i.e., tudo aquilo que o adolescente faz. Neste âmbito do comportamento afetivo e sexual, as raparigas parecem apresentar uma menor atividade sexual que os rapazes, pela maior culpabilidade e maiores consequências diretas relativamente à atividade sexual (Sousa, 2000).

Os comportamentos de risco dizem respeito a todos os comportamentos que são empreendidos pelos adolescentes e que colocam em risco a sua saúde individual, física ou mental, a curto ou longo prazo, nomeadamente associados ao consumo de álcool e drogas ilícitas, atividade sexual precoce e sem precauções (Carter, McGee, Taylor, & Williams, 2007).

Os conhecimentos face à sexualidade têm-se assumido como uma grande preocupação por parte dos investigadores, pois eles são elementos fundamentais que auxilia na prevenção (Jones & Haynes, 2006). Apesar de alguns autores (Reis & Matos, 2007; Rodrigues, 2010) verificarem que as raparigas apresentam mais conhecimentos e preocupações preventivas perante comportamentos sexuais de risco quando comparadas com os rapazes, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), revelaram, em 2014, uma taxa de fecundidade na adolescência de 9,3%. Este fenómeno, associado

ao elevado número de IST na população adolescente e jovem (e.g., infeções bacterianas, gonorreia, herpes genital, sífilis e clamídia), constitui-se numa grande preocupação e suscitado intervenções cada vez mais alargadas e um aumento de estudos de investigação (Silva *et al.*, 2012).

Algumas das investigações têm sugerido que os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade são ainda parcos, nomeadamente ao nível das IST e sobre as questões práticas associadas aos métodos contraceptivos (Vilar & Ferreira, 2010). No entanto, outros estudos mostraram que, relativamente aos modos de transmissão do VIH/SIDA, a maioria dos adolescentes sabe identificá-los corretamente, sendo que as raparigas demonstram melhor nível de conhecimentos (Matos *et al.*, 2012; Matos, Ramiro, Reis, & Equipa Aventura Social, 2013; Reis, Ramiro, Matos, Diniz, & Simões, 2011).

Também Lopes (2006), no seu estudo junto de 494 estudantes do ensino secundário dos distritos de Viseu, Guarda e Aveiro constatou que, globalmente, a maioria dos estudantes inquiridos apresentou bons conhecimentos médicos/científicos, comportamentos de elevado risco e de prevenção relativos ao VIH/SIDA.

Almeida *et al.* (2007), num estudo com 826 adolescentes, verificaram que 82,4% dos adolescentes do meio urbano possuía conhecimentos modestos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA, por comparação a 86% dos adolescentes do meio rural, que apresentaram maiores conhecimentos sobre o VIH/SIDA enquanto ameaça grave, bem como mais conhecimentos sobre os riscos de contágio.

O estudo de Martins (2010) que envolveu 1101 alunos de uma escola da periferia de Lisboa mostrou que a principal fonte de informação sobre a sexualidade dos alunos são os amigos, mas estes preferiam que fossem os profissionais de saúde. Para além do VIH e do herpes genital, a identificação de outras IST foi insuficiente. Os conhecimentos sobre a transmissão sexual das IST foram satisfatórios, mas não se repercutem na utilização do preservativo pelos alunos, durante as relações não coitais. O sexo e a idade dos alunos encontraram-se significativamente associados a fontes de informação sobre a sexualidade e a algumas dimensões do conhecimento sobre as IST, do comportamento sexual e da procura de tratamento médico.

Em 2011, Torres realizou um estudo com 359 adolescentes da zona Norte do País, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 13 e os 22 anos. Os principais

resultados mostraram que os adolescentes que detinham mais conhecimentos sobre as IST pertenciam ao sexo feminino, residiam na zona urbana e possuíam uma escolaridade mais avançada. Os adolescentes que apresentaram maiores conhecimentos sobre os métodos contraceptivos pertencem ao sexo feminino, são mais velhos e com escolaridade mais avançada, residentes em zonas urbanas, pertencentes à classe socioeconómica mais alta e com apenas um parceiro sexual.

Costa (2015) procurou identificar os conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e à educação sexual em contexto escolar, bem como analisar as conceções sobre uma sexualidade saudável nos adolescentes que frequentavam o 8º e o 10º ano de escolaridade. Numa amostra de 289 adolescentes de escolas públicas de Santo Tirso, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, a autora constatou que relativamente aos conhecimentos demonstrados pelos alunos sobre IST, os modos de transmissão do VIH/SIDA, a utilização de métodos contraceptivos e da pílula do dia seguinte/emergência, foram as raparigas e os alunos do 10º ano que demonstraram níveis superiores de conhecimento.

Os principais resultados dos diversos estudos sublinham que apesar de os adolescentes apresentarem, globalmente, conhecimentos sobre a sexualidade, continuam a empreender comportamentos de risco, reforçando a necessidade de se conduzirem ações de intervenção que permitam potenciar e assegurar a adoção de comportamentos de saúde em matéria da sexualidade.

O adolescente ao atingir a maturação sexual, adquire a capacidade para se reproduzir, sente de forma poderosa a necessidade de procurar satisfação sexual e consolida a sua orientação sexual (Sprinthall & Collins, 2009).

Durante a adolescência uma variedade de práticas sexuais vai ser concretizada em comportamento sexual, uma vez que este se manifesta através de diversas atividades sexuais, nomeadamente: sonhos sexuais (i.e., sonhos eróticos que podem ser acompanhados por excitação sexual e ejaculação nos rapazes); fantasias sexuais (i.e., desejos que resultam de experiências culturais, pessoais e podem conter material muito variado); masturbação (i.e., comportamento sexual que passa pela autoestimulação sexual) e experiências homossexuais, bissexuais e /ou heterossexuais, que podem não encontrar-se associadas à orientação sexual mas à curiosidade, exploração e

aprendizagem recíproca que caracterizam este período de desenvolvimento (Brás, 2008; Domingues & Domingues, 2007; Ferreira & Nelas, 2006).

Por conseguinte, os adolescentes cometem, não raras vezes, padrões comportamentais de risco como a concretização de relações sexuais não seguras, muitas vezes associadas a hábitos de consumo de álcool e de drogas, que comprometem a sua saúde, não apenas ao nível das IST, mas também no que diz respeito a gravidezes não desejadas (Brás, 2008). Esta dupla consequência das atitudes imaturas dos adolescentes pode condicionar as suas vidas, pelo que é necessário consolidar os conhecimentos sobre a transmissão das IST e reverter as tendências para se potenciar a saúde e o bem-estar dos adolescentes, com investimento na informação e formação em planeamento familiar (Brás, 2008).

Diversas investigações têm sido conduzidas sobre os comportamentos sexuais de adolescentes em quase todo o mundo, mostrando consistentemente, que os comportamentos sexuais dos adolescentes se iniciam, em média, por volta dos 14 anos de idade, sendo que aos 17 anos têm a primeira relação sexual (Afonso, 2011; Braconnier & Marcelli, 2000; Brás, 2008; Mendez, Hulsey, & Archer, 2002; Nodin, 2001; Prinstein, Meade, & Cohen, 2003).

O início dos comportamentos sexuais nestas idades não deixa de ser preocupante, pelo facto de os adolescentes terem ainda uma grande dose de aventura e de irresponsabilidade e imaturidade (Brás, 2008; Lopes, 2006; Matos *et al.*, 2004; Sim-Sim, 2003;). Investigações têm mostrado que é comum observar-se que os adolescentes nunca ou quase nunca se recusaram ter relações sexuais ocasionais, por falta de preservativo (Afonso, 2011; Nodin, 2001; Prinstein *et al.*, 2003).

Outras investigações têm apontado para diferenças nos comportamentos sexuais em função de variáveis sociodemográficas como o sexo e a idade (Mendez *et al.*, 2002), sublinhando que são os rapazes (Shearer, Hosterman, Gillen, & Lefkowitz, 2005) que apresentam maiores comportamentos de risco e os que frequentam o 10º ano os que assinalam, mais frequentemente, que já tiveram relações sexuais, quando comparados com os dos 8º e 6º anos (Matos, Simões, Camacho, Reis, & Equipa Aventura Social, 2015).

É também comum observar-se na literatura sobre o tema, que os adolescentes praticam sexo oral antes de iniciarem o coito vaginal, mencionando que apenas uma minoria utiliza métodos contraceptivos (Boekello & Howard, 2002; Conrad & Blythe, 2003; Prinstein *et al.*, 2003). Muito embora a consciência do uso do preservativo possa estar presente em alguns estudos com adolescentes (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2003), essa consciência nem sempre é visível em outros estudos que mostram um maior desconforto em comprar preservativos numa loja (Matos *et al.*, 2015).

Num estudo realizado por Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006) com 1152 estudantes do 10º, 11º e 12º ano de escolaridade, com intuito de conhecer os seus comportamentos sexuais, observou-se que a maioria dos jovens inquiridos ainda não tinha tido relações sexuais, sendo que aqueles que já tinham iniciado a sua atividade sexual, fizeram-no antes dos 16 anos de idade. Neste estudo os autores constataram que a maioria dos adolescentes referiu o uso do preservativo e consideraram-no como método eficaz na prevenção da gravidez e das IST. Curiosamente, os autores constataram um desfasamento entre aquilo que os adolescentes referiram conhecer sobre o VIH/SIDA e o que expressaram nos seus comportamentos sexuais: os adolescentes que não utilizavam métodos de prevenção e os que referiram ter tido três ou mais parceiros sexuais, apresentavam, em média, mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA.

Almeida *et al.* (2007) no seu estudo constataram que a alteração de hábitos e comportamentos sexuais face ao VIH/SIDA é independente do meio de inserção dos adolescentes (i.e., urbano e rural); (2) os comportamentos preventivos em relação ao VIH/SIDA são independentes do meio de inserção dos adolescentes; (3) o meio de inserção dos adolescentes influencia as atitudes preventivas em relação ao VIH/SIDA, observando-se que a grande maioria dos adolescentes do meio urbano possui atitudes de risco e menores atitudes preventivas.

Um outro corpo de investigações tem mostrado que o uso irregular dos métodos contraceptivos se encontra associado às dificuldades de comunicação com o parceiro sexual acerca dos aspetos sexuais (Nodin, 2001; Roque, 2001), o facto de ter relacionamentos mais estáveis (Fortenberry, Tu, Harezlak, Katz, & Orr, 2002) e o consumo de álcool e de outras drogas que favorecem a prática de sexo desprotegido

(Brook, Morojele, Zhang, & Brook, 2006; Labrie, Earleywine, Schiffman, Pedersen, & Marriot, 2005).

Estudos têm revelado a provável associação entre o consumo de álcool e drogas e a prática de comportamentos sexuais de risco (Brook *et al.*, 2006; Eaton *et al.*, 2005; Labrie *et al.*, 2005). Dados obtidos no *Youth Risk Behavior Surveillance* (Eaton *et al.*, 2005), mostram que 23,3% dos jovens sexualmente ativos consumiu álcool ou drogas na última relação sexual, verificando-se que são os rapazes que apresentam este comportamento mais frequentemente (Labrie *et al.*, 2005).

Labrie *et al.* (2005), num estudo que realizaram com rapazes observaram uma associação negativa entre o consumo de álcool e a utilização de contraceção e, especificamente no uso do preservativo, aumentando a possibilidade de adquirir uma IST. Os resultados demonstraram uma percentagem significativa de jovens sexualmente ativos envolvida numa combinação perigosa de consumo de álcool e drogas e comportamentos de risco.

Pese embora estes resultados, Matos *et al.* (2015), no estudo conduzido mostraram que a maioria dos adolescentes que já teve relações sexuais refere não ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas, sendo que são as raparigas que afirmam mais frequentemente que não tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas, não tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas em função do ano de escolaridade.

Poucas investigações, no entanto, têm relacionado o comportamento sexual dos adolescentes e os seus traços de personalidade (Vaz, 2011). Os primeiros estudos remontam aos anos 80, aquando do aparecimento dos primeiros casos de VIH/SIDA, que procuraram analisar a possível relação entre os traços de personalidade e os comportamentos sexuais de risco. Num estudo realizado por Trobst, Herbst, Masters e Costa (2002) com o intuito de relacionar o Modelo dos Cinco Grandes Traços de Personalidade e os comportamentos sexuais de risco, os autores verificaram uma associação com quatro traços: extroversão, agradabilidade, conscienciosidade e neuroticismo.

Também Schmitt (2004) procurou analisar a prevalência dos traços de personalidade e os comportamentos sexuais de risco, promiscuidade e infidelidade em dez regiões do

mundo, tendo encontrado uma associação universal entre os traços de extroversão e a promiscuidade e infidelidade.

Tendo em linha de conta os diversos estudos aqui apresentados, é de extrema importância que os conhecimentos e os comportamentos dos adolescentes em matéria da sexualidade estejam enraizados e solidificados, como forma de os incentivar e apoiar a assumirem o controlo e a responsabilidade pelas suas decisões e sobre a sua própria vida (Brás, 2008).

Neste contexto, o papel dos profissionais de saúde em geral e dos profissionais de enfermagem, em particular, assume importância fundamental, ao nível do aconselhamento, do estabelecimento de uma relação de ajuda, que estimule o adolescente a expressar-se e permitindo que seja orientado a tomar as decisões mais adequadas e acertadas em matéria da sua saúde a curto, médio e longo prazo (Capellá, 2003). A forma mais adequada de o fazer continua a ser através da criação, condução e implementação de programas de educação/informação sexual, com o envolvimento da família e da escola, que se assumem como duas instituições primárias de relevo neste campo de ação.

2.1. Resultados do Estudo

Foi conduzido um estudo com 752 adolescentes em três escolas: Escola Secundária Emídio Garcia (Bragança); Escola Secundária de Macedo de Cavaleiros e Escola Secundária de Mirandela, com o intuito de identificar e analisar os conhecimentos, comportamentos e traços de personalidade destes adolescentes. Aos adolescentes foi administrado um inquérito por questionário com questões associadas aos conhecimentos e comportamentos sexuais, bem como o Inventário de Personalidade de Eysenck (IPE), desenvolvido por Eysenck e Eysenck (1964), citados por Gomes (2005) com o objetivo de medir as dimensões da personalidade Neuroticismo-Estabilidade Emocional (designada habitualmente por Neuroticismo) e Extroversão-Introversão (designada por Extroversão).

Os principais resultados podem ser resumidos da seguinte forma:

- Relativamente aos conhecimentos, os adolescentes apresentam-se como detentores de conhecimentos sobre sexualidade, avaliando-os de forma positiva; tendem a obter os seus conhecimentos através da internet, dos profissionais de saúde e dos amigos, sendo que a comunicação sobre sexualidade ocorre mais frequentemente com os amigos em detrimento dos pais, não considerando a família como agente de socialização primário dos papéis sexuais; a sexualidade tem sido abordada em diversas disciplinas escolares, pelo que consideram como bons os seus conhecimentos sobre métodos contraceptivos, sugerindo que os rapazes e raparigas expressam a sua sexualidade de forma diferente e que ambos os sexos, recorrem aos métodos contraceptivos. A boca foi identificada como principal zona erógena, associada ao tato como órgão mais importante dos sentidos na esfera da sexualidade. A masturbação parece ser mais frequente nos rapazes e há uma identificação adequada das doenças sexualmente transmissíveis. A sexualidade é definida através de expressões “atração física” e “amor/paixão”.
- No que toca aos comportamentos sexuais, a maioria tem namorado pelo menos há 1 ano; 34,6% já iniciou a sua atividade sexual, sendo a média etária de 15,40 anos (DP=1,18); a atividade sexual foi realizada com o(a) namorado(a) e parece terem utilizado métodos contraceptivos como o preservativo, pílula, pílula do dia seguinte e coito interrompido. Apresentam entre dois a cinco parceiros sexuais, tendo voltado a ter relações sexuais com a mesma pessoa e com outras. Consideram locais apropriados para fazerem sexo a casa, o carro e casas de banho públicas.
- Os conhecimentos dos adolescentes são influenciados pelo sexo, idade, local de residência, ano de escolaridade e NSE.
- Os comportamentos dos adolescentes deste estudo são influenciados pelo sexo, idade, local de residência e ano de escolaridade.
- Os traços de personalidade dos adolescentes variam em função do sexo, do local de residência e do NSE.
- O neuroticismo e a extroversão, enquanto traços de personalidade, parecem influenciar os conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade.
- A extroversão, enquanto traço de personalidade parece exercer influência nos comportamentos sexuais dos adolescentes do presente estudo.

Estes dados devem ser tidos como preocupantes, pois assinalam que apesar de os adolescentes das três escolas investigadas apresentarem conhecimentos suficientes sobre sexualidade, não deixam de empreender comportamentos sexuais de risco. Nesse sentido, consideramos que o papel do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária assume aqui um papel crucial na educação para a saúde, pois a sua principal orientação reside na preservação da saúde individual e coletiva, dotando os adolescentes não apenas de conhecimentos e informações sobre a sexualidade e métodos contraceptivos, mas também deve promover a mudança de atitudes, valores e crenças que os ajudem a tomar decisões seguras e adequadas à proteção da sua saúde.

3. Integração

O presente projeto encontra-se alinhado com Programa Nacional de Saúde Escolar, no qual a Educação para a Sexualidade nas escolas se assume como uma das prioridades de intervenção nos estilos de vida. Encontra-se igualmente em consonância com o âmbito de intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, pelo que a intervenção destes profissionais no contexto da educação para a sexualidade em meio escolar é valorizada pela Ordem dos Enfermeiros, indicando que este é o profissional melhor qualificado para gerir projetos neste âmbito (Parecer n.º 109/2009).

Este projeto é igualmente consonante com algumas das investigações que foram realizadas no distrito de Bragança, sendo o estudo da sexualidade em adolescentes e a influência dos traços de personalidade uma temática ainda não explorada. Assim, relativamente aos comportamentos sexuais de risco, um estudo transversal, realizado por Sousa (2000), que teve como intuito conhecer os comportamentos, conhecimentos e opiniões atitudinais dos adolescentes face à sexualidade e identificar as opiniões destes sobre o funcionamento das consultas de planeamento familiar, integrou 432 adolescentes de ambos os sexos, do ensino secundário da cidade de Bragança, mostrando que 41,9% eram sexualmente ativos, sendo que os rapazes apresentaram maior atividade sexual do que as raparigas. Globalmente, este estudo mostrou, ainda, que os adolescentes estavam informados sobre a sexualidade, apenas uma minoria manifestou ter informação insuficiente. Como agentes responsáveis pela informação, surgiram, em primeiro lugar, os amigos seguidos dos meios de comunicação. Denotou-

se, ainda, que a maioria dos jovens revelou atitudes liberais sobre a sexualidade, assumindo perante alguns itens atitudes tolerantes. As consultas de planeamento familiar eram pouco frequentadas pelos jovens, o que talvez se deva ao facto do funcionamento destas ser percecionado de forma pouco favorável pelos adolescentes.

Um estudo transversal realizado por Afonso (2011), junto a 530 alunos de escolas secundárias de Bragança, durante os meses de outubro a dezembro de 2010, que mostrou que 99,4% destes jovens possuíam conhecimento sobre a SIDA e a Hepatite B, e que todos conheciam algum método contraceutivo. Destes adolescentes, 34,9% assumiu a utilização de preservativo, sendo que 84,9% o faz de forma consistente. A média etária da primeira relação sexual situou-se nos 15,4 anos. Na verdade, a média etária encontrada neste estudo é congruente com outras investigações que têm apontado a idade dos 14 anos como etapa de início dos comportamentos sexuais nos adolescentes (Braconnier & Marcelli, 2000), pelo que é importante que estes se encontrem bem informados relativamente aos comportamentos saudáveis neste campo.

Também um estudo realizado por Brás (2012) com 303 adolescentes do distrito de Bragança, com intuito de analisar as atitudes, conhecimentos e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade, mostrou que a maioria dos adolescentes possui conhecimentos/informação sobre sexualidade, sendo que os rapazes mostraram ter maior conhecimento sobre IST, alteração do comportamento sexual, procura de informação, abordar o tema da sexualidade com profissionais de saúde e o agente de socialização.

A intervenção em contexto escolar afigura-se como fundamental para a educação para a sexualidade. Nesse sentido, entende-se que, sob o ponto de vista da saúde, existe ainda alguma contradição entre o esforço de intervenção programada no contexto da sexualidade na adolescência e os resultados obtidos ao nível das atitudes e comportamentos dos adolescentes. Por outro lado, o nível de permissividade da sociedade, a falta de apoio adequado por parte dos pais, dos professores e dos profissionais de saúde, tem levado a que os adolescentes adotem comportamentos sexuais de risco (Galvão, 2000).

Sob este prisma, o Conselho de Enfermagem (Parecer nr.º 109/2009) sugere que as principais causas de mortalidade e morbidade na adolescência não são as doenças, mas os comportamentos de risco que prejudicam a saúde, sendo que:

- Os jovens portugueses iniciam a sua atividade sexual mais precocemente;
- Portugal é o segundo país da Europa com mais gravidezes na adolescência;
- Cerca de 15% dos jovens infetados com VIH/SIDA têm menos de 25 anos e;
- Cerca de 8,8% dos jovens com menos de 15 anos praticam relações sexuais sem preservativo.

O tema da sexualidade na adolescência afigura-se, portanto, importante e atual, pelo que os jovens integram um grupo prioritário de intervenção ao nível da educação sexual da saúde reprodutiva e da adoção de estilos de vida saudáveis.

4. Organização e Parcerias

Gestor/Coordenador do projeto: Enfermeira Laura Ramos Aragão, do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Cliente/Utilizador: Alunos matriculados no 10º, 11º e 12º ano de três escolas: Escola Secundária Emídio Garcia (Bragança); Escola Secundária de Macedo de Cavaleiros e Escola Secundária de Mirandela.

Intervenientes:

- Alunos das três escolas referidas
- Responsável pelo Projeto: Enfermeira Laura Ramos Aragão
- Equipa multidisciplinar integrada nos Cuidados de Saúde Primários de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela
- Unidade de Saúde Pública integrada nos Cuidados de Saúde Primários de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela
- Parcerias:

- ✓ Comissão Científica do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Bragança - IPB
- ✓ Departamento de Formação Contínua da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE)
- ✓ Departamento de Psicologia do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) – Escola Superior de Saúde (ESS)
- ✓ Agrupamento de Escolas
- ✓ Associação de Estudantes das Escolas Secundárias
- ✓ Equipa de Saúde Escolar integrada nos Cuidados de Saúde Primários de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela
- ✓ Unidade de Saúde Pública integrada nos Cuidados de Saúde Primários de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela
- ✓ Instituto Português da Juventude (IPJ)
- ✓ Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela.

Sujeitos das ações: o indivíduo, sua família e a comunidade.

Níveis de intervenção: formações sobre os resultados da temática em estudo, promoção da saúde, reforço dos conhecimentos sobre sexualidade e prevenção de comportamentos sexuais de risco.

Caráter das ações: aplicáveis a adolescentes, ou seja, numa fase específica do ciclo da vida.

5. Período de Intervenção

Início: janeiro de 2017

Fim: julho de 2019

6. Plano de Ação

O Plano de Ação do presente projeto de intervenção comunitário encontra-se delineado em duas fases fundamentais, que a seguir se descrevem:

1ª Fase: Identificação dos conhecimentos e comportamentos sexuais dos adolescentes e dos traços de personalidade que os caracterizam. Nesta fase, procedeu-se à recolha de dados que caracterizam os adolescentes das três escolas referidas, nomeadamente os que frequentam no ano letivo de 2016/2017 o 10º ano, 11º e 12º anos. Os principais objetivos desta fase foram:

- 1 Identificar os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade;
- 2 Conhecer os comportamentos sexuais dos adolescentes;
- 3 Analisar se os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade são diferentes em função das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, local de residência, ano de escolaridade e NSE);
- 4 Analisar se os comportamentos sexuais dos adolescentes, são diferentes em função das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, local de residência, ano de escolaridade e NSE);
- 5 Analisar se os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade são diferentes em função dos seus traços de personalidade;
- 6 Analisar se os comportamentos sexuais dos adolescentes são diferentes em função dos seus traços de personalidade.

Após a recolha desta informação e análise dos dados recolhidos, iniciamos a implementação da **2ª Fase** do projeto de intervenção comunitária, com reuniões com as equipas de execução do projeto, no sentido de consolidar as estratégias de atuação de forma multidisciplinar e concertada, englobando os seguintes aspetos:

- Difundir conhecimentos gerais sobre a sexualidade nos adolescentes com base no estudo realizado
- Difundir os principais comportamentos e atitudes de risco prevalentes no estudo realizado
- Promover uma discussão saudável sobre dúvidas entre todos os intervenientes
- Reconhecer a sexualidade como forma de crescimento responsável

- Reconhecer a importância dos afetos e sentimentos pessoais
- Estimular a expressão de opiniões e aceitação mútua face à sexualidade
- Promover o diálogo aberto sobre as ISTs e gravidez indesejada na adolescência
- Refletir sobre o papel dos encarregados de educação e dos professores nesta temática.

Sexualidade... sem tabus!

Objetivo Geral: Identificar e analisar os conhecimentos, comportamentos e traços de personalidade destes adolescentes, procurando-se potenciar os conhecimentos e reduzir os comportamentos sexuais de risco.

População-alvo: Adolescentes da Escola Secundária Emídio Garcia, Escola Secundária de Macedo de Cavaleiros e Escola Secundária de Mirandela.

Objetivos específicos	Atividades	Local	Ações previstas	Data
Sensibilização dos profissionais de saúde (todos os parceiros) para a necessidade de prevenção dos comportamentos sexuais de risco dos adolescentes.	Realização de reuniões de esclarecimento e sensibilização com (todos os parceiros), profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos superiores de saúde) do Centro de Saúde de Santa Maria e Sé, motivando a intervenção nos comportamentos de risco e no controlo da exposição a esses comportamentos no contexto da sua prática clínica quotidiana.	Centros de saúde de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela	2	Jan e mar 2018 e 2019
Sensibilização da comunidade educativa para os comportamentos sexuais de risco e prevenção desses comportamentos nos adolescentes.	Implementação de intervenções no âmbito escolar (sessões de educação para a saúde e atividades), com a população de adolescentes, prevenindo as ISTs e gravidezes indesejadas, promovendo a cessação de comportamentos de risco e motivando uma consciencialização crescente para a redução desses comportamentos.	Escola Secundária de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela	3	Jan a mar 2018 e 2019
Potenciar a comunicação sobre sexualidade entre adolescentes, professores e encarregados de educação.	Execução de ações de sensibilização para docentes e pais/encarregados de educação dos jovens das referidas escolas, abordando os comportamentos sexuais de risco e as vantagens de uma sexualidade saudável que reduza esses comportamentos.	Escola Secundária de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela	3	Abril e maio 2018 e 2019
Desmistificar determinados tabus, preconceitos e mitos associados à sexualidade na adolescência, no âmbito da comunidade.	Realização de sessões de educação para a saúde sobre a temática da sexualidade e malefícios dos comportamentos de risco na comunidade (todas as freguesias do concelho), visando a maior saúde e a redução de ISTs e gravidezes indesejadas.	Distrito de Bragança	3	Maio e junho 2018 e 2019
Desenvolver a divulgação do projeto nos meios de comunicação locais (rádio, jornais, boletins informativos e <i>outdoors</i>).	Divulgação do projeto e sensibilização sobre a temática nos meios comunicação locais (rádio, jornais e boletins) e através de <i>outdoors</i> , podendo envolver as crianças das nossas escolas na realização do material de divulgação.	Distrito de Bragança	-	Ao longo do projeto

6.1. Planeamento das Sessões de Intervenção

Sessão	Área de intervenção	Conteúdos	Formadores	Data	Duração	Local
1	Adolescência	1. Definição e conceito	Laura Aragão (Enfermeira)	Jan a mar 2018 e 2019	2H	Escola Secundária de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela
		2. Fases da adolescência				
		3. Principais mudanças				
		4. Importância do grupo de pares				
2	Conhecimentos sobre sexualidade	1. O que realmente os adolescentes sabem	IPJ, Departamento de Formação Contínua da ULSNE	Jan a mar 2018 e 2019	2H	
		2. Fontes de conhecimento				
		3. O que eles ainda não sabem				
		4. A comunicação como ferramenta eficaz para a construção de conhecimentos				
3	Comportamentos sexuais dos adolescentes	1. O que os adolescentes realmente fazem	Departamento de Psicologia do IPB e Equipa de Saúde Escolar	Abr a jun 2018 e 2019	2H	Autarquias locais
		2. Comportamentos de risco				
		3. Perigos para a saúde				
		4. Como tomar decisões conscientes em matéria da sexualidade				
4	Mudança	1. O que dizem os estudos	Equipa multidisciplinar do UCC e USP Associação de Estudantes	Abr a jun 2018 e 2019	2H	
		2. Como prevenir comportamentos de risco				
		3. Treino de competências de assertividade				
		4. Envolvimento dos encarregados de educação, profissionais de saúde e professores				

7. Avaliação

A avaliação irá ser realizada pela Gestora/Coordenadora do projeto, com base nos indicadores de estrutura, de processo, resultado e desempenho.

Os indicadores de estrutura associam-se aos recursos materiais e humanos que serão avaliados ao longo da implementação do projeto (Tabela 1).

Tabela 1. Indicadores de Estrutura

Indicadores de Estrutura Humanos	Indicadores de Estrutura Materiais
✓ Equipa dinamizadora do projeto;	✓ Material específico para o desenvolvimento das ações de sensibilização;
✓ Professores do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária	✓ Sala de formação/reunião;
✓ Diretores de turma e professores;	✓ Computador portátil;
✓ Formadores externos;	✓ Vídeo projetor;
✓ Encarregados de educação;	✓ Tela de projeção;
✓ Técnicos de saúde (e.g., médicos, enfermeiros).	✓ Papel para impressão dos questionários.

Os **indicadores de processo** que serão tidos em consideração serão apresentados em função das fases que se encontram consignadas para a implementação do programa de intervenção.

Indicadores de processo
▪ Tempo para planeamento de cada atividade
▪ Tempo para realização de cada atividade
▪ Avaliação de cada atividade
▪ Percentagem de ações desenvolvidas
▪ Índice de participação da população-alvo nas atividades

Os **indicadores de resultado** serão avaliados em 2019, através da realização de uma investigação com características idênticas às do presente trabalho.

Indicadores de resultados

- **Conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade**
 - Fontes de informação/conhecimentos
 - Métodos contraceptivos
 - Masturbação e expressão da sexualidade
 - Identificação de ISTs
 - **Comportamentos sexuais dos adolescentes**
 - Relações sexuais/idade de início
 - Utilização de métodos contraceptivos
 - Parceiros sexuais
 - Locais da atividade sexual
 - **Traços de personalidade dos adolescentes**
 - Neuroticismo
 - Extroversão
-

Os **indicadores de desempenho** serão avaliados ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo. Será avaliado o cumprimento das atividades previstas e a participação da população alvo convidada para cada atividade. O indicador de desempenho considerado será a redução de comportamentos sexuais de risco neste concelho, sendo que os critérios de avaliação deste projeto serão:

- Verificar se os objetivos foram atingidos;
- Realizar o diagnóstico de prevalência dos comportamentos de risco da população-alvo;
- Analisar a relação entre os resultados encontrados e os meios mobilizados para os atingir;
- Apreciar em que medida as decisões foram tomadas em tempo útil, obtendo o máximo de efeitos desejados;
- Apreciar a eficácia das estratégias de atuação multidisciplinar e concertada.

Referências Bibliográficas

- Afonso, M. (2011). *Estilos de vida dos adolescentes: Sexualidade e atividade física*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Almeida, A., & Centa, M. L. (2009). A família e a educação sexual dos filhos: Implicações para a enfermagem. *Ata Paulista de Enfermagem*, 22(1), 71-76.
- Almeida, A., Silva, C., & Cunha, G. (2007). Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre SIDA dos adolescentes portugueses do meio urbano e não-urbano. *Revista da Escola de Enfermagem*, 41(2), 180-186.
- Bastos, A. (2003). *Afetividade na adolescência: Sexualidade e educação para os valores*. Lisboa: Edições Paulinas.
- Boekello, B., & Howard, D. (2002). Oral sexual experience among young adolescents receiving general health examinations. *American Journal of Health Behavior*, 26, 306-314.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brás, F. (2012). *Sexualidade na adolescência: Análise da perspetiva do adolescente face à sexualidade*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Brás, M. (2008). *A sexualidade do adolescente: A perspetiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Brook, D., Morojele, N., Zhang, C., & Brook, J. (2006). South African adolescents: Pathways to risky sexual behavior. *AIDS Education and Prevention*, 18(3), 259-272.
- Capellá, A. (2003). *Sexualidades humanas, amor e loucura*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Carter, M., McGee, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: Association with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30, 51-62.
- Cloutier, R. & Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence*. France: Gaëtan Morin.

- Conrad, L., & Blythe, M. (2003). Sexual function, sexual abuse and sexually transmitted diseases in adolescence. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 17(2), 103-116.
- Costa, S. (2015). *Conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e educação sexual de adolescentes do 8º e 10º ano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Despacho n.º 12.045/2006, *Diário da República*, nr.º 110 de 7 de junho.
- Dias, A., Ramalheira, C., Marques, L., Seabra, M., & Cabral, M. (2002). *Educação da sexualidade: No dia-a-dia da prática educativa*. Braga: Edição da Casa do Professor.
- Domingues, M., & Domingues, T. (2007). *Adolescência: Mudança e definição*. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2007/trabalho/aceitos/CC21882553802.pdf>
- Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W.... & Wechsler, H. (2005). *Youth risk behavior surveillance*. United States: Centers for Disease Control and Prevention.
- Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências... adolescentes. *Revista Educação, Ciência e Tecnologias*, 32, 141-162.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - uma ação colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Fortenberry, J., Tu, W., Harezlak, J., Katz, B., & Orr, D. (2002). Condom use as a function of time in new and established adolescent sexual relationships. *American Journal of Public Health*, 92(2), 211-213.
- Galvão, J. (2000). *Um olhar sobre a sexualidade humana: Para uma paternidade responsável*. Lisboa: Edições Paulinas.
- Gomes, A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. Dissertação de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Horta, N., & Sena, R. (2010). Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: Um estudo de revisão. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(2), 475-495.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Anuário estatístico de Portugal – 2014*. Lisboa: INE.
- Jones, N., & Haynes, R. (2006). The association between young people's knowledge of sexually transmitted diseases and their behaviour: A mixed methods study. *Health, Risk & Society*, 8, 293-303.
- Labrie, J., Earleywine, M., Schiffman, J., Pedersen, E., & Marriot, C. (2005). Effects of alcohol, expectancies, and partner type on condom use in college males: Event-level analyses. *The Journal of Sex Research*, 42(3), 259-266.
- Leão, A., & Ribeiro, P. (2012). Educação sexual e formação contínua de professores: Uma estratégia para a prática pedagógica em sala de aula. In F. Teixeira, & J. Nascimento (Coords.), *A educação sexual na escola* (pp. 55-61). Guimarães: Elo 19 - Revista do Centro de Formação Francisco de Holanda.
- Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto, Diário da República, 1ª série, n.º 151.
- Lopes, J. (2006). *Sexualidade dos adolescentes e VIH/SIDA: Conhecer para educar*. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Martins, M. (2010). *Conhecimentos e comportamentos sobre algumas infeções sexualmente transmissíveis dos alunos dos ensinos básicos e secundário de uma escola da área da grande Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical.
- Matos, M., & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., & Equipa do Projeto Social e Saúde (2004). *Risco e proteção*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão: Dados nacionais do estudo HBSC de 2014 - Relatório do Estudo HBSC 2014*. Lisboa: Centro de

Malária e Outras Doenças Tropicais /Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa.

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L.,..... & Equipa Aventura Social (2012). *A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa.

Mendez, R., Hulse, T., & Archer, R. (2002). Multiple partners in the age of AIDS: Self-consciousness theory and HIV risk behavior. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 20, 349-362.

Monteiro, M., & Vasconcelos-Raposo, J. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: Um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 125-136.

Moreira, L. (2011). *Desenvolvimento e crescimento humano: Da concepção à puberdade* (3ª ed.). Salvador: EDUFBA.

Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento e Família.

Parecer n.º 109/2009, Consultado em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf

Prinstein, M., Meade, C., & Cohen, G. (2003). Adolescent oral sex, peer popularity, and perceptions of best friends sexual behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 243-249.

Reis, M., & Matos, M. (2007). Conhecimentos e atitudes face ao uso de métodos contraceptivos e prevenção das ISTs em jovens. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 4(1), 23-35.

Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M. (2012). Jovens e sexualidade. In M. Matos, & G. Tomé (Eds.), *Aventura social: Promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade* (pp. 259-273). Lisboa: Placebo Editora.

- Reis, M., Ramiro, L., Carvalho, M., & Pereira, S. (2009). A sexualidade, o corpo e os amores. In M. Matos, & D. Sampaio (Coord.), *Jovens com saúde – diálogo com uma geração* (pp. 265-282). Lisboa: Texto Editora.
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M., Diniz, J., & Simões, C. (2011). Information and attitudes about HIV/AIDS in Portuguese adolescents: State of art and changes in a four year period. *Psicothema*, 23(2), 260-266.
- Rivero, M., & Fierro, C. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 9(1), 20-24.
- Rodrigues, A. (2010). *Sexualidade na adolescência: Atitudes e conhecimentos sobre métodos contraceptivos*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: ISPA.
- Rodrigues, J. (2002). *Os jovens e a sexualidade*. Coimbra: Centro de Atendimento a Jovens.
- Saito, M., Silva, L., & Leal, M. (2008). *Adolescência: Prevenção e risco*. S. Paulo: Atheneu.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Schimtt, D. (2004). The Big Five related to risky sexual behavior across 10 world regions: Differential personality associations of sexual promiscuity and relationship infidelity. *European Journal of Personality*, 18, 301-319.
- Serrão, D. (2012). Educar a sexualidade ou educar para a sexualidade. In F. Teixeira, & J. Nascimento (Coords.), *A educação sexual na escola* (pp. 75-82). Guimarães: Elo 19 - Revista do Centro de Formação Francisco de Holanda.
- Shearer, C., Hosterman, S., Gillen, M., & Lefkowitz, E. (2005). Are traditional gender role attitudes associated with risky sexual behavior and condom related beliefs? *Sex Roles*, 52 (5-6), 311-324.
- Silva, H., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A., Lopes, A., & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: Desafios de uma nova realidade pediátrica. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 43(1), 8-15.
- Sim-Sim, M. G. (2003). *Ser e parecer sexual na adolescência*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

- Sousa, M. F. (2000). *Sexualidade na adolescência*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Sprinthall, N., & Collins, W. (2009). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Torres, D. (2011). *Conhecimentos de infeções sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos numa amostra de 359 adolescentes do 8º ao 12º ano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Trost, K., Herbst, J., Masters, H., & Costa Jr., P. (2002). Personality pathways to unsafe sex: Personality, condom use and HIV risk behaviors. *Journal of Personality Research*, 36, 117-133.
- Vaz, A. (2011). *Atitudes e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade*. Tese de Doutoramento. Badajoz: Universidad de Extremadura.
- Vilar, D. (2003). Questões atuais sobre educação sexual num contexto de mudança. In L. Fonseca, C., Soares, & J. Machado Vaz (Eds.), *A sexologia - perspectiva multidisciplinar* (pp. 155-183). Coimbra: Quarteto Editora.
- Vilar, D. (2005). *Falar disso - A educação sexual na família dos adolescentes*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Vilar, D., & Ferreira, P. (2010). A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos, fontes e impacto. In F. Teixeira, I. Martins, P. ribeiro, I. Chagas, A. Maia, T. Vilaça... & S. Melo (Org.), *Sexualidade e educação sexual: Políticas educativas, investigação e práticas* (pp. 198-205). Braga: Edições CIED.

Anexo VIII - Relatório de Estágio



Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade
do Centro de Saúde de Bragança - ULSNE



Laura da Conceição Rodrigues Ramos Aragão

Bragança, maio de 2017



Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados da Comunidade
do Centro de Saúde de Bragança - ULSNE



Laura da Conceição Rodrigues Ramos Aragão

Nº 1158

Docente: Professor Doutor Manuel Alberto Brás

Discente: Laura da Conceição Rodrigues Ramos Aragão

Bragança, maio de 2017

*É importante ter metas, mas também é fundamental
planear cuidadosamente cada passo para atingi-las*

Bernardino

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CAD - Centro de Aconselhamento E Detecção VIH/SIDA
CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico
CRI - Centro de Atendimento a Toxicodependentes
CS - Centro de Saúde
CSP - Cuidados de Saúde Primários
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
GASJ - Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil
IPB - Instituto Politécnico de Bragança
IPJ - Instituto Português da Juventude
IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
OMS - Organização Mundial da Saúde
PASSE - Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar
PRESSE - Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAM - Sistema de Apoio Médico
SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS - Serviço Nacional de Saúde
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USP - Unidade de Saúde Pública
VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

Introdução	175
1- Caraterização dos Centros de Saúde de Bragança-Unidades da Sé e Santa Maria.	177
1.1 - Área de Influência	179
1.2 - Constituição da Equipa	179
1.3 - Carteira de Serviços	180
1.4 - Instalações, Equipamentos e Relações Interinstitucionais.....	182
2 - Atividades Desenvolvidas em Estágio	183
3 - Análise Crítica e Considerações Finais	187
Referências Bibliográficas	189
Anexos	190
Anexo I - Sinalização do dia dos namorados	191
Anexo II - Dia Mundial da Luta contra a SIDA	193
Anexo III - Viagem de Finalistas	198
Anexo IV - Dia Mundial da Saúde da Mama	200
Anexo V - Dia Mundial da Luta Contra o Cancro da Mama.....	202
Anexo VI - Panfleto Laço Azul	204
Anexo VII - Panfleto Quedas.....	206
Anexo VIII - Plano de Sessão de Educação e Saúde e Avaliação das Sessões	208
Anexo IX - Apresentações das Ações de Formação	211

Introdução

O estágio permite aplicar, na prática, os conhecimentos teóricos adquiridos, promovendo a responsabilização, o respeito pela ética deontológica, a autonomia, a colaboração pluridisciplinar e a aquisição de novas práticas na prestação de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem comunitária.

Ao longo dos tempos foram sendo constituídos ideais de vida profissionais e pessoais no sentido de encontrar a melhor forma de responder aos desafios que iam surgindo, permitindo pôr em prática os conhecimentos adquiridos e testar a capacidade de os utilizar da melhor forma na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados ao ser humano, sob o ponto de vista holístico.

Os cuidados de Saúde Primários (CSP) são a componente dos sistemas de saúde que mais têm contribuído para a melhoria do estado de saúde da população em todo o mundo. Enquanto pilar essencial do Serviço Nacional de Saúde (SNS), assume importantes funções de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços no sentido de ser garantida, de modo racional e eficiente, a continuidade dos cuidados (Ministério da Saúde, 2011). De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2014) é essencial articular todos os recursos comunitários, enfatizando a saúde como um conceito positivo, que valoriza os recursos pessoais e sociais. Este processo visa aumentar a capacidade das pessoas para agirem sobre os fatores determinantes da saúde individual e coletiva no sentido da adoção de comportamentos promotores de saúde e da criação de ambientes físicos e sociais mais saudáveis.

É fundamental a identificação de problemas, os seus fatores determinantes e as necessidades de saúde da população e de se delinarem abordagens de intervenção apropriadas. Isto implica planear em saúde e não apenas dar resposta à procura de cuidados de saúde. Implica, também, trabalhar com outros setores, articular e estabelecer parcerias, promover a literacia e capacitar, com recurso ao envolvimento e participação das pessoas e estruturas locais nos processos que direta ou indiretamente possam afetar a sua saúde (Ministério da Saúde, 2011).

As principais causas de morbimortalidade evitáveis estão relacionadas com os comportamentos individuais e coletivos e respetivos determinantes, em particular os que

decorrem dos níveis de literacia em saúde dos cidadãos e dos contextos ambientais e sociais em que estes vivem. Neste tipo de abordagem é, portanto, imprescindível a existência de profissionais com competências específicas, nomeadamente em epidemiologia, planeamento e administração de saúde, intervenção comunitária, saúde ambiental e em comunicação interpessoal, social e grupal em saúde, ferramentas com as quais se identifica e caracteriza, planeia e atua com rigor técnico e evidência científica, sobre os problemas de saúde de uma dada população e sobre os determinantes que lhes estão associados. Estes requisitos são essenciais para se delinearem estratégias de intervenção de âmbito populacional. É com este conhecimento da população com quem se pretende trabalhar, dos seus valores e das suas práticas que se torna possível contribuir para uma maior literacia e capacitação em saúde, tal como consignado nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Esta intervenção só é possível se existir envolvimento da própria comunidade, das suas lideranças e organizações representativas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2008; Ministério da Saúde, 2011).

No âmbito da Unidade curricular estágio II - Trabalho de Projeto, que se integra no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Bragança, preconiza-se o desenvolvimento de um relatório de Estágio.

Neste sentido, é de todo pertinente que se realize o estágio numa área tão fulcral como os Cuidados de Saúde Primários, assim, este relatório descreve os caminhos percorridos no estágio, pretendendo ser o relato final de natureza reflexiva das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas.

Neste Estágio desenvolveram-se múltiplas e diversas atividades em diferentes domínios da Enfermagem Comunitária. Numa 1ª fase foi realizado o diagnóstico de saúde de uma comunidade e pretendeu-se avaliar os conhecimentos, comportamentos e traços da personalidade dos adolescentes no seu processo de crescimento sexual de forma saudável, fornecendo informações adequadas de maneira a colmatar os mitos e crenças que possam estar enraizados sobre a adolescência e a sexualidade que deverá ser vivida de uma forma saudável e responsável. Na 2ª fase foi concebido, planeado, realizado e avaliado um projeto de intervenção comunitária “Sexualidade... sem tabus” (mercê do diagnóstico da situação de saúde) com base na metodologia do planeamento em saúde.

O desenvolvimento deste estágio teve subjacente a definição dos objetivos e competências a adquirir, preconizadas no Guia Orientador de Estágio, que se concretiza em contextos da prática através da realização de um projeto individual.

A escolha do local de estágio resultou da temática escolhida e desenvolveu-se de 23 de setembro de 2016 a 10 de fevereiro de 2017, no Centro de Saúde Santa Maria de Bragança. Foi realizado de segunda a sexta em horário pós-laboral, até perfazer a carga horária total de 420 horas, conforme o plano da Unidade Curricular.

A elaboração deste relatório de estágio encerra em si o propósito de organizar e descrever, de uma forma objetiva e sequencial, as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, dar resposta a uma exigência curricular e servir de instrumento de avaliação.

Encontra-se estruturado da seguinte forma: inicialmente apresenta-se a introdução, seguindo-se a contextualização do local de estágio, são descritas, de forma reflexiva as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, com vista à concretização dos objetivos. Termina-se o presente relatório com uma breve reflexão sobre todo o trabalho realizado.

A metodologia para a elaboração deste documento baseia-se na análise descritiva, crítica e reflexiva, utilizando como estratégias/recursos a pesquisa bibliográfica para fundamentação das atividades; a utilização do Guia Orientador de Estágio, o plano de ação da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), os esclarecimentos/orientações da Professora Orientadora visando a orientação científica e a acuidade crítica no decurso do estágio, tendo consciência que, nem sempre é possível transcrever com a perfeição desejada tudo o que foi desenvolvido e a forma científica como foram aplicados os saberes adquiridos.

.

1- Caracterização dos Centros de Saúde de Bragança-Unidades da Sé e Santa Maria

O estágio foi realizado na UCC Domus, que é uma Unidade funcional do Centro de Saúde de Bragança, integrado na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

O Centro de Saúde de Bragança é composto por duas unidades/edifícios:

- A Unidade da Sé, localizada na Rua Engenheiro Amaro da Costa e integra uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a Unidade de Saúde Pública (USP);
- A Unidade de Santa Maria, localizada na Avenida Cidade de Leon e integra duas UCSP e a UCC.

A UCC Domus está sediada na Unidade de Santa Maria. O horário de funcionamento é:

- Dias úteis das 8h00 às 20h00;
- Fins-de-semana e feriados das 9h00 às 17h00 (apenas para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados);
- Outro horário, após as 20h00, apenas em atividades e programas com população-alvo que justifique o horário pós-laboral.

Para além da sua estrutura física na cidade de Bragança, possui também extensões de saúde com local de atendimento em Deilão, Fontes, Izedo, Outeiro, Paredes, Rebordainhos, Rio Frio e Salsas.

A UCC Domus tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo assim, e de um modo direto, para o cumprimento da missão da ULSNE em que se integra. Presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. É uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida. Segundo o plano de ação rege-se pelos seguintes valores e princípios: Ética, Qualidade, Excelência, Criatividade, Inovação, Autonomia, Responsabilidade Social partilhada, Brio Profissional, Reconhecimento, Cooperação, Solidariedade e Trabalho de Equipa.

A UCC Domus orienta a sua ação de acordo com o plano de ação, o regulamento interno e a carta de qualidade, tendo em consideração o rigoroso cumprimento de atividades de promoção, proteção da saúde, prevenção e controlo da doença. Concomitantemente tem definido um plano de formação e de melhoria contínua, contemplando a articulação com as outras unidades funcionais da ULSNE, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e outras instituições/parcerias comunitárias.

1.1 - Área de Influência

A área geográfica de intervenção da UCC corresponde à área do concelho de Bragança, considerado um dos concelhos de maior dimensão do país, com uma superfície territorial aproximada de 1.174Km², repartida em 39 freguesias, contando com 35.341 habitantes, possibilitando o trabalho intersectorial em projetos de parceria com autarquias, escolas e instituições comunitárias.

Assim, a população abrangida por esta unidade funcional corresponde à população residente, estudante e trabalhadora da área de influência do Centro de Saúde (CS).

O CS de Bragança tem aproximadamente 37.004 inscritos, dos quais 14.041 utentes estão inscritos na Unidade da Sé e 22.963 na Unidade Santa Maria.

A faixa etária dos utentes inscritos no Centro de Saúde de Bragança é característica de uma população adulta/envelhecida. A natalidade diminui bastante enquanto a mortalidade é baixa. Ocorre um crescimento demográfico baixo e uma esperança de vida elevada.

1.2 - Constituição da Equipa

Quando se fala de equipa fala-se de um pequeno núcleo de profissionais, do sentido de pertença, de uma cultura e intencionalidade comuns, de vontade de adesão, enfim da qualidade da ligação interpessoal, de pessoas coordenadas por um líder que se assuma como coordenador do processo e não de pessoas. A perspetiva de trabalho em equipa multidisciplinar potencia as competências de cada grupo profissional e contribui, em complementaridade, para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional

estável, promotora de uma resposta integrada, de maior diferenciação e resposta da às necessidades em cuidados de saúde da comunidade que serve (Ministério da Saúde, 2011).

É fundamental uma boa articulação, não só com todos os profissionais e unidades funcionais do CS, como também com os que integram a Rede Social, no sentido de rentabilizar esforços e potenciar respostas que cada um, individualmente, não conseguiria atingir, de forma a assegurar cuidados integrados, atempados e de qualidade aos cidadãos.

Os profissionais que integram a UCC Domus reúnem competências e estão motivados para desenvolver atividades de intervenção comunitária em cooperação com os vários setores comunitários, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar, com alguns profissionais a trabalhar a tempo inteiro e outro a tempo parcial.

A constituição da equipe é a seguinte:

- 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (sendo uma a coordenadora da UCC)
- 5 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária
- 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetra
- 1 Assistente Operacional

A tempo parcial:

- 1 Médico
- 2 Técnicos de Serviço Social
- 1 Psicóloga
- 1 Nutricionista
- 1 Dentista

1.3 - Carteira de Serviços

A carteira básica da UCC Domus teve por base o artigo 9.º do Despacho nº 10143/2009. Todas as atividades a desenvolver têm o seu alicerce no diagnóstico de saúde da comunidade, nas estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde e nos programas em desenvolvimento, tal como consignado nas competências específicas do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Integram-se no plano de ação da ULSNE, em estreita articulação com todas as unidades funcionais do Centro de Saúde designadamente: UCSP, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e USP, bem como com a Equipa Coordenadora Local (ECL), o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), no âmbito da RNCCI, e em consonância com as orientações técnicas do conselho clínico.

Atualmente fazem parte da carteira básica de serviços:

- ❖ Saúde Escolar
 - Gabinete de Apoio ao Aluno
 - Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE)
 - Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE)
 - Saúde Oral
 - Saúde Mental
 - Crescer em segurança: Prevenção de acidentes
 - Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil (GASJ)
 - Gabinete de Saúde
- ❖ Projeto Nacional de Saúde Reprodutiva
 - “Nascer Saudável”
 - “Amamentar dá Saúde”
 - “Laços de Ternura”
- ❖ Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco/Comissão Proteção Crianças e Jovens
- ❖ Intervenção Precoce
- ❖ Programa Nacional da Pessoa Idosa
 - Envelhecer Ativo
 - Entardecer no concelho de Bragança
 - Acidente Vascular Cerebral (AVC): Reabilitar e Readaptar
 - Respire Qualidade de Vida
- ❖ Núcleo Local de Inserção/Rendimento Social de Inserção

- ❖ Rede social
 - SOS Cuidador - Famílias de Acolhimento
- ❖ Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

1.4 - Instalações, Equipamentos e Relações Interinstitucionais

A UCC Domus está localizada no rés-do-chão da Unidade de Santa Maria, possuindo gabinetes de trabalho equipados. Possui 4 gabinetes de enfermagem; 1 local de armazenamento dos materiais necessários à atividade diária; 2 casas de banho, 1 sala de espera e, ainda, 2 salas de preparação ao parto psico-profilático, uma na Unidade da Sé e outra na Unidade de Santa Maria.

As instalações da UCC são dotadas de equipamentos necessários ao trabalho de qualidade dos profissionais.

Relativamente às aplicações existentes, possui acesso aos programas informáticos: SClínico e Sistema de Apoio Médico (SAM).

A UCC tem fortes relações interinstitucionais com entidades externas, públicas e privadas: Camara Municipal, Agrupamentos de Escolas, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Instituto Politécnico de Bragança (IPB), Instituto Português da Juventude (IPJ), Cento de Atendimento a Toxicodependentes (CRI), Centro de Aconselhamento e Detecção de Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA - CAD) e Juntas de Freguesia.

A equipa da UCC desenvolve a sua atividade na comunidade, em articulação/ligação, complementaridade e partilha de cuidados e informação com as equipas de outras unidades funcionais do CS de Bragança (UCSP, USP, URAP), e com a ECL, no âmbito da RNCCI e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, bem como, em articulação com os parceiros da comunidade, cooperação entre todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde.

2 - Atividades Desenvolvidas em Estágio

Neste ponto pretende-se fazer uma descrição de todo o trajeto de aprendizagem, bem como de enriquecimento pessoal e profissional das atividades desenvolvidas ao longo do estágio tendo em conta os objetivos preconizados no Guia Orientador de Estágio e simultaneamente, refletir sobre todas as experiências vivenciadas ao longo deste.

Ao longo do estágio em Cuidados de Saúde Primários, foi possível prestar cuidados no âmbito desta prática especializada com competência científica, técnica e relacional, a pessoa e/ou comunidade.

Colaboramos em conjunto com outro aluno de Mestrado em Enfermagem Comunitária, João Pedro, sempre que possível no GASJ e no Instituto Português do Desporto e da Juventude (IPDJ), com a Enf.^a Olívia Maria, onde são dinamizadas as consultas no âmbito do Planeamento Familiar, nomeadamente o apoio e esclarecimento de dúvidas no âmbito da vivência da sexualidade saudável, fornecimento de contraceptivos, realização de Diagnóstico Imunológico da Gravidez, encaminhamento para Interrupção Voluntária da Gravidez, encaminhamento para consultas de especialidade e outros recursos diferenciados. Esclarecimento e apoio no âmbito dos comportamentos de risco e na adoção de Estilos de Vida Saudáveis, como a prática de exercício físico e recursos da comunidade para jovens com adição de substâncias que conduzem a comportamentos de risco a nível sexual.

Este apoio é concedido todas as quintas-feiras, das 14h30 às 16h30, sendo que a população abrangida se refere a jovens até aos 30 anos, de toda a comunidade e também os jovens da comunidade educativa.

Participamos igualmente nas sessões de educação para a Saúde Escolar, organizadas pela orientadora Enf.^a Olívia Maria, semanalmente ou sempre que se justificasse, as quais assistimos e colaboramos na ministração de ensinamentos nos gabinetes de apoio ao aluno, esclarecendo dúvidas a crianças e jovens estudantes na adoção de comportamentos saudáveis. Nas consultas dos adolescentes, mesmo sem desejo expresso, era facilitado o atendimento a sós assegurando a privacidade e confidencialidade da consulta, com o funcionamento do Gabinete do Aluno, o que tornou interessante verificar o trabalho que se desenvolve, em parceria com estes

adolescentes, com o objetivo de promover a sua integração na comunidade escolar, procurando melhorar o seu quotidiano.

Durante o mês de fevereiro foram realizadas sessões de sensibilização e distribuição de panfletos na Escola Secundária Emídio Garcia para sinalização do dia em questão (dia dos namorados) e promoção do Gabinete do Aluno, como recurso de apoio às suas necessidades em ambiente escolar. O Gabinete do Aluno é, também, um espaço onde os adolescentes se podem dirigir e expor dúvidas ou problemas pessoais e/ou escolares (Anexo I).

Ainda neste contexto, colaboramos na sensibilização e distribuição de panfletos na comunidade educativa da Escola Secundária Emídio Garcia, alusivos à temática Sinalização do Dia Mundial da Luta contra a SIDA (semana de 3 a 6 de janeiro), juntamente com um colega de Mestrado, que incluiu não só a sensibilização para comportamentos de risco no âmbito da Sexualidade, mas também na adoção de Estilos de Vida Saudáveis (Anexo II).

Participamos ainda na sensibilização ao grupo de alunos finalistas do 12º ano, visando a viagem de finalistas, em conjunto com a Associação de Estudantes da Escola Secundária Emídio Garcia. Foram distribuídos *kits* com informação no âmbito dos comportamentos de risco (ao nível da sexualidade e do consumo de substâncias) e com material de proteção. Esta atividade foi realizada em conjunto com a responsável pela Saúde Escolar da respetiva escola, com a Enf.^a Olívia Maria e com o colega de Mestrado, tendo sido designada de “A diversão é o elemento mágico da vida” (Anexo III).

De realçar também a participação nas atividades relacionadas com a temática da Sexualidade e dos Estilos de Vida Saudáveis, colocação de *Placards* na escola para a recolha de mensagens, visando a sensibilização de toda a comunidade educativa.

Participamos ainda na realização de um Seminário com a colaboração da Saúde escolar, iniciativa Outubro Rosa, Dia Mundial da Saúde da Mama (Anexo IV), Dia Mundial da Luta Contra o Cancro da Mama (Anexo V), assim como no programa “Preparação para a Parentalidade”, sob a responsabilidade da Enf.^a Especialista Conceição Tomé, em duas aulas práticas e teóricas por semana onde se adquirem novas competências na área de saúde materna.

Foram ainda distribuídos panfletos dedicados à prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens, designando-se esta atividade de “Laço Azul” (Anexo VI).

Foi ainda realizada uma Ação de Formação, onde colaboramos na aldeia de S. Julião de Palácios no dia 26-04, juntamente com mais dois alunos do Mestrado em Enfermagem Comunitária, sob orientação da Enf.^a Cristina Fernandes, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, sob o tema “Quedas” (Anexo VII). Esta experiência teve bastante adesão por parte dos participantes, tornando-a numa experiência bastante dinâmica pois, em simultâneo, realizaram-se procedimentos de enfermagem como a verificação de sinais vitais (pulso e tensão arterial), glicemia capilar e referências pertinentes a hábitos de vida saudável.

A participação no Dia Mundial da Saúde foi uma atividade muito positiva, uma vez que permitiu observar o relacionamento interpessoal entre os diversos elementos a exercer funções nessa unidade de CSP.

Foi realizada uma Sessão de Sensibilização no âmbito do programa PRESSE com o tema “Métodos Contracetivos” ao 10º ano na Escola Secundária Emídio Garcia, sob a orientação e colaboração da Enf.^a Olívia Maria, tendo esta sessão tido bastante adesão dos participantes, tornando-a numa experiência enriquecedora (Anexo VIII).

Participamos igualmente na realização de Sessões de Sensibilização com o CRI, intituladas “Estilos de Vida não Saudáveis/Consumo de Substâncias Psicoativas”, na Escola Secundária Emídio Garcia (Anexo IX), em conjunto com o colega de Mestrado João Rebelo, e sob a orientação da Enf.^a Responsável, Olívia Maria. No sentido de se refletir sobre esta atividade e a sua eficácia/pertinência num processo contínuo de aperfeiçoamento, foram realizadas avaliações através de um questionário que foi aplicado antes e depois da sessão, com o objetivo de avaliar a aquisição de conhecimentos e os formadores (Anexo IX). Desta avaliação ressaltou que todos os participantes referiram que as sessões foram claras na apresentação e exposição dos conteúdos, correspondendo às suas expectativas e que os formadores transmitiram os conteúdos de forma clara e concisa. Referiram que os temas abordados foram interessantes e úteis; que o conteúdo das sessões de formação foi adequado e que o tempo de duração desta foi adequado aos objetivos e conteúdos.

Para além destas atividades, o estágio assentou, essencialmente, na elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade e no estabelecimento de um projeto de intervenção comunitária, mercê do diagnóstico da situação de saúde.

Após elaboração do diagnóstico de saúde, desenhou-se um projeto de intervenção comunitária com vista à resolução dos problemas identificados, ao qual se deu o nome de “*Sexualidade...sem tabus*”. Fazia todo o sentido desenvolver um projeto que contribuísse, de algum modo, para a melhoria da oferta de cuidados à população, que pudesse ter continuidade no futuro contribuindo ativamente e de forma sustentada para o desenvolvimento da enfermagem comunitária e que não fosse um simples cumprimento de uma exigência curricular.

O projeto de intervenção “*Sexualidade... sem tabus*” visa, essencialmente, corrigir e aperfeiçoar os conhecimentos e comportamentos dos adolescentes do ensino secundário de uma escola de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela, intervindo ao nível do controlo dos condicionantes e determinantes, riscos e danos, através de uma correção adequada e atempada, procurando, assim, a obtenção de ganhos em saúde, acrescentado mais vida aos anos.

O projeto contempla intervenções específicas no âmbito da prevenção e promoção de uma sexualidade saudável; procura promover a escolha informada e o desenvolvimento de habilidades e competências na gestão dos processos de conhecimentos/comportamentos, através de sessões de Educação para a Saúde e rastreio de fatores de risco para a sexualidade saudável.

Para Watson (2002) a prestação de cuidados de enfermagem passa pela (...) “responsabilidade ética e social, tanto para o individuo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades de cuidados da sociedade no presente e no futuro” (p. 39)

O enfermeiro deverá ser o agente que identifica, diagnostica e avalia as necessidades primárias do utente/cliente, colaborando nesse primeiro momento, para estabelecer uma relação empática para que os cuidados sejam prestados e aceites com o objetivo de promover a saúde e autonomia do utente.

A execução dos procedimentos técnicos de enfermagem pautou-se pelo conhecimento teórico-prático do percurso académico e profissional, bem como através da colaboração da equipa multidisciplinar do CS onde o estágio decorreu.

3 - Análise Crítica e Considerações Finais

Este Relatório permitiu a descrição das atividades desenvolvidas durante a unidade curricular do Estágio, bem como operacionalizar as competências adquiridas ao longo do mesmo. Durante este período foi possível constatar a abrangência do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, que assenta nas competências de prevenção e de promoção de estilos de vida saudáveis.

A importância da elaboração deste Relatório de Estágio constitui um facto importante, de tal modo que se tornou numa realidade possível. Sendo este Estágio um processo de experiências de aprendizagem pessoal extremamente relevante numa área tão difícil como a intervenção numa comunidade escolar de adolescentes, consideramos que o mesmo foi muito produtivo para o nosso desenvolvimento e crescimento profissional.

Enquanto Estágio em contexto prático de trabalho, particularmente numa área diferente da que se exerce profissionalmente, foi bastante produtivo, pois permitiu enriquecer os saberes adquiridos e adquirir novos conhecimentos sobre a realidade dos cuidados de saúde primários, particularmente na promoção da saúde e prevenção da doença dos indivíduos, família e comunidade em contexto de CS.

Na elaboração deste Relatório sentiu-se alguma dificuldade em descrever de forma sistemática e objetiva as atividades desenvolvidas no período de tempo em que decorreu o Estágio, dada a complexidade e amplo campo de ação da enfermagem comunitária.

Certamente o êxito deste relatório e deste estágio dependeu não só do compromisso individual, mas também dos condicionalismos das unidades e apoio de toda a equipa, que seguramente foram um grande contributo.

Consciente do crescimento e motivação para o aprofundar de novos conhecimentos, pretendeu-se com a elaboração deste Relatório, como já foi referido anteriormente, atender às exigências curriculares, servir como elemento de avaliação, mas também contribuir para o enriquecimento pessoal e profissional, uma vez que implicou o

pensamento, a capacidade de autoanálise e uma reflexão sobre aquilo que se desejou alcançar neste estágio e, assim, evoluir cada vez mais para uma maior capacitação, quer de competências pessoais, quer de competências especializadas.

Por tudo o que se referiu, acredita-se que ao longo deste Estágio foram consolidadas as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, nomeadamente estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidade; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Referências Bibliográficas

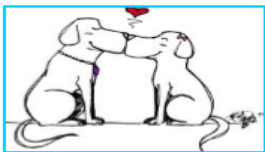
- Administração Central do Sistema de Saúde (2014). *Metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários no ano de 2014*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho n° 10143/2009, *Diário da República*, 2.^a série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009
- Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (2016/2017). *Guia de Orientação do Estágio de Ensino Clínico - Cuidados de Saúde Primários*. Bragança: Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança.
- Ministério da Saúde (2011). *Orientações para a organização e funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2008). *Agrupamento de Centros de Saúde Unidade de Cuidados Saúde Personalizados*. Consultado em: http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_94/ACES_UCSP.pdf
- OMS (2008). *Agora mais que nunca. Relatório Mundial de Saúde*. Cuidados de Saúde Primários. Consultado em 03 de março de 2017. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Unidades de cuidados na comunidade: Presente com Futuro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento Competencias Comunitaria Saude%20Publica_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf* <https://virtual.ipb.pt/access/content/group/1b488b10-5ace-11e5-8aec-000c293e4489/>
- Watson. J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I - SINALIZAÇÃO DO DIA DOS NAMORADOS

Promoção do Gabinete do Aluno (fevereiro, 2017)

O Dia dos Namorados é celebrado, em Portugal, anualmente a 14 de fevereiro. Também conhecido como o dia de São Valentim ou dia dos Afetos e é um dia especial para os apaixonados.



No entanto, o nosso conselho é que se faça com que todos os dias sejam especiais... com pequenos gestos que não fazem perder essa sensação!



O Gabinete de Apoio ao Aluno é um espaço de ajuda onde, através de sessões individualizadas e totalmente confidenciais, podes abordar esta e outras temáticas, por exemplo...

- Dificuldades nas relações interpessoais e familiares;
 - Questões relativas à sexualidade;
 - Necessidade de clarificar as tuas opções e decisões sobre escolhas;
- (Entre outros assuntos que pretendas ver desenvolvidos!)

Horário de atendimento:
Quarta-feira: 09:30h-12:30h

Dia de São Valentim

14 de fevereiro



Um dia especial... um Dia de Afetos!



Colaboração de alunos do 12º ano:
Prof. João Rebelo
Enf. Laura Araújo

Como sabes, nas relações entre as pessoas existem várias formas de se mostrar AFETO por a alguém que nos é especial. Tenta descobrir na sopa de letras alguns valores importantes nas relações de partilha de afeto... como o **namoro**.

Dia de São Valentim

K	P	A	J	T	N	L	Y	X	X	H	P	T	D	V	D	Ñ	M
I	G	X	M	I	M	O	V	M	D	T	I	G	M	G	C	Ñ	O
J	G	E	L	E	V	W	M	A	Y	W	B	C	C	M	P	X	J
Z	Q	E	D	A	D	I	L	I	B	A	S	N	O	P	S	E	R
K	B	D	A	L	V	M	C	I	E	N	K	Y	Z	B	R	U	Z
C	L	Q	G	R	E	O	H	N	I	R	A	C	A	Ñ	B	J	Ñ
U	O	P	E	Z	D	C	U	B	V	I	T	R	Ñ	J	A	C	S
M	T	O	D	S	Y	T	J	V	M	X	A	M	O	R	I	M	E
P	I	G	A	Z	Y	E	E	G	C	E	H	J	A	A	H	C	N
L	E	M	Z	L	X	D	L	R	O	S	O	S	I	R	R	O	S
I	P	G	I	J	K	A	R	D	N	I	T	C	E	E	T	Z	A
C	S	S	M	T	T	Q	A	F	U	N	J	H	Y	U	I	T	
I	E	V	A	Z	P	I	R	K	I	S	R	O	P	Ñ	D	H	E
D	R	U	N	T	O	C	T	Y	A	R	A	A	E	G	Ñ	T	Z
A	V	Ñ	T	N	E	I	V	M	N	S	G	K	V	N	K	J	B
D	K	L	M	A	A	L	T	M	Ñ	I	Ñ	E	Y	P	X	F	G
E	T	Z	F	I	K	E	Q	K	S	T	Z	J	L	H	G	N	P
R	R	E	T	A	P	F	S	Q	A	W	A	R	L	A	E	Q	K
S	T	V	A	H	L	I	T	R	A	P	P	V	U	F	Z	W	Y
O	E	A	H	L	S	L	V	I	L	K	O	L	F	B	P	R	K



AFETO
ALEGRIA
AMIZADE
AMOR
CARINHO
CONFIANÇA
CUMPLICIDADE
FELICIDADE
MIMO
PARTILHA
RESPEITO
RESPONSABILIDADE
SENSATEZ
SORRISOS
TERNURA

Atenção...

Nos relacionamentos interpessoais não há fórmulas de sucesso! No entanto, deves ficar atento se fores vítima de: Ciúme, Violência, Submissão, Agressividade, Lágrimas, Fúria ou qualquer tipo de Maus tratos...



Se sentires necessidade podes vir esclarecer dúvidas, receber aconselhamento ou ajuda no gabinete do aluno. Onde toda a informação, com sabes, é sujeita a confidencialidade.

É confidencial!

ANEXO II - DIA MUNDIAL DA LUTA CONTRA A SIDA

(Semana de 3 a 6 de Janeiro)


Fale sobre VIH - Faça o teste!



FALE SOBRE VIH FAÇA O TESTE!

DGS desde 1999
Direção-Geral da Saúde

Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA



Sabia que:

- ▶ Em Portugal, cerca de metade das pessoas com infeção pelo VIH são diagnosticadas tarde.
- ▶ O diagnóstico tardio aumenta a morbilidade e risco de mortalidade da pessoa infetada e a probabilidade de transmissão da infeção a outras pessoas.
- ▶ Estima-se que 1 em cada 3 pessoas infetadas com o VIH desconhece que está infetada.
- ▶ Uma pessoa com a infeção pelo VIH pode permanecer sem sintomas ou sinais durante muitos anos.
- ▶ O diagnóstico precoce e tratamento a tempo permitem uma esperança e qualidade de vida semelhante à população geral.

A única forma de saber se está infetado com o VIH é através de um teste específico!

Faça o teste

O teste ao VIH:

- ▶ Pode ser feito nos Centros de Saúde, nos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD) ou em Centros Comunitários.
- ▶ É voluntário, gratuito e confidencial.

Para a realização do teste rápido para o VIH, basta uma gota de sangue do dedo ou saliva. O resultado é disponibilizado em 30 minutos ou menos.

Se o resultado for "não reativo" significa que não está infetado. Contudo, se tiver tido um comportamento de risco recente, pode ser necessário repetir o teste passado algumas semanas.

Se o resultado for "reativo" significa que pode estar infetado. Neste caso, deverá efetuar um teste confirmatório e ser referenciado para uma consulta de especialidade.

O tratamento está disponível na consulta hospitalar da especialidade e é gratuito!

Decidir fazer o teste do VIH/SIDA não é fácil, mas pode salvar a sua vida e a de outras pessoas.

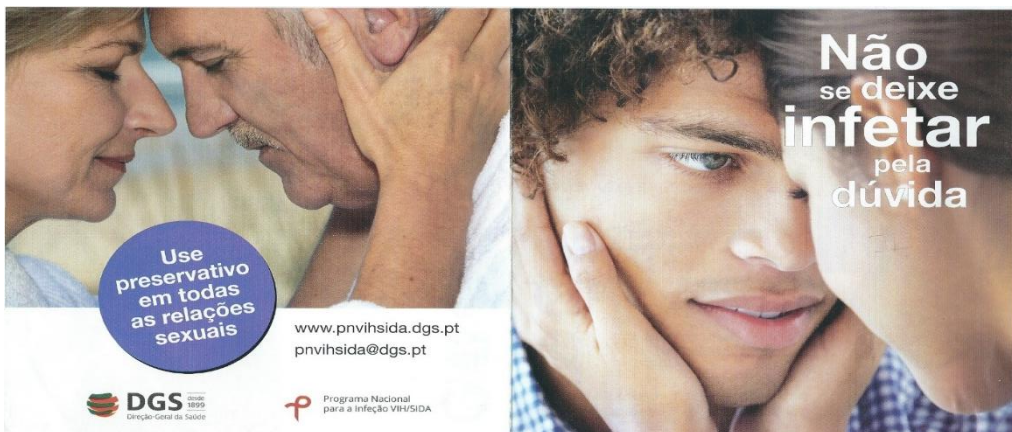
O teste é um direito seu! Ninguém o pode obrigar a fazê-lo!

O resultado do teste é confidencial. É você quem decide com quem partilhar o resultado.

Saiba onde pode fazer o teste em:
www.pnvihsida.dgs.pt
pnvihsid@dgs.pt

Consulte o seu médico assistente

Não se deixe infectar pela dúvida



Use preservativo em todas as relações sexuais

www.pnvihsida.dgs.pt
pnvihsida@dgs.pt

DGS 2006 18070
Direção-Geral da Saúde

Programa Nacional para a infeção VIH/SIDA

Não se deixe infectar pela dúvida



A **SIDA** – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, é uma doença provocada pelo VIH – Virus da Imunodeficiência Humana, que ataca o sistema imunitário do organismo, destruindo a sua capacidade de defesa em relação a muitas doenças.

O VIH TRANSMITE-SE ATRAVÉS DE:

- Relações sexuais sem preservativo
- Seringas, agulhas ou material cortante com sangue infetado
- Mãe/filho durante a gravidez, parto ou amamentação.

Basta um comportamento de risco para se poder ficar infetado pelo VIH.

O VIH NÃO SE TRANSMITE ATRAVÉS DE:

- Aperto de mão, abraços e beijos
- Partilha de pratos, talheres ou copos
- Roupa
- Conversas ou contactos sociais
- Tosse ou espirros
- Picada de insetos
- Uso de casas de banho

Use preservativo em todas as relações sexuais

Profilaxia pós Exposição

O RISCO DE TRANSMISSÃO DO VIH É PARTICULARMENTE ELEVADO NAS PRIMEIRAS SEMANAS DE INFEÇÃO, OU SEJA, NA PRIMO-INFEÇÃO.

PPE

PODE IMPEDIR A INFEÇÃO PELO VIH.

TEM DE SER INICIADA O MAIS RÁPIDAMENTE POSSÍVEL, NAS PRIMEIRAS 72 HORAS, DEPOIS DE UMA RELAÇÃO SEXUAL SEM PRESERVATIVO OU SE O MESMO REBENTAR.

APENAS DISPONÍVEL NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO.

CONSISTE NA TOMA DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS DURANTE 4 SEMANAS.

TEM EFEITOS SECUNDÁRIOS.

PODE NÃO FUNCIONAR.

PROFILAXIA

Tratamento para impedir uma infeção

PÓS
Depois

EXPOSIÇÃO

Uma situação na qual o VIH pode entrar no sangue

assim...

PPE

Tratamento para evitar a infeção pelo VIH após a exposição a este vírus

MAS, SE O VÍRUS JÁ ENTROU, NÃO É DEMASIADO TARDE? JÁ NÃO ESTAMOS INFETADOS?

Não. Mesmo depois de o vírus entrar no organismo demora algum tempo (algumas horas ou dias) até provocar infeção. Se atuarmos rapidamente, existe a possibilidade de impedir a infeção.

COMO É QUE A INFEÇÃO PODE SER EVITADA?

A toma de 2 ou 3 medicamentos todos os dias durante 4 semanas pode impedir que o VIH se instale permanentemente no nosso organismo. Atenção: a PPE não é como a pilula do dia seguinte, que só se toma uma vez; é uma medicação que tem de ser tomada durante um mês.

ENTÃO, SE FIZERMOS A PPE, NÃO FICAMOS INFETADOS PELO VIH?

Existem estudos que mostram que alguém que tome a PPE tem menor probabilidade de ficar infetado pelo VIH. Mas a PPE nem sempre funciona - algumas pessoas infetaram-se apesar de terem tomado a medicação antirretroviral. Pode não funcionar porque alguns medicamentos antirretrovirais não atuam contra alguns tipos de VIH. E é mais provável que não funcione se for tomada incorretamente e/ou tarde de mais.

QUANDO INICIAR?

Quanto mais cedo melhor (questão de horas). Quanto mais tempo passar, menor é a probabilidade de funcionar. Normalmente, depois de 3 dias, a PPE já não é administrada, porque existem estudos que mostram que é pouco provável que funcione.

OS MEDICAMENTOS DA PPE SÃO OS MESMOS QUE AS PESSOAS INFETADAS PELO VIH TOMAM?

Sim, é a mesma combinação de medicamentos.

PODEMOS CONSIDERAR A PPE COMO A CURA PARA O VIH?

Não há cura para a infeção pelo VIH. A PPE pode apenas impedir a infeção se for tomada logo depois da entrada do VIH no organismo, antes de o vírus se instalar permanentemente - nas primeiras 72 horas (3 dias). Quando o vírus se instala no organismo e a infeção se estabelece, os medicamentos antirretrovirais não conseguem remover o vírus. Isto porque o vírus já se alojou em partes do corpo onde os medicamentos não conseguem chegar. Assim, depois de o vírus infetar permanentemente o organismo, os medicamentos antirretrovirais podem apenas controlar a infeção, mas não podem removê-la.

A PPE TEM EFEITOS SECUNDÁRIOS?

Sim. Pode provocar diarreia, dores de cabeça, enjoos e vômitos. Devido aos efeitos secundários, algumas pessoas não conseguem trabalhar ou estudar, e por vezes não conseguem completar as 4 semanas de medicação.

ONDE TEMOS DE IR PARA RECEBER A PPE?

Ao serviço de urgência de um hospital público, o mais rapidamente possível, depois de uma relação sexual sem preservativo ou se o mesmo rebentou. O médico de família não pode prescrever a PPE.

A PPE É DADA EM TODOS OS CASOS?

Não. Os médicos têm indicadores para decidir se a PPE deve ser administrada ou não, dependendo de cada caso. O médico fará perguntas acerca do que aconteceu, do tipo de prática sexual envolvida, quando e com quem, e depois decide se a PPE está indicada ou não.

QUAIS AS PERGUNTAS QUE OS MÉDICOS FAZEM QUANDO ALGUÉM PEDE A PPE?

- Quem foram as pessoas envolvidas e se estão infetadas pelo VIH ou não.
- O tipo de prática sexual – ex: anal, vaginal, oral – e se houve ejaculação.

Antes de iniciar a PPE, tem de ser feito um teste de rastreio do VIH para verificar se a pessoa já está infetada. Este teste tem de ser repetido depois de terminada a PPE para verificar se resultou ou não.

E SE NÃO CONSEGUIR CHEGAR À URGÊNCIA DO HOSPITAL ANTES DAS 72 HORAS?

Normalmente, se já tiverem passado 72 horas, a PPE não será administrada. Por isso, é importante ir imediatamente ao serviço de urgência de um hospital.

SE TOMARMOS A PPE, PODEMOS DESENVOLVER RESISTÊNCIAS AOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS, COM RISCO DESTES NÃO FUNCIONAREM SE FORMOS INFETADOS MAIS TARDE?

Não. É o vírus que se torna resistente aos medicamentos e não o organismo. Se a PPE funcionar, o vírus não ficará resistente porque é eliminado. Assim, se alguém for infetado com o VIH mais tarde e precisar de tomar os medicamentos antirretrovirais, não importa se tomou ou não a PPE no passado. Mas se a PPE não funcionar e ocorrer infecção, o vírus pode vir a desenvolver resistência a certos medicamentos, incluindo àqueles que foram usados na PPE.

SE ALGUÉM TOMAR A PPE, TORNA-SE IMUNE AO VIH DEPOIS DO TRATAMENTO?

Não. A PPE não dá imunidade ao VIH. Se alguém tomou a PPE e continuou ser negativo para o VIH, tem a mesma probabilidade de ficar infetado pelo VIH que uma pessoa que nunca tenha tomado a PPE.

AGORA QUE EXISTE A PPE, É ASSIM TÃO GRAVE NÃO USAR PRESERVATIVO?

É. O uso do preservativo continua a ser essencial, porque:
- É muito mais provável conseguir evitar a infeção pelo VIH com um preservativo do que com a PPE.
- Os preservativos não têm efeitos secundários como a PPE.
- Consegue-se arranjar preservativos em todo o lado. Ter acesso à PPE pode ser difícil e por vezes impossível.
- Precisamos de preservativo apenas durante a relação sexual. A PPE tem de ser tomada durante 4 semanas.
- O uso do preservativo é controlado pela própria pessoa. No caso da PPE são os médicos que decidem e podem dizer que não.
- O preservativo protege contra as outras infeções sexualmente transmissíveis.

QUANTAS VEZES SE PODE TOMAR A PPE?

São os médicos que decidem quem deve tomar a PPE, e é pouco provável que estes medicamentos sejam dados à mesma pessoa repetidamente. Assim, alguém que tenha sexo desprotegido constantemente poderá receber aconselhamento para perceber a importância do uso do preservativo.

SE EU OU ALGUÉM COM QUEM EU TENHA TIDO SEXO TIVER UMA SITUAÇÃO DE RISCO, O QUE DEVO FAZER?

Ir imediatamente ao serviço de urgência de um hospital público.

ANEXO III - “VIAGEM DE FINALISTAS”

(2017)

**“A diversão
é o elemento
mágico da
vida!”**

(Barbara Dammann)



**Student
travellers**

**BOA
VIAGEM!**



**VIAGEM DE
FINALISTAS
2017**



Equipa de Saúde Escolar

Com a colaboração dos alunos de
Mestrado: João Pedro e Laura Aragão

**Sexo/Gravidez/ IST(s)
conselhos...**

- Como sabes, algumas substâncias como os calmantes, o tabaco, drogas e o álcool têm também efeitos sobre a gravidez e contraceção;
- Sob o efeito de drogas pode não ser fácil dizer “não”!
- Estas substâncias podem ainda ... colocar uma pessoa em risco e torna-la mais vulnerável à probabilidade de contrair doenças de transmissão sexual e de uma gravidez não desejada ou até de situações de abuso sexual;



- Não te esqueças que o preservativo é o único método que te protege simultaneamente de uma gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis.

**Álcool e Drogas...
conselhos**

- Verifica sempre se as garrafas se encontram seladas;
- Não abandones o teu copo e vê a preparação da tua bebida;
- Mantém a mão sobre o copo;
- Não aceites bebidas de estranhos;
- Não bebas de copos “perdidos”;
- Se ingerires álcool:
 - não mistures álcool com medicamentos ou drogas;
 - evita beber álcool sem nada no estomago;



- Bebe água em intervalos regulares.

**Comportamentos de
Risco... conselhos**

- Tem atenção às instalações do teu hotel e cumpre as regras e regras pedidas;
- Informa-te das leis do país para onde vais viajar, pois estas podem ser diferentes;
- Tem comportamentos seguros e responsáveis na via pública;
- Tenta andar sempre em grupo e não fales com estranhos.



- Evita zonas perigosas, em especial, quando beberes em demasia;
- Não deixes nenhum colega para trás ou sozinho;
- Combina um ponto de encontro com toda a gente para o fim da noite.

ANEXO IV - DIA MUNDIAL DA SAÚDE DA MAMA

(outubro 2016)




ULS Nordeste associou-se à iniciativa Outubro Rosa



ANEXO V - DIA MUNDIAL DA LUTA CONTRA O CANCRO DA MAMA

(outubro, 2016)



LIGA PORTUGUESA
CONTRA O CANCRO
Núcleo Regional do Norte
Delegação de Bragança

**Centro de Saúde
SANTA MARIA
Bragança**



Telef: 273 302 626 - Ext.: 102
Telef: 937 315 899
E-mail: ligavencerviver@hotmail.com

**VENCER
e VIVER**

Vencer e Viver é um Movimento de apoio para todas as mulheres, desde o momento que seja diagnosticado um cancro da mama.

O cancro da mama é a doença oncológica que mais afeta a mulher. O seu diagnóstico e tratamento podem ter implicações em várias áreas da sua vida.

De forma a promover o bem estar físico e emocional da mulher com cancro da mama, a Liga Portuguesa Contra o Cancro tem disponível o Movimento Vencer e Viver, de apoio a todas as mulheres, familiares e amigos.

O Movimento Vencer e Viver da Liga Portuguesa Contra o Cancro tem por objetivos o apoio emocional à mulher, a melhoria da qualidade de vida e a sensibilização para a prevenção e deteção precoce do cancro da mama.

É constituído por voluntárias e voluntários que tiveram cancro da mama e baseia-se no contato pessoal entre a mulher e a voluntária, que partilham medos e preocupações.

A voluntária transmite uma mensagem de esperança sendo exemplo que "é possível vencer o cancro".

Para além do apoio emocional e amigo, a voluntária aconselha na escolha dos materiais ortopédicos mais adequados, os quais podem ser adquiridos através do Movimento Vencer e Viver.

O Movimento vencer e Viver funciona em instalações próprias e também em contexto hospitalar.

HORÁRIO:
Segunda a Sexta
das
14H30 às 17H30



LIGA PORTUGUESA
CONTRA O CANCRO
Núcleo Regional do Norte
Delegação de Bragança



**VENCER
e VIVER**

Linha Cancro: 808 255 255

ANEXO VI - PANFLETO LAÇO AZUL




Promoção dos Direitos da Criança e Prevenção dos Maus Tratos

A promoção e salvaguarda dos direitos da criança começa na família, com a satisfação das necessidades da criança, com a sua proteção, mas também com pequenos gestos que promovem a confiança, a assertividade e a autonomia.

É essencial dar uma resposta adequada às suas necessidades promovendo o seu adequado desenvolvimento (alimentação, cuidados de higiene, segurança, estimulação, educação, promoção da autoestima, regras, limites e autonomia).

Algumas dicas com a sua criança ...

- Elogie o seu filho: numa tarefa, numa ação, numa característica;
- Peça a opinião dele sobre assuntos familiares;
- Dê-lhe uma tarefa responsável, dependendo da faixa etária e do desenvolvimento;
- Demonstre-lhe que confia e acredita nele;
- Pergunte-lhe como correu o seu dia;
- Envolve-se em atividades com o seu filho, partilhe experiências;
- Dê um abraço ao seu filho;
- Ria com o seu filho;
- Escute com atenção aquilo que o seu filho tem para lhe dizer;
- Diga ao seu filho que o adora!!!




Sinalize

Contactos Úteis	
NACJR C.S. Santa Maria, Bragança nacjr@ccs.sma.bragsa.gov.pt	273 302 620
Enf.ª Ana Sofia Coelho Enf.ª Ana Patrícia Vieira Enf.ª Anabela Martins Dra. Fátima Ramos Dra. Isabel Pereira Dra. Susa Correia	
CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens cpcj@cm-braganca.pt	932 550 378 273 300 844
APAV	21 888 47 33 21 887 63 51
SOS Crianças	21 793 18 17 800 202 651
SOS Crianças Desaparecidas	1410 (número verde)
Núcleo de Apoio à Víctima (ASMAB)	273 325 629
PSP	935 866 996 273 303 400
GNR	273 300 570


Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
Centro de Saúde de Santa Maria Bragança
Telefone: 273 302 620

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco



"A alma de um país revela-se na forma como trata as suas crianças"
Nelson Mandela

Unidade de Cuidados na Comunidade
Centro de Saúde de Bragança



NACJR - UCC Bragança

ANEXO VII - PANFLETO QUEDAS

**- ADAPTAÇÕES NO DOMICÍLIO -
(continuação)**

Cozinha



- Colocar os utensílios mais utilizados nas **prateleiras mais baixas**;
- Evitar subir bancos ou cadeiras.

Quarto



- Colocar interruptores com **fácil alcance**;
- Usar **luzes de presença**;
- A **cama** deverá ser firme e de altura adequada.

Casa de Banho



- Substituir banheira por **chuveiros**;
- Colocar sempre **tapete anti derrapante** e barras de suporte na parede.

- MEDIDAS PREVENTIVAS -

- O exercício físico regular é uma importante estratégia de prevenção da osteoporose.
- As quedas podem ser prevenidas fazendo pequenas adaptações na casa e no estilo de vida, mas também deve-se garantir uma alimentação saudável e equilibrada e ter uma vida fisicamente ativa.

**- MEDIDAS PREVENTIVAS -
(continuação)**

<p>Andar devagar Não correr ou saltar por cima de obstáculos</p>	<p>Prestar especial atenção em caminhos com buracos ou desníveis</p>
<p>Tomar os medicamentos corretos</p>	<p>Fazer regularmente uma avaliação à visão e audição</p>
<p>Manter os locais com iluminação adequada</p>	<p>Utilizar calçado adequado</p>
<p>Manter espaços arrumados, limpos, livres de obstáculos</p>	<p>Entrar no automóvel corretamente, sente-se e depois rode as pernas para dentro, e ao sair fazer ao contrário</p>
<p>Limitar o consumo de bebidas alcoólicas</p>	

IPB INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
 Escola Superior de Saúde
ULSNE
 Unidade Local de Saúde do Nordeste
IDOMUS
 Centro de Saúde de Bragança II - Santa Maria
 Avenida Cidade de León, 5300-274 Bragança
 273 302 620

QUEDAS

- DEFINIÇÃO DE QUEDA -

Uma queda é considerada uma **descida rápida** do corpo de um **nível superior para um nível mais baixo**, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições.

É um incidente súbito e involuntário.

- As quedas são um problema que afeta predominantemente os **idosos**;
- Pessoas com perturbações da memória, fraqueza muscular, mais de 60 anos de idade e que usam apoios de marcha podem ter um **risco aumentado** de queda.

- POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS -

FÍSICAS:

- Fraturas ósseas
- Contusões
- Lacerações
- Hematomas
- Morte

PSICOSSOCIAIS:

- Medo
- Fragilidade
- Receio de dependência
- Diminuição das atividades sociais e recreativas

COMUNIDADE:

- Absentismo profissional dos familiares
- Elevada percentagem de internamentos hospitalares
- Tratamentos morosos e dispendiosos

- FATORES DE RISCO -

- Crianças < 5 anos e idosos >65 anos
- Declínio cognitivo, depressão, ansiedade
- Presença de doenças crónicas
- Deficit da função motora e do equilíbrio corporal
- Comprometimento na visão, audição ou tato
- Obesidade severa
- História prévia de queda

- TIPO DE QUEDAS -

QUEDAS ACIDENTAIS

- Ocorrem por fatores externos à pessoa, acontecendo a pessoas sem risco de queda, não se podendo prever ou antecipar.

QUEDAS FISIOLÓGICAS ANTECIPÁVEIS

- Ocorrem em indivíduos com alterações fisiológicas e que apresentam risco de queda.

QUEDAS FISIOLÓGICAS NÃO ANTECIPÁVEIS

- Ocorrem em indivíduos sem fatores de risco. Não sendo possível de prever. Estas podem ocorrer devido a fatores fisiológicos como convulsões, perda de força ou fraturas patológicas.

- PRINCIPAIS OBSTÁCULOS -

DESNIVELAMENTO NO PISO

- Buracos e Lombas

DESORGANIZAÇÃO DE OBJETOS

- Ferramentas e cordas

SOLO ESCORREGADIO

- Óleo, gasolina, neve

SOLO INSTÁVEL

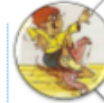
- Escadas, encostas com areia

OBSTÁCULOS NO SOLO

- Raízes de árvores, pedras

- ADAPTAÇÕES NO DOMICÍLIO -

Chão



- Olhar sempre para o **chão** em todas as divisões;
- **Retirar tapetes** e carpetes que não tenham uma superfície anti derrapante;
- **Fixar todos os fios** ou cabos às paredes.

Escadas



- Manter as **escadas livres** de quaisquer objetos;
- **Iluminação** suficiente no topo e fundo das escadas, com interruptores brilhantes em ambos os lados;
- **Corrimãos** dos dois lados das escadas, firmes e tão longos como as escadas.

**ANEXO VIII - PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E
AVALIAÇÃO DAS SESSÕES**

PLANO DE SESSÃO



PLANO DE SESSÃO

Tema: Sexualidade/Métodos Contraceptivos

Formadora: Enfª Olívia Maria / Aluna de Mestrado Laura Aragão

Destinatários: Alunos do 10ºano da Escola Secundária Emídio Garcia

Data: 10 de Março de 2017

Duração: 50 min

Objectivos	Competências	Conteúdos	Metodologias/estratégias	Recursos	Avaliação
<p>Geral:</p> <p>Compreender a sexualidade aliada aos métodos contraceptivos</p> <p>Compreender as principais etapas da sexualidade</p> <p>Compreender as diferenças e alterações no corpo</p> <p>Específicos:</p> <p>Conhecer a importância das fases de desenvolvimento;</p> <p>Compreender a importância do planeamento familiar;</p>	<p>Adquirir competências para o uso adequado dos contraceptivos</p>	<p>Sexualidade;</p> <p>Métodos contraceptivos;</p> <p>Respeito na diferença;</p> <p>O nosso corpo;</p> <p>Aparelho Reprodutor;</p> <p>Fases do ciclo menstrual;</p> <p>Planeamento Familiar;</p> <p>Métodos contraceptivos femininos/masculinos;</p>	<p>Método Expositivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do PowerPoint. <p>Método Interrogativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionar os formandos ao longo da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador Portátil. • Projector Multimédia. 	<p>Questões levantadas por parte dos formandos.</p>

FICHA DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

1. Nome do Formador/a: _____

2. Dados Pessoais do/a Formando/a:

2.1. Idade:

2.2. Sexo: Mas. Fem

2.3. Habilitações Académicas:

3. Avaliação do/a Formador/a:

De um modo geral, qual a sua opinião acerca do/a Formador/a relativamente:

	Negativa		Positiva	
	1	2	3	4
3.1. À preparação técnica	1	2	3	4
3.2. À preparação pedagógica	1	2	3	4
3.3. Ao grau de exigência	1	2	3	4
3.4. Ao domínio dos temas e conteúdos abordados	1	2	3	4
3.5. À linguagem utilizada	1	2	3	4
3.6. Ao relacionamento/sensibilidade com os formadores	1	2	3	4
3.7. À dinamização e ao incentivo à participação	1	2	3	4
3.8. Ao apoio para superar dificuldades na compreensão dos conteúdos	1	2	3	4
3.9. À disponibilização de material de apoio	1	2	3	4
3.10. À pontualidade	1	2	3	4

4. Avaliação do (s) módulos (s)

4.1. De um modo geral, qual o seu grau de satisfação relativamente ao (s) módulo (s) que frequentou:

Nada satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Totalmente Satisfeito
1	2	3	4

5. Observações/Sugestões

Agradecemos a sua colaboração!

ANEXO IX – APRESENTAÇÕES DAS AÇÕES DE FORMAÇÃO

“METODOS CONTRACETIVOS”

E

**“ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS/CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS”**

Diapositivo 1



10º

Métodos Contracetivos

Enf.ª Olívia Costa Maria
Aluna de Mestrado: Laura Aragão




Diapositivo 2

- Durante muito tempo defendeu-se que não se deveriam abordar estas temáticas por se considerar que falar de sexualidade desencadearia nos jovens a curiosidade... o que podia levar a uma experimentação sexual precoce!
- ...
- Pelo contrário, os jovens que recebem uma educação sexual adequada, com informação sobre sexualidade e contraceção, tendem a iniciar a sua vida sexual mais tarde, como opção consciente e prevenidos contra as possíveis situações de risco.

Diapositivo 3

Sexualidade?




DINÂMICA 1

Diapositivo 4

SEXUALIDADE

"A Sexualidade é uma **energia** que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade." DGS

Influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.



Diapositivo 5

A sexualidade é algo inerente ao desenvolvimento do ser humano e manifesta-se desde o momento do nascimento até à morte, diferente em cada etapa da vida.



Diapositivo 6

Em cada fase de desenvolvimento o indivíduo vive a sua sexualidade de forma única de acordo com a educação recebida e o contexto onde se insere:



família

amigos

escola

o local onde vive

os meios de comunicação

Diapositivo 7

RESPEITO NA DIFERENÇA...

Cada individuo é um ser único por ser diferente!

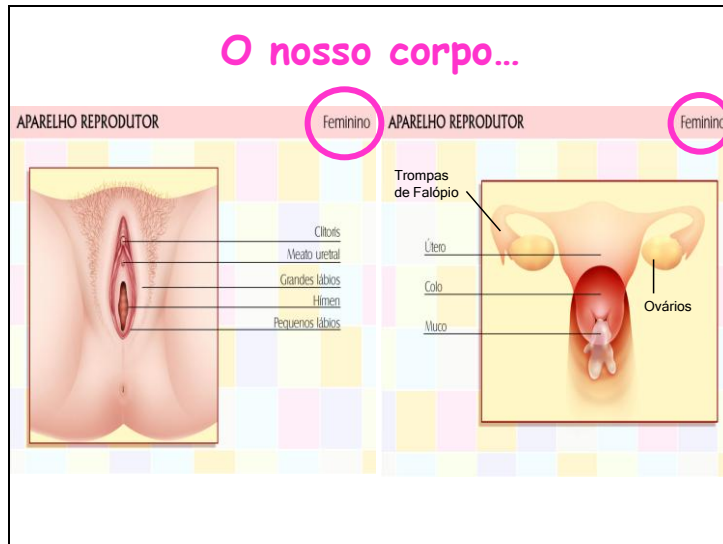


Diapositivo 8

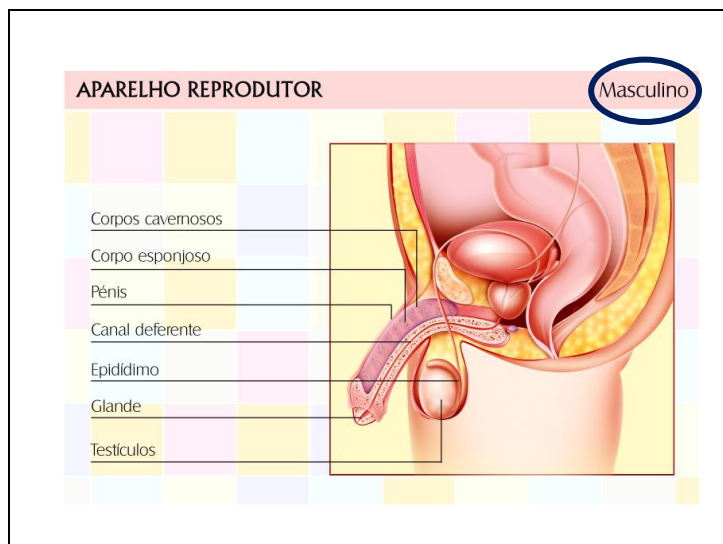
RESPEITO NA DIFERENÇA...



Diapositivo 9



Diapositivo 10

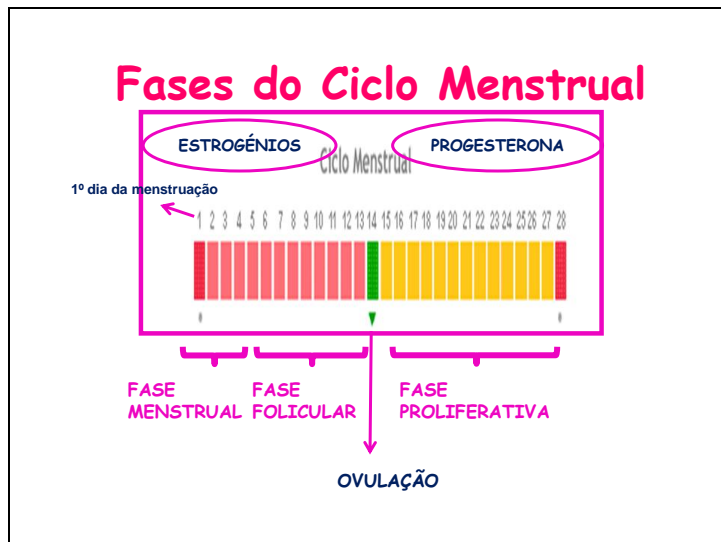


Fases do Ciclo Menstrual

-O Ciclo Menstrual é um processo característico das mulheres.

-Encara-o com naturalidade!
-É constituído por **3 fases**:

FASE MENSTRUAL FOLICULAR PROLIFERATIVA.



Diapositivo 13

Fases do Ciclo Menstrual

No ciclo menstrual até à Ovulação predomina o trabalho da Hormona **ESTROGÉNIO**, depois o trabalho da Hormona **PROGESTERONA**!

A **PROGESTERONA** PREPARA O ÚTERO para uma possível gravidez.



Diapositivo 14

PLANEAMENTO FAMILIAR




Diapositivo 15

A CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

É GRATUITA

NÃO NECESITA DE TER CONSULTA MARCADA

EXISTE NOS:



CENTROS DE SAÚDE E IPDJ !!!

Diapositivo 16


PLANEAMENTO FAMILIAR

OBJECTIVOS /FINALIDADES

- ▶ Informar e esclarecer sobre as modificações corporais;
- ▶ Informar sobre os métodos contraceptivos disponíveis;
- ▶ Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura;
- ▶ Regular o número de filhos segundo o desejo dos casais;

Diapositivo 17

- ▶ Melhorar a saúde e o bem-estar da família:
- ▶ Informar sobre as DST's, formar de transmissão e prevenção, de forma a reduzir a incidência das mesmas;
- ▶ Preparar o casal para uma maternidade/paternidade saudável;
- ▶ Prevenir situações de risco;



Diapositivo 18

✚ CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

Deve procurar esta consulta se precisar de:

- ▶ Esclarecer dúvidas relativas à sexualidade
 - ▶ Aconselhamento
 - ▶ Exames
 - ▶ Fornecimento de contraceptivos
 - ▶ Rastreo das DST's
- ▶ Pretende evitar uma gravidez
- ▶ Sofre de infertilidade e pretende engravidar.



Diapositivo 19

Métodos Contraceptivos

O que são?
Qual o mais seguro?...



Diapositivo 20

Métodos Contraceptivos



Diapositivo 21


QUE MÉTODOS DE CONTRACEÇÃO EXISTEM?

- ➔ Métodos Naturais 
- ➔ Métodos de Barreira  
- ➔ Métodos Mecânicos 
- ➔ Métodos Hormonais 
- ➔ Métodos Cirúrgicos  

Diapositivo 22

✚ Método do calendário

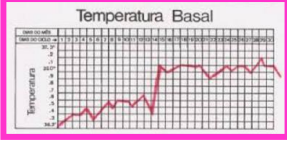
Considerando a duração do ciclo, pode calcular-se o período fértil:




Ciclo menstrual de 28 dias

Domingo	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado
		X	X	X	X	
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

- ✚ **Método das temperaturas basais**
 - ☑ Medir a temperatura diariamente, utilizando sempre o mesmo local
- ✚ **Coito interrompido**
 - ☑ Retirada do pênis da vagina antes da ejaculação



Temperatura Basal



Coito Interrompido

- ✚ **Dispositivo Intra-Uterino (DIU)**



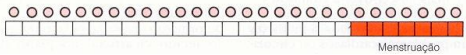


- ☑ É inserido no útero através do canal cervical;
- ☑ Têm uma ação espermicida, anti ovulatória;
- ☑ O tempo de uso é de 3-5 anos.



Há só um tipo de pílula?



Pílula

- Combinada**
Inexistência de ovulação
- Minipílula**




+ Injetável

- É administrado trimestralmente...
- O mecanismo de ação passa pelo bloqueio da ovulação
- As principais desvantagens são:
 - ✓ Alteração do ciclo menstrual
 - ✓ Aumento de peso




Diapositivo 27

✚ Implante



- ☑ Inserção de um bastonete debaixo da pele na região do antebraço;
- ☑ É um método que pode proporcionar contraceção de 3 a 5 anos;
- ☑ A inserção do bastonete é simples e fácil e é feito pelo médico.




Diapositivo 28

✚ "Esterilização"

- ▶ Masculina: **VASECTOMIA**
- ▶ Feminina: **LAQUEAÇÃO DE TROMPAS**
- ☑ É um método contracetivo definitivo...

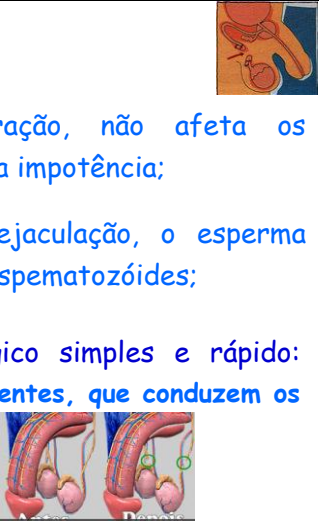
Deste modo:

 A "esterilização" só pode ser praticada em maiores de 25 anos (excetua-se os casos de ordem terapêutica)

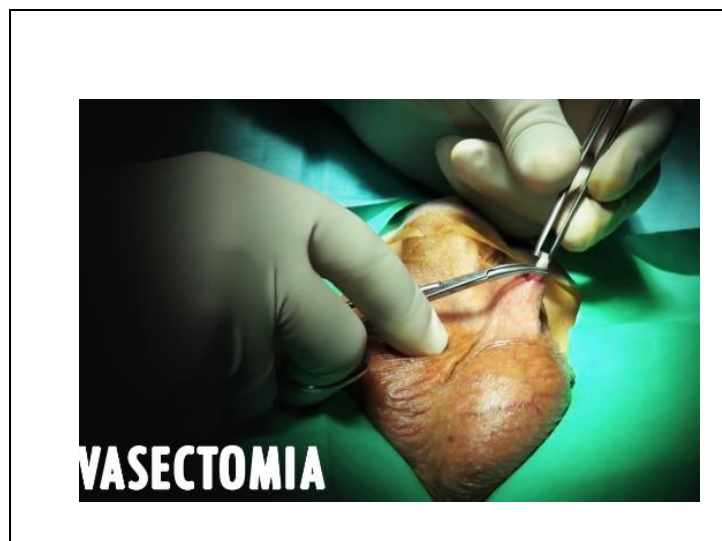
Diapositivo 29

Vasectomia

- ☑ Não é uma castração, não afeta os testículos e não provoca impotência;
- ☑ Continua a haver ejaculação, o esperma ejaculado não contém espermatozoides;
- ☑ Procedimento cirúrgico simples e rápido: secção dos canais deferentes, que conduzem os espermatozoides



Diapositivo 30



Diapositivo 31

Laqueação do trompas 

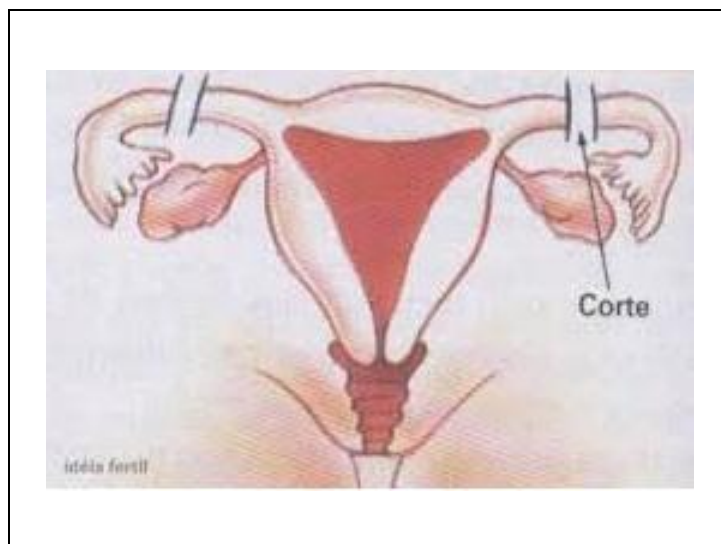
☑ Pode ser feita de diversas formas


 **CORTE:** secção de uma pequena porção da trompa de Falópio

 **CONSTRIÇÃO:** tem a vantagem de ser uma técnica reversível

 **CLAMPAGEM:** colocação de um clip para obstruir a passagem do óvulo

Diapositivo 32




✚ Contraceção de emergência: 

Quando utilizar?

o casal teve um ato sexual não protegido. o método contraceptivo utilizado por qualquer motivo falhou

ONDE ADQUIRIR?

- Dirigir-se a uma farmácia, Centro de saúde ou GASJ (IPDJ);
- No Centro de Saúde e GASJ facultam a "pílula do dia seguinte" gratuitamente;

MODO DE UTILIZAÇÃO: 

- A pílula do dia seguinte pode ser utilizada até às 72 horas após a relação desprotegida;
- A sua eficácia aumenta se for tomada mais precocemente após o acto sexual.



2 TOMAS

- ▶ 1º comprimido: deve ser tomado o mais cedo possível;
- ▶ 2º comprimido: deve ser tomado 12h após a 1ª toma

Efeitos indesejáveis:

- Náuseas e vômitos;
- Perdas hemáticas
- Tensão mamária;
- Tonturas
- Cefaleias
- Fadiga

A contraceção de emergência deve apenas ser usada em situações excepcionais !!!



Preservativo masculino

- É um método de contraceção e de barreira seguro;
- Previne DST
- Previne a gravidez



Diapositivo 37

BARREIRA



O preservativo evita a gravidez e também as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) como a SIDA. É o único Método Contraceutivo que o consegue!

Diapositivo 38

COMO SE COLOCA O PRESERVATIVO?



Diapositivo 39

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS Preservativo



- Usar sempre durante a relação sexual
- Colocar antecipadamente
- Não é reutilizável

Diapositivo 40

✚ Preservativo feminino

- Pode ser inserido até 8h antes da relação sexual
- Previne DST



Diapositivo 41

**MAIS VALE PREVENIR
QUE REMEDIAR !!!**



The slide features two side-by-side images. The left image shows a white hard hat with the text 'Use a cabeça Proteja-se' and 'os outros' below it. The right image is a cartoon illustration of a person's head being struck by a large, light blue, irregularly shaped object falling from above.

Diapositivo 42



Até breve...

The slide features a central image of a cartoon orange cat wearing a dark cowboy hat, looking serious with its arms crossed. Below the image, the text 'Até breve...' is written in a bold, pink font.

Diapositivo 1

ipb INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

ARS NORTE
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Estilos de vida NÃO saudáveis

CRI de Bragança

Enfe Olívia Maria
Enfe João Rebelo
Enfe Laura Aragão

2017

se Saúde Escolar

Diapositivo 2

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

ARS NORTE
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Adolescência

Anterior Próximo

Diapositivo 3

Slide 3: **Adolescência**.
Definição: *adolescere* “crescer” ou “crescer para a maturidade”.
Período de transição: Alterações físicas e psicológicas.

Logos: REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE, ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Conteúdo principal:
Adolescência
adolescere “crescer” ou “crescer para a maturidade”
PERÍODO DE TRANSIÇÃO
Alterações físicas e psicológicas

Controlos: Ícone de casa, Ícone de envelope, ANTERIOR, PRÓXIMO

Diapositivo 4

Slide 4: **PROFUNDAS ALTERAÇÕES**. Diagrama com níveis social, psicológico e biológico.

Logos: REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE, ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Conteúdo principal:
PROFUNDAS ALTERAÇÕES

Diagrama: Um funil invertido contendo três círculos: nível social, nível psicológico e nível biológico. Uma seta aponta para baixo.

Controlos: Ícone de casa, Ícone de envelope, ANTERIOR, PRÓXIMO

Diapositivo 5

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE

ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

TRANSFORMAÇÕES originam grande ansiedade



Alguns adolescentes sentem necessidade de se afirmarem como *diferentes*, adotando *diferentes* formas de vestir, *diferentes* comportamentos e atitudes

🏠 ✉️ ◀ ANTERIOR PRÓXIMO ▶

Diapositivo 6

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE

ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.



Período de inquietação

Anseio Independência

Busca identidade

Valores dos pais

=

A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE

🏠 ✉️ ◀ ANTERIOR PRÓXIMO ▶

Diapositivo 7

Slide 7 features the logos of the Portuguese Republic and ARS NORTE at the top. The main content includes a light blue box with the word "Adolescência" and a list of characteristics: "constante alteração do humor" and "sentem-se 'vítimas' na maioria das vezes". Below this is a light blue box stating "Cada adolescente constrói o seu 'eu' tendo como base 'outros significativos'" and a purple box stating "A identidade constrói-se das experiências vividas". Navigation icons for home, email, and slide control are at the bottom.

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE

ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Adolescência

- constante alteração do humor
- sentem-se "vítimas" na maioria das vezes

Cada adolescente constrói o seu "eu" tendo como base "outros significativos"

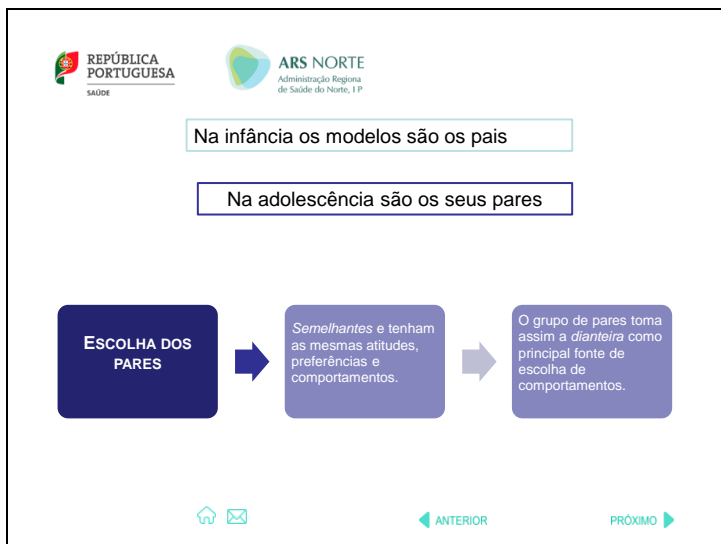
A identidade constrói-se das experiências vividas

ANTERIOR PRÓXIMO

Diapositivo 8



Diapositivo 9



Diapositivo 10

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE

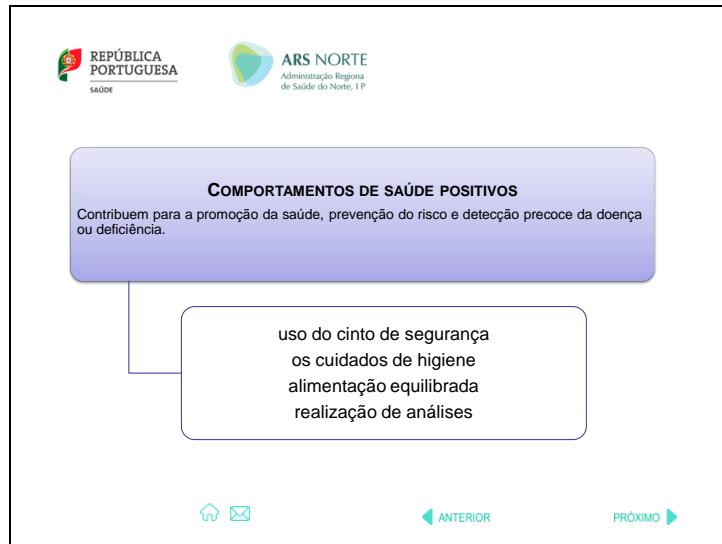
ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Os comportamentos de risco são todos os comportamentos com resultados negativos para a saúde e para o desenvolvimento dos próprios adolescentes

consumo de tabaco
consumo de álcool
consumo de haxixe e outras substâncias
os acidentes rodoviários
os comportamentos sexuais de risco
o sedentarismo
os hábitos alimentares
comportamento delinquente

🏠 ✉️ ◀ ANTERIOR slide 02 de 54 PRÓXIMO ▶

Diapositivo 11



Slide 11 features the logos of the Portuguese Republic (SAÚDE) and ARS NORTE (Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.) at the top. The main title is "COMPORTAMENTOS DE SAÚDE POSITIVOS" in a purple box, with a subtitle "Contribuem para a promoção da saúde, prevenção do risco e detecção precoce da doença ou deficiência." Below this, a white box lists: "uso do cinto de segurança", "os cuidados de higiene", "alimentação equilibrada", and "realização de análises". Navigation icons for home, email, previous, and next are at the bottom.

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE


ARS NORTE
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE POSITIVOS
Contribuem para a promoção da saúde, prevenção do risco e detecção precoce da doença ou deficiência.

uso do cinto de segurança
os cuidados de higiene
alimentação equilibrada
realização de análises

🏠 ✉️ ◀ ANTERIOR PRÓXIMO ▶

Diapositivo 12



Slide 12 features the logos of the Portuguese Republic (SAÚDE) and ARS NORTE (Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.) at the top. The main title is "COMPORTAMENTOS DE SAÚDE NEGATIVOS" in a blue box, with a subtitle "Aumentam o risco de doença ou acidente". Below this, a white box lists: "o consumo de substâncias", "a alimentação desequilibrada", and "a condução sob o efeito do álcool". Navigation icons for home, email, previous, and next are at the bottom.

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE

ARS NORTE
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE NEGATIVOS
Aumentam o risco de doença ou acidente

o consumo de substâncias
a alimentação desequilibrada
a condução sob o efeito do álcool

🏠 ✉️ ◀ ANTERIOR PRÓXIMO ▶

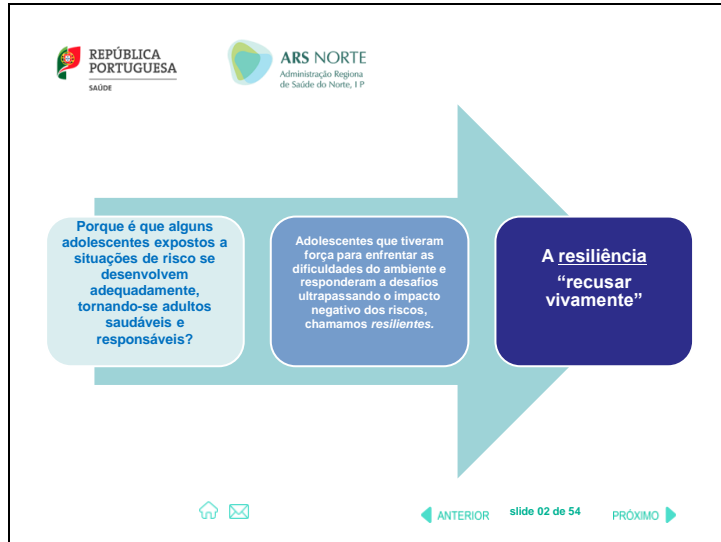
Diapositivo 13

Slide 13 features the logos of the Portuguese Republic (SAÚDE) and ARS NORTE (Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.) at the top. The main content consists of a purple box with the text "ESTILO DE VIDA NÃO SAUDÁVEIS", a red equals sign, and a yellow box with the text "COMPORTAMENTOS DE RISCO". At the bottom, there are navigation icons: a home icon, an envelope icon, a left arrow labeled "ANTERIOR", and a right arrow labeled "PRÓXIMO".

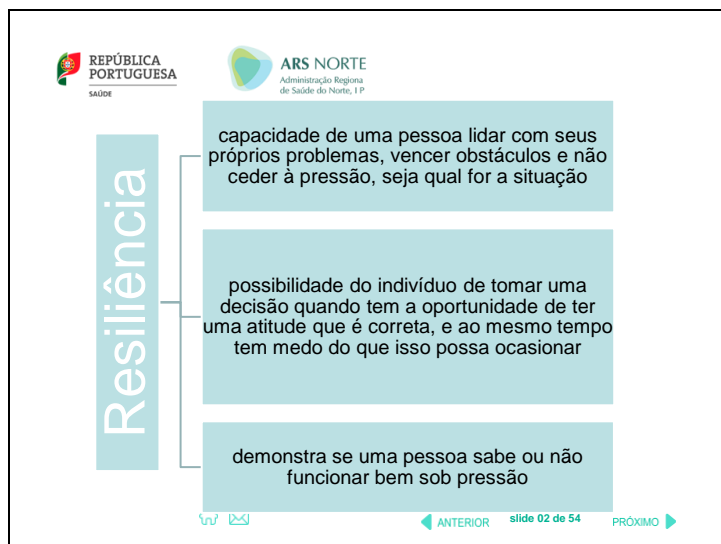
Diapositivo 14

Slide 14 features the logos of the Portuguese Republic (SAÚDE) and ARS NORTE (Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.) at the top. The main content is a dark blue box with the text "Estes fatores podem alterar a vida de muitos modos e para sempre." in white. At the bottom, there are navigation icons: a home icon, an envelope icon, a left arrow labeled "ANTERIOR", and a right arrow labeled "PRÓXIMO".

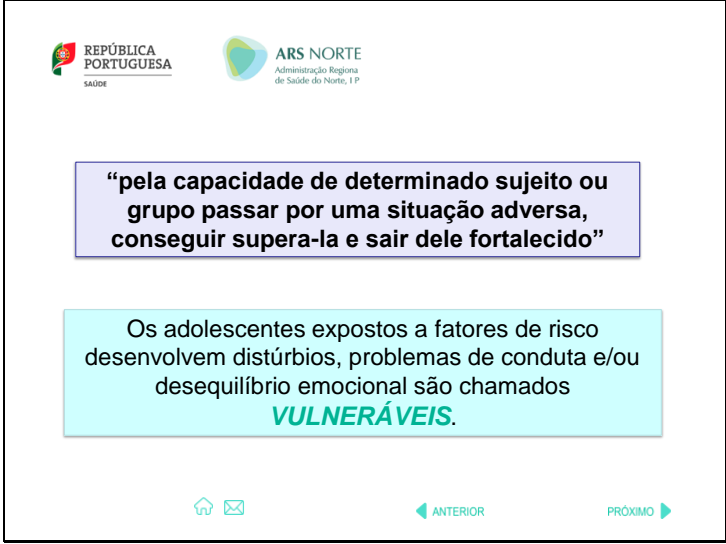
Diapositivo 15



Diapositivo 16



Diapositivo 17



Slide 17 content: The slide features the logos of the Portuguese Republic (SAÚDE) and ARS NORTE (Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.) at the top. A central purple box contains the definition of resilience: "pela capacidade de determinado sujeito ou grupo passar por uma situação adversa, conseguir supera-la e sair dele fortalecido". Below this, a light blue box explains that adolescents exposed to risk factors who develop behavioral problems and/or emotional imbalance are called **VULNERÁVEIS**. Navigation icons for home, email, and slide control are at the bottom.

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE

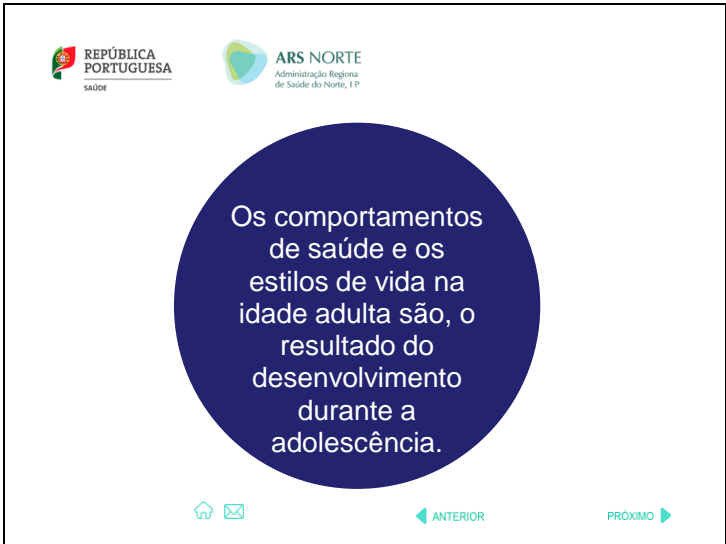
ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

“pela capacidade de determinado sujeito ou grupo passar por uma situação adversa, conseguir supera-la e sair dele fortalecido”

Os adolescentes expostos a fatores de risco desenvolvem distúrbios, problemas de conduta e/ou desequilíbrio emocional são chamados **VULNERÁVEIS**.

🏠 ✉️ ◀ ANTERIOR PRÓXIMO ▶

Diapositivo 18



Slide 18 content: The slide features the logos of the Portuguese Republic (SAÚDE) and ARS NORTE (Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.) at the top. A central dark blue circle contains the text: "Os comportamentos de saúde e os estilos de vida na idade adulta são, o resultado do desenvolvimento durante a adolescência." Navigation icons for home, email, and slide control are at the bottom.

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE

ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Os comportamentos de saúde e os estilos de vida na idade adulta são, o resultado do desenvolvimento durante a adolescência.

🏠 ✉️ ◀ ANTERIOR PRÓXIMO ▶

Diapositivo 19



Slide 19 content: The slide features logos for 'REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE' and 'ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.' at the top. The main text, enclosed in a light blue rounded rectangle, states: 'A **adolescência**, tempo de clarificação de valores e de **tomada de decisões**, é uma etapa fundamental na **aquisição e consolidação de estilos de vida saudáveis ou não saudáveis**, dependendo das **escolhas** efetuadas pelos adolescentes.' Navigation icons for home, email, previous, and next are located at the bottom.

Diapositivo 20

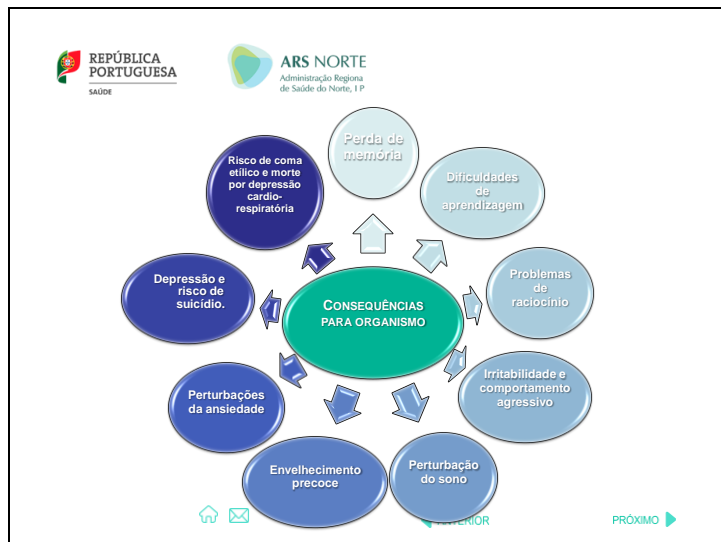


Slide 20 content: The slide features a light blue rounded rectangle at the top containing the text 'Estilos de vida **não** saudáveis'. Below this, a smaller light blue rectangle contains the word 'Álcool' repeated twice in a light blue font, positioned above a dark grey silhouette of a bottle.

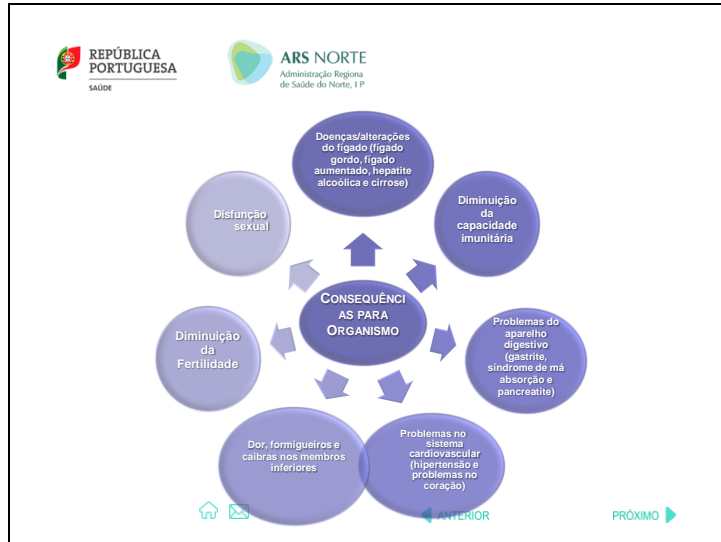
Diapositivo 21

	Intoxicação Alcoólica Leve	Intoxicação Alcoólica Moderada	Intoxicação Alcoólica Grave	Intoxicação Alcoólica Muito Grave
Odor alcoólico no hálito	Presente	Presente	Presente	Presente
Alteração Mental	Euforia Perda autocrítica	Excitação Pode tornar-se sonolento	Confusão Agressividade Valentia	Estupor Perda de Consciência
Pele	Ruborizada	Ruborizada	Palidez	Palidez
Deficit Atenção	Perda de concentração	Dificuldade em entender e lembrar factos	Não sabe onde está e o que está a fazer	Alheio ao ambiente
Coordenação Motora	Dificuldade em movimentos finos Escrever	Movimentos descoordenados	Grande dificuldade de coordenação	Necessidade de ajuda Incapacidade
Fala	Alteração pouco evidente	Pastosa	Muito Alterada	Incapacidade
Alteração Visual	Alteração pouco evidente	Visão Turva	Muito Alterada	Muito Alterada
Tonturas/Vertigens	Alteração pouco evidente	Presente	Vertigens e quedas	Intensas
Náuseas/Vómitos	Pouco Frequentes	Frequentes	Frequentes	Frequentes
Ataxia de Marcha	Alteração pouco evidente	Desvio do andar em linha recta	Necessidade de ajuda	Incapacidade

Diapositivo 22



Diapositivo 23




Diapositivo 24



Diapositivo 25

Estilos de vida **não** saudáveis

Tabaco



Tabaco*

Diapositivo 26

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE

ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

O que existe num cigarro?



Butano (Líquido de Isqueiro)

Cádmiio (Pilhas)

Ácido Esteárico (Cera de Vela)

Tolueno (Solvente Industrial)

Nicotina (Insecticida)

Amónia (Detergentes)

Hexamina (Acendalhas)

Ácido Acético (Vinagre)

Metano (Gás dos esgotos)

Arsénico (Veneno)

Monóxido de Carbono

Metanol (Combustível para Foguetes)

ANTERIOR

PRÓXIMO

Diapositivo 27

REPÚBLICA PORTUGUESA SAUDE **ARS NORTE** Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

4000 químicos cocktail letal

Nicotina
A nicotina é considerada um elemento muito aditivo nos cigarros, sendo o químico que mantém os fumadores viciados e os faz fumar uma e outra vez

Alcatrão
O alcatrão é inalado enquanto fuma e depositado nos pulmões. É altamente carcinogénico

Benzeno
Os gases oxidantes são gases que reagem com o oxigénio, o que faz com que o sangue presente nas suas artérias e veias tenha maior tendência a coagular, aumentando a sua probabilidade de sofrer um ataque cardíaco. O benzeno costuma ser adicionado à solução usada para fazer petróleo

Diapositivo 28

REPÚBLICA PORTUGUESA SAUDE **ARS NORTE** Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Consequências para o organismo:

Doenças cardiovasculares (enfarte, angina, AVC),
Doenças respiratórias obstrutivas crónicas (enfisema e bronquite)
Impotência sexual no homem
Complicações durante a gravidez
Aneurismas arteriais
Úlcera o aparelho digestivo
Infecções respiratórias
Trombose vascular
Cancro

Home icon, Envelope icon, ANTERIOR slide 18 de 54 PRÓXIMO

Obrigado pela sua atenção 😊

Não permita que
a sua felicidade
dependa de algo
que você possa
perder!