



**APNOR**

***“Sexualidade na Adolescência:  
Análise da Perspectiva do Adolescente Face  
à Sexualidade”***

**Maria de Fátima Morais Brás**

**Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Português Galvão**

**Co-orientadora: Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes**

Bragança, Março, 2012

## RESUMO

A informação sexual dos adolescentes é regra geral reduzida e não raras vezes incorrecta. Muita da informação que os jovens conseguem, é adquirida através do grupo de amigos, irmãos e meios de comunicação social. A escassa informação sexual que possuem, tem frequentemente muitas lacunas o que vem aumentar as dificuldades dos jovens no que toca à sua própria sexualidade

Com o objectivo de procurar analisar as atitudes, conhecimentos e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade, desenvolveu-se um estudo descritivo, correlacional e transversal, de natureza quantitativa. Como instrumento de colheita de dados, foi usado o questionário. A amostra abrange 303 adolescentes a frequentarem o 10º, 11º e 12º ano de quatro escolas do distrito de Bragança, no ano lectivo de 2010/2011.

A amostra é constituída maioritariamente por adolescentes do sexo feminino, 58,4%, a idade oscila entre os 14 e 20 anos, sendo a média de idades 16,54 anos e o desvio padrão de 1,29 anos. Dos inquiridos 45,5% frequentam o 10º ano, residem maioritariamente em meio urbano (62%), vivem com os pais ou pais e irmãos 74% e 79,9% dos pais são casados. Quanto à formação académica, 76,2% das mães e 86,3% dos pais não frequentaram o ensino superior. Como grupo profissional mais frequente, tanto para as mães (46,9%) como para os pais (30,1%), destaca-se o grupo 5 (Trabalhadores dos serviços pessoais, protecção e segurança e vendedores).

A análise dos resultados sugere-nos que a grande maioria dos adolescentes possui conhecimentos/informação sobre sexualidade. Os conhecimentos que os adolescentes têm quando iniciam a sua vida sexual estão associados com a idade e diálogo com os pais. A variável sexo, revela-se estatisticamente significativa para o maior conhecimento sobre DSTs/ISTs, alteração do comportamento sexual, procura de informação, abordar o tema sexualidade com profissionais de saúde e o agente de socialização, onde os rapazes privilegiam mais os amigos e família e as raparigas os sistemas de saúde e família.

O estudo apresenta aspectos relevantes para a definição da gestão a nível dos cuidados de saúde primários, assegurando a responsabilidade dos intervenientes e promovendo a saúde dos adolescentes.

**Palavras-chave:** Adolescência, sexualidade, afectos, comportamentos

## RESUMEN

La información sexual de los adolescentes es generalmente reducida y muchas veces incorrecta. La mayor parte de la información que los jóvenes consiguen, es adquirida a través del grupo de amigos, hermanos y medios de comunicación social. La poca información sexual que poseen, tiene frecuentemente muchos huecos en blanco, lo que aumenta las dificultades de los jóvenes con respecto a su propia sexualidad.

Con el objetivo de analizar las actitudes, conocimientos y comportamientos de los adolescentes frente a la sexualidad, se ha desarrollado un estudio descriptivo, relacional y transversal, de naturaleza cuantitativa. Como instrumento de colecta de datos, fue usado el cuestionario. La muestra comprende 303 adolescentes que frecuentan el 10º, 11º e 12º año de cuatro escuelas del distrito de Bragança, en el año lectivo de 2010/2011.

La muestra es constituida mayoritariamente por 58,4% de adolescentes del sexo femenino, la edad varia entre los 14 y 20 años, siendo la media de edades 16,54 años y la desviación estándar de 1,29 años. De los inquiridos 45,5% frecuentan el 10º año, residen mayoritariamente en medio urbano (62%), viven con sus padres o padres y hermanos 74% y 79,9% de los padres están casados. Con relación a la formación académica, 76,2% de las madres y 86,3% de los padres no frecuentaron la enseñanza superior. Como grupo profesional, más frecuente tanto para las madres (46,9%) como para los padres (30,1%), se destaca el grupo 5.

La análisis de los resultados nos sugiere que la gran mayoría dos adolescentes tiene conocimientos/información sobre sexualidad. Los conocimientos que los adolescentes tienen cuando inician su vida sexual están asociados a la edad y al dialogo con sus padres. La variable sexo, se revela estadísticamente significativa para el mayor conocimiento sobre ETS/ITS, cambios en el comportamiento sexual, busca de información, hablar de sexualidad con profesionales de salud y el agente de socialización, dónde los chicos prefieren los amigos y la familia y las chicas prefieren los sistemas de salud y la familia.

El estudio presenta aspectos relevantes para la definición de la gestión al nivel de los cuidados básicos de salud, garantizando la responsabilidad de los intervinientes y promoviendo la salud de los adolescentes.

**Palabras-clave:** Adolescencia, sexualidad, afectos, comportamientos

## ABSTRACT

The sexual information among teenagers is generally short and often mistaken. Much of the information teenagers get, comes from friends, brothers and mass media. The poor knowledge they have frequently shows many gaps, which increase teenagers' difficulties in what concerns their own sexuality.

With the purpose of analyzing teenagers' attitudes, knowing and behaviors concerning sexuality, it was developed a descriptive, co-relational and transversal study, of quantitative kind. The data gathering tool was the questionnaire. The sample comprises 303 teenagers that attend the 10<sup>o</sup>, 11<sup>o</sup> and 12<sup>o</sup> year in four high schools of Bragança district, in the school year of 2010/2011.

The sample is mostly constituted by 58,4% of female teenagers, the age swings between 14 and 20 years old, the average is 16,54 years old and the standard deviation is 1,29 years. From the inquired teenagers, 45,5% attend 10<sup>o</sup> year, most of them live in urban environment (62%), 74% live with their parents or with brothers and parents, and 79,9% of the parents are married. In what concerns academic education, 76,2% of mothers and 86,3% of fathers didn't went to college. As for professional activity, the most frequent among both mothers (46,9%) and fathers (30,1%), is group 5.

The analysis of the results suggests that the great part of adolescents has knowledge/information about sexuality. The information they have by the time they begin their sexual life are related to their age and to the discussion with parents about this matter. The variable gender proves to be very significant to a bigger understanding about STD/STI, changes in sexual behavior, seek of information, talk about sex with health professionals and the socialization agent, where boys prefer friends and family and girls prefer healthcare and family.

The study presents important aspects for the setting up of primary health cares, at the same time it ensures the responsibility of those involved and promotes adolescents good health.

**Key-words:** Adolescence, sexuality, affection, behaviors

## **Pensamento**

**“A principal esperança das nações,  
reside na educação da sua  
juventude!...”**

**Erasmus**

## Agradecimentos

Este trabalho foi possível de realizar porque uma pluralidade de esforços se conjugaram. Quero agradecer a todas as pessoas e instituições envolvidas em geral e a cada uma delas em particular.

À professora Doutora Ana Galvão, orientadora desta dissertação, agradeço todo o apoio prestado nas diferentes fases deste trabalho. O meu inestimável agradecimento pela disponibilidade e carinho com que sempre me escutou e respondeu criticamente as minhas solicitações.

À professora Doutora Adília Silva, por ter aceite esta co-orientação, pela paciência que teve ao ler e corrigir todos os rascunhos e pelo encorajamento em momentos de desalento.

À Professora Doutora Paula Odete, pelos preciosos contributos, enquanto Directora do Mestrado.

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

As escolas e aos alunos intervenientes, pois sem a sua colaboração não teria sido possível concretizar este estudo.

À memória da minha mãe, ao meu pai, irmão, sobrinho e cunhada pelo incentivo e por acharem que seria capaz.

Um carinho muito especial ao Miguel meu filho, pelo estímulo e afecto constante, cujas luzes me foram especialmente valiosíssimas.

Finalmente ao Francisco, pelo seu carinho e disponibilidade, sempre me ajudou a encarar momentos mais adversos ao longo destes três anos.

## SIGLAS

APF – Associação de Planeamento Familiar  
CEF – Curso Educação e Formação  
CEP – Conferência Episcopal  
CN – Científico Natural  
CS – Centro de Saúde  
CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica Doenças Transmissíveis  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
GAJE – Gabinete de Apoio ao Jovem Adolescente  
H - Humanidades  
HIV/VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana  
IPJ – Instituto Português da Juventude  
IPPF – International Planned Parenthood Federation  
IST – Infecção Sexualmente Transmissível  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OR – Odds Ratio  
RNEPS – Rede Nacional Escolas Promotoras de Saúde  
s – Desvio padrão  
SIDA/AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida  
SPSS – Statistical Package for Social Sciences  
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação e Ciência e cultura  
 $\bar{X}$  - Média

## ÍNDICE

RESUMO .....	ii
RESUMEN .....	iii
ABSTRACT .....	iv
ÍNDICE DE FIGURAS .....	ix
ÍNDICE TABELAS .....	x
INTRODUÇÃO .....	1
CAPITULO I - ADOLESCÊNCIA, ABORDAGEM GLOBAL .....	6
<b>1.1 – Desenvolvimento psicossocial .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 – Desenvolvimento da identidade e do género .....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 – Etapas do desenvolvimento psicossocial segundo Erikson .....</b>	<b>9</b>
<b>1.4 – Adolescência, 5ª idade do desenvolvimento psicossocial segundo Erikson .....</b>	<b>10</b>
<b>1.5- Atitudes, condutas e comportamentos sexuais .....</b>	<b>12</b>
CAPITULO II – CONTEXTOS FORMATIVOS/EDUCATIVOS .....	14
<b>2.1- Aquisição de competências: conhecimentos em comportamentos sexuais de risco .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 – Papel da família na educação sexual do adolescente .....</b>	<b>17</b>
<b>2.3- Papel da escola na educação sexual dos adolescentes .....</b>	<b>18</b>
<b>2.4 – Agentes de socialização nos papéis sexuais .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 – Promoção de um desenvolvimento sexual adequado .....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 – Minimizar gastos em saúde .....</b>	<b>25</b>
<b>3.3 – Diminuição de implicâncias a nível económico, social e familiar .....</b>	<b>27</b>
<b>3.4 – Programas de educação para a saúde .....</b>	<b>28</b>
CAPITULO IV – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: ANÁLISE DA PERSPECTIVA DO ADOLESCENTE FACE À SEXUALIDADE .....	31
<b>4.1 – Contextualização da pesquisa .....</b>	<b>31</b>
<b>4.2 – Estrutura metodológica .....</b>	<b>32</b>
CAPITULO V – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....	38
ANEXOS .....	96
ANEXO I – Instrumento de Recolha de Dados (Questionário) .....	97
ANEXO II – Pedido de Autorização para Adaptação do Questionário à Amostra em Estudo .....	109
ANEXO III – Pedido de Autorização para Aplicação do Questionário às Escolas .....	111
ANEXO IV – Pedido de Autorização aos pais dos Alunos em Questão, para Aplicação dos Questionários .....	113
ANEXO V – Tabela de Grupos Profissionais .....	115

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Fig. 1-</i> Distribuição dos inquiridos segundo a idade e o sexo.....	40
<i>Fig. 2-</i> Distribuição dos inquiridos segundo o ano escolar e o sexo.....	41
<i>Fig. 3-</i> Distribuição dos inquiridos segundo a escola que frequenta e o sexo.....	42
<i>Fig. 4-</i> Distribuição dos inquiridos segundo as habilitações académicas dos pais .....	44
<i>Fig. 5 -</i> Distribuição dos inquiridos segundo a profissão dos pais .....	44

## ÍNDICE TABELAS

Tabela 1- <i>Distribuição dos inquiridos segundo o sexo e a idade</i> .....	39
Tabela 2- <i>Distribuição dos inquiridos em função do ano escolar e do sexo</i> .....	40
Tabela 3 - <i>Distribuição dos inquiridos segundo a escola que frequentam e sexo</i> .....	41
Tabela 4- <i>Distribuição dos inquiridos segundo a escola que frequentam e sexo</i> .....	42
Tabela 5- <i>Distribuição dos inquiridos segundo o local onde residem, com quem vivem e estado civil dos pais</i> .....	43
Tabela 6- <i>Sexualidade: conhecimento e informação, com quem obteve a informação, dialoga com os pais, grau de comunicação com os pais, agente de socialização, expressões da sexualidade</i> . 47	
Tabela 7- <i>Distribuição dos inquiridos segundo a informação sobre sexualidade em função do sexo e da idade</i> .....	48
Tabela 8- <i>Sexualidade: com quem fala, importância da existência de locais com profissionais de saúde, local onde devem existir esses profissionais e que profissionais preferem, segundo o sexo</i> .....	50
Tabela 9- <i>Sexualidade: há idade para iniciar a vida sexual, parceiros de acordo com o sexo</i> .....	51
Tabela 10- <i>Sexualidade: precocidade da idade da primeira relação sexual nas raparigas e rapazes, de acordo com o sexo</i> .....	52
Tabela 11- <i>Sexualidade: actividade sexual, conhecimentos sobre sexualidade, valor atribuído à primeira relação sexual, como lida com os problemas de índole sexual, de acordo com o sexo</i> ... 54	
Tabela 12- <i>Sexualidade: orientação sexual, atitude perante a homossexualidade, forma de expressar a sexualidade e local mais frequente para fazer sexo, de acordo com o sexo</i> .....	56
Tabela 13- <i>Contraceção: esclarecimento, quem mais recorre métodos contraceptivos, costuma usar métodos contraceptivos e qual, de acordo com o sexo</i> .....	58
Tabela 14- <i>Sexualidade: dificuldades em abordar o tema com os profissionais de saúde, factor limitante na comunicação, atendimento por parte dos profissionais de saúde, de acordo com o sexo</i> .....	59
Tabela 15- <i>DSTs/ISTs: conhecimento sobre DSTs/ISTs, questões CS/IPJ, consultas para adolescentes, crenças dos pais, profissionais avalizados falam de sexualidade, de acordo com o sexo</i> .....	62
Tabela 16- <i>Sexualidade: zona erógena do corpo, órgão dos sentidos, manifestações físicas/psíquicas, armas sensuais/sexuais de acordo com o sexo</i> .....	65
Tabela 17- <i>Masturbação: o que é e em quem é mais frequente de acordo com o sexo</i> .....	67
Tabela 18- <i>Conhecimento acerca da sexualidade: sexo, idade, ano escolar, área científica, estado civil dos pais e dialogar com os pais</i> .....	69
Tabela 19- <i>Início actividade sexual: sexo, idade, área científica, local de residência, estado civil dos pais e dialogar com os pais sobre sexualidade</i> .....	71
Tabela 20 - <i>Conhecimento aquando do início da vida sexual: sexo, idade, área científica e dialogar com os pais sobre sexualidade</i> .....	72

Tabela 21- *Métodos contraceptivos: sexo, idade, área científica, local de residência, estado civil dos pais, dialogar com os pais sobre sexualidade e ter conhecimentos quando iniciou a vida sexual* ..... 73

Tabela 22- *Conhecimento sobre DSTs/ISTs altera o comportamento sexual: sexo, idade, área científica e local de residência*..... 74

Tabela 23 - *Procura informação sobre DSTs/ISTs: sexo, idade, área científica, local de residência* ..... 75

Tabela 24- *Importância da existência de locais com profissionais de saúde avaliados: sexo, idade, área científica, local de residência* ..... 76

Tabela 25- *Localização dos profissionais de saúde: sexo, idade, área científica e local de residência* ..... 77

Tabela 26 - *Profissionais de saúde preferidos*..... 78

Tabela 27- *Dificuldades em abordar o tema sexualidade com profissionais de saúde: sexo, idade, área científica e local de residência* ..... 79

Tabela 28 - *Principais problemas no diálogo com profissionais de saúde* ..... 79

Tabela 29- *Agentes de socialização: sexo, idade, área científica e local de residência* ..... 81

## INTRODUÇÃO

A adolescência é a etapa da vida na qual se consolida a construção da identidade. É no início da adolescência que o grupo de pares começa a relacionar-se entre si e a trocar informações a respeito da sexualidade. Pouco a pouco o adolescente vai descobrindo os mistérios e devaneios que essa situação, simultaneamente atraente e angustiante lhe proporciona (Andrade, 1996; Brás, 2008; Macpherson, 2001; Sá, 2001; Sampaio, 2006).

A adolescência é um processo que ocorre durante o desenvolvimento evolutivo do indivíduo, caracterizado por uma profunda revolução de cariz, bio-psico-social e cultural, que marca a transição do estado infantil para o estado adulto (Sampaio, 2006).

As características psicológicas deste movimento evolutivo, a sua expressividade e manifestações ao nível do comportamento e da adaptação social, são reflexos da geografia e cultura da sociedade onde o processo se desenvolve. Com a chegada da puberdade, todo o organismo é invadido pela força das transformações biológicas e tomado por impulsos sexuais, determinando também o início da puberdade e do processo da adolescência. A adolescência pode entender-se como um espaço de grandes transformações físicas, psicológicas, emocionais e culturais, onde o campo pessoal se vai continuamente alterando e procurando ajustar (Brás, 2008).

A intensificação das relações com o grupo de amigos na adolescência, aumenta a potencial influência dos pares em termos da qualidade das soluções dadas aos problemas sociais, dos valores e das regras sócio-morais, agora em fase de maior reestruturação.

O adolescente entra nesta etapa da vida, possuído por um estado de alguma confusão, incoerência e angústia, entre o que lhe era conhecido e familiar, por ocasião da infância, e as transformações pelas quais está a passar. Apesar de desejar atingir a vida adulta, coagido pelo seu crescimento e maturação, receia o desconhecido que existe dentro de si (Sá, 2001; Sampaio, 2006).

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

A educação afectivo-sexual, como toda a educação, assume um papel determinante e deve assentar no desenvolvimento de melhores condições para a saúde, em especial todos os aspectos que se relacionam com a dimensão da sexualidade, o prazer, a comunicação, os vínculos afectivos e a procriação. A educação afectivo-sexual deve entender-se como um direito de todo o ser humano, em que a colaboração da família, da escola e dos serviços de saúde é essencial, facilitando a construção do conhecimento da sexualidade humana nos planos biológico, psicológico e social, possibilitando a aquisição de comportamentos/attitudes positivas e de conhecimento, favorecendo a aceitação positiva da própria identidade sexual, bem como a vivência de relações interpessoais equilibradas e satisfatórias (Andrade,1996; Brás, 2008; Grande, 1999; Macpherson,2001; Sá, 2001; Serrão & Nunes,1998).

O grupo tanto pode influenciar o comportamento responsável, a maturidade e o desenvolvimento saudável, como pode ser implicado na adesão a uma variedade de comportamentos de risco, nomeadamente os comportamentos sexuais de risco. Para fazer face a questões tão problemáticas como a sida, consumo de substâncias aditivas, doenças e infecções sexualmente transmissíveis entre outras áreas da saúde, no contexto das faixas etárias teoricamente mais expostas e vulneráveis a comportamentos de risco, como sejam a puberdade e adolescência. Os profissionais de Saúde têm um papel primordial a desenvolver na promoção da saúde, salientando-se, a gestão de cuidados de saúde em contexto escolar. A qualidade de vida relacionada com a saúde pode ser considerada como o valor atribuído à vida, ponderado pelos danos funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, tratamentos e a organização política e económica do sistema assistencial (Neto, 2008).

Sendo os adolescentes considerados um grupo de intervenção prioritária, torna-se pertinente ter presente o que se entende por adolescência e quais as particularidades que assume a sexualidade na adolescência. O presente estudo pretende ser um contributo nesse sentido.

O tema que nos propusemos investigar “ Sexualidade na Adolescência: Análise da perspectiva do Adolescente Face à Sexualidade” apesar da sua pertinência, entendemos que para ser viável a aprendizagem e transmissão de estilos de vida saudáveis, não basta só a boa vontade e o bom senso, é fundamental que entendamos a afectividade e a dinâmica das respostas neuro-psico-fisiológicas do organismo humano. As práticas adoptadas no âmbito da gestão dos recursos de cuidados de saúde, estão directamente relacionadas com a informação disponível sobre a saúde das populações, pelo que, educar para a sexualidade é educar e investir em saúde.

Pretendemos com a presente investigação avaliar e analisar os conhecimentos, comportamentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade. A amostra abrange 303 adolescentes a frequentar o 10.º, 11.º e 12.º ano da Escola Secundária Emídio Garcia e Escola Secundária Abade Baçal da cidade de Bragança, Escola Secundária de Miranda do Douro e da Escola Profissional de Carvalhais, no ano lectivo de 2010/2011.

É nosso propósito apresentar as conclusões do estudo à Unidade Local de Saúde e Escolas que colaboraram. Colaborando desta forma para a gestão dos cuidados de saúde, incentivando a necessidade de organização de debates e sessões de esclarecimento sobre educação sexual. Justificando a necessidade de implementação de gabinetes promotores de saúde, que os adolescentes possam frequentar em tempo de aulas e no meio escolar, com a presença de profissionais avalizados para o atendimento destes jovens.

A questão de investigação que nos propusemos investigar, “Quais os conhecimentos, comportamentos/atitudes dos adolescentes face à sexualidade?” ,surgiu, com o fascínio que este ciclo de vida (adolescência) sempre despertou em nós e pela curiosidade que os próprios adolescentes têm ao abordarmos este assunto.

O estudo tem como objectivo geral:

- Analisar as atitudes, conhecimentos e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade, para poder actuar proactivamente na gestão dos cuidados de saúde.

Como objectivos específicos propomos:

- Analisar as atitudes dos jovens adolescentes face à sexualidade;
- Avaliar os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade;
- Identificar comportamentos de risco;
- Identificar as variáveis independentes que mais se associam e interferem com a variável dependente do nosso estudo;
- Fazer proposta de intervenção a nível da gestão dos cuidados de saúde sobre a temática em apreço.

Para dar cumprimento aos objectivos que nos propusemos, realizamos um estudo observacional, descritivo, analítico e transversal, de cariz eminentemente quantitativo .O investigador seleccionou a amostra por conveniência. Foi usado como instrumento de colheita de dados o questionário. A nível científico, consideramos pertinente o facto de utilizar um questionário já validado para os profissionais de saúde e adaptado para a população em estudo.

Para tratamento e análise dos dados obtidos foi utilizado o programa estatístico Stastical Package for Social Scienses (SPSS, versão 19).

O estudo, está contextualizado no plano curricular do Mestrado em Gestão das unidades de Saúde, Ramo de Gestão das Unidades de Saúde a decorrer no Instituto Politécnico de Bragança desde 6 de Março de 2009

O presente trabalho desenvolve-se fundamentalmente em duas partes distintas. Numa primeira parte, a fase conceptual, procuramos fazer uma revisão bibliográfica do estado da arte que nos permitisse conhecer a opinião de outros autores sobre a temática em questão. A segunda parte, diz respeito ao estudo empírico. Iniciamos a investigação empírica com a contextualização metodológica, onde se dá a conhecer a problemática em estudo, tipo de estudo que serve de suporte à concretização do tema e à caracterização da amostra. Faz-se uma breve descrição sobre as características do instrumento de colheita de dados, da sua aplicação e recolha dos questionários que viabilizaram a fase empírica da dissertação. Por último é feita a apresentação e análise dos dados, tendo por base a revisão teórica e evidências anteriores.

Desta forma, com este trabalho, pretende-se reflectir sobre as necessidades prementes dos adolescentes, fornecendo material aos gestores para eventual reorganização e reestruturação da saúde escolar.

**PARTE I – ESTADO DA ARTE**

## **CAPITULO I - ADOLESCÊNCIA, ABORDAGEM GLOBAL**

A adolescência é o período da vida em que já não se é criança, mas ainda não se é adulto. É um período em que há transformações profundas no corpo, nas relações com os pais e com as outras pessoas, em que há dificuldades e conflitos relacionados com todas essas transformações, mas também é rico em ideias, experiências, sonhos e projectos. Desde sempre o homem viveu esta transição entre a infância e a idade adulta, em termos genéricos, poder-se-á afirmar que até ao século XVIII não existia esta faixa etária. Vivendo numa família alargada (pais, irmãos, ascendentes e colaterais), o jovem, no período, hoje, designado por puberdade, abandonava o lar para aprender um ofício até à idade de constituir família. Deste modo, era responsabilizado pela sua própria vida, autonomizando-se fora do alcance paterno. Caso permanecesse em casa, contribuía para a economia do lar, executando tarefas ao seu alcance. O declínio da aprendizagem da profissão e o florescer da industrialização assim como o aumento da escolaridade, prolonga mais a permanência do adolescente no seio familiar, deixando-o apenas para formar família. Com o nascimento da “Família Moderna” no século XIX, constituída por pai, mãe e filhos, é privilegiado o afecto, fomentada a privacidade da família, que orientará as suas energias para a educação dos filhos, abdicando de valores materiais. A individualização da adolescência como faixa definida, vivida em família, sob a tutela dos pais, acontece já no século XX. O aumento do controle dos pais sobre os jovens e a consequente diminuição de independência destes, assim como a orientação escolar e profissional mais diferenciada, acentuando a estratificação social, são as alterações mais importantes da industrialização (Brás, 2008; Dumas, 2010).

### **1.1 – Desenvolvimento psicosssexual**

A Organização Mundial de Saúde, (1991), considera adolescente, todo o indivíduo com idades compreendidas entre os 10 e 19 anos. Este longo período, considerado de transição entre a infância e a idade adulta é formado por surtos de desenvolvimento físico, mental, emocional, e esforços no sentido de se alcançarem determinadas metas diferentes e de acordo com cada cultura. Refere ainda, que se consideram dois períodos distintos, o primeiro entre os 10 e 14 anos, o segundo entre os 15 e 19 anos sendo esta divisão justificável pelas características de cada um dos grupos etários. Quanto ao desenvolvimento físico grandes e importantes transformações biológicas caracterizam o desenvolvimento do adolescente, sobretudo no primeiro período.

As mudanças físicas da puberdade são devidas ao funcionamento hormonal, sendo o crescimento físico acelerado, o aparecimento e desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários as mais relevantes. Existem diferenças físicas nos dois sexos com as seguintes características: caracteres sexuais primários, são órgãos internos e externos responsáveis pela reprodução; caracteres sexuais secundários, são os que permitem diferenciar os dois sexos, não sendo responsáveis pela fecundação. O desenvolvimento psicossocial do adolescente, crescimento biológico que transforma todo o organismo, põe em actividade uma revolução psicológica profunda e duradoura, desembocando no processo de inserção na sociedade adulta. A construção psicológica tem por base a própria história pessoal e as novas competências que o adolescente vai adquirindo a nível cognitivo, sexual e social, que ocorrem associadas a um desenvolvimento de uma autonomia crescente formando-se assim a identidade (Ferreira, 2004).

As alterações corporais são vivenciadas de forma diferente, de jovem para jovem. Há uma preocupação com a ideologia, tendência para uma maior abstracção na auto-definição, que é referido como uma das tarefas da adolescência, e que Erikson (1986), citado por Bee (1996, p.291) descreveu como a “identidade versus confusão de papéis”, o adolescente está numa revolta e ofensiva geral contra o meio familiar e a autoridade. Sente necessidade de infringir as regras, de “pisar o risco”, de ousar de uma forma desordenada mais ou menos incoerente. Esforça-se por quebrar os laços que o ligam à infância procurando afirmar-se pela negação, com um misto de incerteza e de angústia, utilizando muitas vezes argumentos pouco convincentes.

Pensando sob o ponto de vista sociológico, questiona-se: o que faz uma sociedade para facilitar a passagem da infância à idade adulta? Como é que ela considera os seus adolescentes? Que estatuto e que papel lhe atribui? (Bee, 1996).

Não existe um critério exacto que determine a passagem da infância à fase adulta, com a tendência cada vez maior para prolongar os estudos, a competição no mercado de trabalho, as dificuldades em arranjar habitação própria (obrigando a permanecer mais tempo em casa dos pais), as transformações sociais vertiginosas, a contestação de valores tradicionais, a demissão da família, a batalha da produção a qualquer preço, são condições geradoras de ansiedade, inerentes à nossa sociedade que agravam as perturbações dos adolescentes. Assim, é no respeito da individualidade de cada um, que os adultos poderão contribuir decisivamente para o bem-estar e desenvolvimento harmoniosos dos adolescentes. Isto só será possível quando nós, adultos, conseguirmos ajudar os jovens nessa resolução. Só assim, seremos as referências afectivas que os adolescentes vitalmente necessitam. Também o modo como o adolescente é encarado pelo adulto, vai condicionar a imagem que ele faz de si próprio (Erikson, 1986, cit por Bee 1996).

## 1.2 – Desenvolvimento da identidade e do género

Como nos refere Gesell (1996), os esquemas da personalidade de um jovem que está a desenvolver-se dependem, de interacções com outras personalidades. Estas interacções são muito diversificadas e variam de acordo com as suas emoções e de como está o seu “EU” em desenvolvimento.

As mudanças de atitude, de acordo com a sua idade, traduzem esquemas de comportamentos interpessoais diferentes, sofrendo também influência do ambiente cultural circundante. Sofre sobretudo influência da personalidade dos pais, dos professores mas também ficará sujeito à influência constante de outras personalidades como a dos irmãos, familiares, amigos entre outros. A crise de desenvolvimento da adolescência leva à formação do senso de identidade. O adolescente vê-se como um ser único, separado dos outros indivíduos (Erikson, 1986, cit. Por Bee 1996).

Durante a adolescência é comum observarmos uma fase de “homossexualidade”, em que as raparigas convivem com as amigas intimamente, trocando confidências e os rapazes procuram parceiros para brincadeiras e vivências. É uma fase de experimentação sexual, que geralmente não influi na identidade sexual adulta futura. A orientação sexual de um indivíduo está mais ligada ao sexo que lhe foi atribuído quando do nascimento e à atitude do ambiente, do que ao sexo gonádico propriamente dito (Bee, 1996).

Após a puberdade o comportamento sexual assume forma definitiva. A identidade sexual só é consolidada no final da adolescência, com a passagem para a idade adulta. Segundo a teoria psicanalítica de Freud, na infância existe uma “bissexualidade” que vai sendo substituída pela identidade sexual masculina ou feminina à medida que ocorrem as transformações biológicas do corpo e as condutas psicológicas e sociais são apreendidas. A moda unissexo mostra claramente a ambivalência da definição sexual na adolescência. Através da roupa e do cabelo pode-se ver como o jovem expressa os seus conflitos de identificação sexual. É normal que na adolescência apareçam períodos de predomínio de aspectos femininos no rapaz e masculinos na rapariga. A posição heterossexual adulta exige um processo de flutuação e aprendizagem de ambos os papéis. As experiências homossexuais ocasionais entre adolescentes não podem ser consideradas patológicas, pois é um processo de angústia da definição sexual (Dumas, 2010).

### 1.3 – Etapas do desenvolvimento psicossocial segundo Erikson

Nos seus estudos, Erikson (1986), ressalta que o adolescente precisa de segurança frente a todas as transformações físicas e psicológicas do período. Esse sentimento de identidade expressa-se em questões, presentes no dia a dia do adolescente: sou diferente dos meus pais? quem sou? o que serei? Respondendo a estas questões, o adolescente pretende encaixar-se nalguns papéis da sociedade. Daí vem a questão da escolha vocacional, dos grupos que frequenta, das suas metas para o futuro, da escolha do par. Existe também o surgir do envolvimento ideológico, que é o que comanda a formação de grupos na adolescência. O ser humano precisa sentir que determinado grupo apoia as suas ideias e identidade. Mas se o adolescente desenvolver uma forte identificação com determinado grupo, surge o fanatismo, defendendo cegamente algo que se apossou das suas ideias próprias.

Toda a preocupação do adolescente em encontrar um papel social provoca uma confusão de identidade, afinal, a preocupação com a opinião alheia faz com que o adolescente modifique a qualquer momento as suas atitudes, modificando a personalidade, muitas vezes num período muito curto, seguindo o mesmo ritmo das transformações físicas que acontecem com ele. Apesar da sexualidade ser definida como um conjunto de fenómenos que interpõe todos os aspectos da nossa existência, ela é vista inicialmente como um fenómeno biológico. Porém, sabe-se que é também social e psicológico e só pode ser compreendido quando situado no âmbito e nas regras da cultura em que se vive. Em cada sociedade são diferentes as proibições e permissividades em relação à actividade sexual. No processo de adaptação cultural do ser humano, o controle da sexualidade é um dos aspectos centrais. Praticamente todas as culturas impõem alguma forma de restrição ao comportamento sexual. Na nossa sociedade, sexo ainda é um tabu e os problemas relativos à sexualidade são muito frequentes. Acompanhar desde cedo o processo de desenvolvimento pode ajudar o adolescente a prevenir problemas futuros como abuso sexual, gravidez não desejada, promiscuidade ou dificuldades sexuais propriamente ditas como frigidez, impotência sexual, ejaculação precoce (Erikson, 1986).

Erickson (1986), dividiu as fases do homem de acordo com o desenvolvimento psicossocial, denominando-as de “8 idades evolutivas” e apelidando-as de Infância, Meninice, Fase Lúdica, Idade Escolar, Adolescência, Adulto Jovem, Adulto e Maturidade ou Velhice. As mesmas são ultrapassadas através das crises vivenciais que têm por fim o estabelecimento da identidade do ego.

A Infância que vai até ao primeiro ano de vida pós-natal, a principal crise na evolução desse estágio é o estabelecimento de uma relação básica com o universo. Se a criança recebe conforto físico, afecto e calor humano nesta etapa, pode desenvolver uma atitude de confiança ou o contrário. A relação mais importante neste período é com a figura materna, pois é com ela que

está intimamente ligada. A Meninice, segundo este autor, dá origem à moral do indivíduo, que vai de um aos três anos de idade. O maior significado desta etapa está na maturação do sistema muscular, a criança adquire habilidades em coordenar vários números de padrões e acções. Se a criança for submetida a uma disciplina moderada, ela poderá tornar-se uma pessoa de hábitos saudáveis, organizada e cumpridora dos seus deveres, no entanto se for submetida a uma disciplina rígida, pode tornar-se uma pessoa compulsiva. A fase Lúdica vai dos três aos cinco anos, nesta fase a criança procura identificar-se com os pais, o desenvolvimento da linguagem e físico faz com que aumente a sua independência e esta dependerá da atitude dos pais. A idade Escolar vai dos seis aos doze anos, nesta altura a criança deve adquirir uma noção básica da sua cultura, ou seja, conhecer os valores específicos da mesma. A escola pode ser uma selva, o campo ou a sala de aula. Para este autor a Adolescência vai dos doze aos dezoito anos, o perigo deste etapa é a confusão de papéis. Começam a dar importância as opiniões dos outros e estão dispostos a criar ídolos e ideais duradouros. Nesta idade a mente do adolescente divide-se entre a moral que interiorizou enquanto criança e a ética a ser desenvolvida no adulto, a chamada ideologia. O Adulto Jovem vai desde os dezanove aos vinte e cinco anos, a maior necessidade psicológica é alcançar um nível satisfatório com o sexo oposto da mesma idade. Um dos perigos desta etapa é o isolamento. A Idade Adulta está compreendida entre os vinte e seis anos e os quarenta, o indivíduo neste período de vida praticamente alcançou as suas potencialidades e pode tornar-se muito produtivo. A Maturidade ou Velhice começa a partir dos quarenta e um anos e vai até ao fim da vida, o indivíduo alcança integridade no seu processo normal de vida. Para cada etapa existe uma crise e um conflito específico, na sua vivência o indivíduo terá duas possibilidades, sendo elas de ajuste à vida em sociedade ou de falhas nesse convívio. Estando estas reacções directamente ligadas à personalidade do indivíduo e às interferências da sociedade em que vivem (Erikson, 1986).

#### **1.4 – Adolescência, 5ª idade do desenvolvimento psicossocial segundo Erikson**

A chave para a resolução da crise de identidade, pode fazer com que o adolescente se sinta isolado, vazio, ansioso e indeciso, reside assim, na interacção com pessoas significativas, que são escolhidas e são parte integrante da construção da sua identidade adulta. A 5ª idade localiza-se aproximadamente entre os 12 e os 18/20 anos, ou seja, na adolescência/puberdade, precisamente na idade em que na vertente positiva, o adolescente vai adquirir uma identidade psicossocial, isto é, compreende a sua singularidade, o seu papel no mundo. Não se podem encarar as diferentes idades como estanques isoladas, logo as fases anteriores irão deixar marcas que vão influenciar a forma como se vivência esta crise, desembocando uma perspectiva histórica na qual o adolescente vai perceber e integrar elementos identitários adquiridos nas idades anteriores (Monteiro & Santos, 2001).

O que se forma numa continuidade e une as diferentes transformações num processo cumulativo de desenvolvimento, é a identidade do indivíduo. Nesta idade, os indivíduos estão recheados de novas potencialidades cognitivas, exploram e ensaiam estatutos e papéis sociais. É neste âmbito que ressalta um dos conceitos de Erikson que ajuda a conferir tanta relevância a este estadio, ou seja, a moratória psicossocial. Freud valorizou a infância e Erikson, reconhece o grande valor dessa etapa sem desvalorizar as demais, como adolescência, idade adulta e velhice; Segundo a psicanálise Freudiana, o desenvolvimento da personalidade ocorre através de estadios. Em cada fase, uma determinada parte do corpo (zona erógena) fica mais sensível e carece de estimulação. A saúde mental de um indivíduo tem relação directa com o grau de sucesso que atinge ao atravessar estas idades (cit.por Bee, 1996).

O conflito central da adolescência é a identidade versus divulgação do papel, que se resolve em duas fases, começa com a puberdade e desenvolve-se para um estado de relativa estabilidade quer a nível físico quer emocional, que é característico do final da adolescência. Numa primeira fase, o adolescente enfrenta a crise entre a identidade do grupo e o desprendimento. Na fase seguinte adquire autonomia em relação à família e possui um senso de identidade individual em oposição à difusão do papel. Assim, é necessário que o adolescente se identifique primeiro com o grupo para posteriormente definir qual é o seu papel na família e na sociedade (Erikson, 1986).

Um dos fenómenos constitutivos do egocentrismo adolescente é o da fábula pessoal, tendência para acreditar que as suas experiências e sentimentos são únicos e que nunca ninguém pensou ou sentiu assim, como se fosse o primeiro a experimentar as doçuras e agruras do amor, a indecisão quanto à vocação profissional e outras (Bastos, 2001).

No desenvolvimento cultural do adolescente não podemos esquecer a sua componente sócio-económica. Com efeito o nível sócio-económico do adolescente, alicerçado em base familiar sustentada, poderá conduzir a um ambiente e a uma vivência restrita concordante, bem como traduzir-se num substrato cultural específico. A identidade sexual é parte integrante da personalidade, que vai manifestar-se em todo o comportamento de relação com os outros. Para o seu desenvolvimento têm muita importância as características dos pais, “modelos” de pais existentes na sociedade, assim como o meio cultural em que o adolescente vive. Nesta fase começa a manifestar-se a atracção sexual, socialização, actividades de grupo, planeamento vocacional e a preparação para constituir uma família. É de realçar a teoria Freudiana, que afirma que a principal tarefa do desenvolvimento do adolescente é a sexual, encontrando-se o adolescente na fase genital. No processo de identificação do desenvolvimento da imagem corporal no adolescente, qualquer circunstância que altere o aspecto físico vai provocar um impacto no desenvolvimento da imagem corporal. As conversas surgem naturalmente no grupo, parece ser

com os colegas e amigos que os adolescentes mais falam de sexualidade. No entanto muitas vezes a informação é transmitida ou apreendida de forma deturpada, nem sempre correspondendo à realidade. Atendendo ao facto das características do grupo se modificarem ao longo da adolescência, pois o nível de maturidade do adolescente vai evoluindo, habitualmente na

fase inicial da adolescência as informações trocam-se entre indivíduos do mesmo sexo e os temas centram-se sobretudo nos aspectos físicos da sexualidade. Posteriormente os interlocutores podem ser heterossexuais e os temas de conversa são fundamentalmente no âmbito das relações afectivas, das emoções ( Brás, 2008; Sá, 2001; Sampaio, 2009a).

### **1.5- Atitudes, condutas e comportamentos sexuais**

Segundo Monteiro e Santos (2001) e Duque (1999), as atitudes reflectem o funcionamento do conjunto dos processos psicológicos individuais e das influências sociais; elas têm constituído, desde há muito tempo, um foco da pesquisa sociopsicológica. As atitudes manifestam-se através de expressões verbais ou não verbais, de opiniões, de comportamentos. Estes autores definem a atitude como uma tendência e uma predisposição para responder a um objecto, pessoa ou situação de forma positiva ou negativa. Desde o momento que nascemos e durante toda a vida, somos submetidos consciente ou inconscientemente à adopção de atitudes, comportamentos e estilos de vida que resultam de um processo de socialização, que tem início no meio familiar e posteriormente no meio social em geral. As atitudes e comportamentos diferem, segundo o sexo, pois a sua sexualidade é vivenciada de forma diferente em consequência dos diferentes critérios utilizados na educação afectiva e sexual dos rapazes e das raparigas.

No comportamento afectivo e sexual das raparigas é frequente estas apresentarem uma actividade sexual menor que a dos rapazes, pela maior culpabilidade e maiores consequências directas em relação à actividade sexual (Sousa, 2000).

Podemos então afirmar que a sexualidade floresce num mundo cultural de costumes e impedimentos, desenvolvendo-se e estruturando-se no meio familiar, estabelecendo-se na sua personalidade e na sua diferença através do acaso de uma história individual (Andrade, 1996; Crawford, 2011; Coelho, 2010; Santos, 2000; Dumas, 2010; Sampaio, 2009a).

Segundo Brás (2008, p.61) "...Na adolescência, com o desabrochar da sexualidade, pode ser que um rapaz se sinta atraído por um grande amigo, ou que uma rapariga tenha uma atracção amorosa por uma das suas amigas predilectas, pois trata-se da época das amizades fortes e exclusivas. Contudo, embora muito frequentes, não podemos considerar estas relações, homossexuais. Muito pelo contrário, é importante que o adolescente as conheça, compreenda e as viva com gosto, o que pode contribuir para, adquirir um certo equilíbrio afectivo e possibilitar o encontro com o outro sexo".

As características psicológicas deste movimento evolutivo, a sua expressividade e manifestações ao nível do comportamento e da adaptação social, são condicionados pela geografia e cultura da sociedade onde o processo se desenvolve. As atitudes são disposições favoráveis ou desfavoráveis relativamente a objectos, pessoas e acontecimentos ou ainda em relação a alguns

dos próprios atributos (Duque, 1999). As atitudes pessoais estão associadas ao processo de socialização do indivíduo. Levando em consideração a opinião de Young (1995), num estudo efectuado sobre conhecimentos e atitudes de crianças de diferentes culturas em matéria de sexualidade, o autor reforça a ideia de que é extremamente difícil alterar comportamentos e atitudes, quando estes se encontram verdadeiramente enraizados, daí a necessidade de uma intervenção precoce. É através do comportamento manifestado pelo indivíduo que poderemos inferir as atitudes, dado que estas não são objectivamente observáveis.

Como anteriormente se referiu, na adolescência podem assumir-se atitudes e comportamentos sexuais distintos, que devem ser entendidos como naturais. A masturbação ou auto-estimulação, como sendo a obtenção de prazer através de carícias feitas aos órgãos genitais ou outras partes do corpo, não é exclusiva da adolescência, estendendo-se ao longo da vida, assim como também não é exclusiva da espécie humana. Estas condutas auto-eróticas contribuem para a obtenção de prazer e para aliviar a tensão, mas também desempenham na adolescência um importante papel no conhecimento do corpo (Cabrita & Custódio, 2002).

## **CAPITULO II – CONTEXTOS FORMATIVOS/EDUCATIVOS**

Todos os estudos tendem a mostrar que a informação não conduz a uma actividade sexual mais precoce, mas diminui a frequência das DSTs/ISTs e de gravidezes não desejadas, o que origina o recurso a práticas sexuais mais seguras. Torna-se necessário, proceder à sensibilização das populações, nomeadamente dos mais jovens, para a importância da promoção da saúde, prevenção da doença e dos seus direitos em usufruir de cuidados de saúde gratuitos vocacionados em dar resposta a alguns dos seus problemas, respeitando a individualidade e privacidade. Muitos adolescentes fogem de procurar conselhos sobre sexualidade e contraceção por acharem que se pensa que só os perversos premeditam o sexo. É fundamental que todos os intervenientes no processo educativo, abordem os jovens sem os julgar ou sobre eles emitir qualquer juízo de valor. O sigilo é fundamental para qualquer paciente, mas em particular para os adolescentes (Gomes,2000; Brás,2008; Macpherson,2001; Sá, 2001; Sampaio,2006).

### **2.1- Aquisição de competências: conhecimentos em comportamentos sexuais de risco**

A sexualidade na adolescência representa pois a confluência de "sentimentos sexuais" de "atitudes sexuais" e de "comportamentos" resultantes da interacção que podem ser modificados por pressões sociais.

A Associação do Planeamento Familiar (2001), tem defendido a urgência da integração da educação sexual nas escolas, fornecendo aos jovens um espaço de informação, sobre a sexualidade e outras questões inerentes à adolescência.

Segundo Galvão (2000), a sexualidade reveste-se de uma envolveria que atravessa todas as fases e idades da vida do indivíduo, assumindo-se como um conceito que abrange sentimentos, valores e gestos, conciliando a afectividade, a personalidade e a genitalidade. Poderá, por isso, dizer-se que a sexualidade é uma maneira de ser, sentir, expressar e comunicar com os outros. A sexualidade abarca a dimensão biológica, psicológica e social. Estas dimensões estendem-se a todas as idades, assumindo no entanto vivências diferentes. A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano com características próprias e bem definidas, na qual ocorrem alterações múltiplas de carácter biológico, cognitivo, psicológico e social. Não obstante tratar-se de alterações que em si mesmas são universais, o contexto em que ocorrem determinam que se processem de forma diferente, de adolescente para adolescente (Fuentes, Martinez, Ramos & Maribel, 2002). É na adolescência que o indivíduo atinge a maturidade sexual e,

consequentemente, a capacidade de se reproduzir. Também é nesta fase que experimenta de forma acentuada a necessidade de obter satisfações sexuais, sentindo-se fortemente atraído por estímulos e objectos sexuais diferentes, de acordo com a sua orientação sexual. O adolescente defronta-se com os mass media, onde o corpo se apresenta como elemento fundamental da identidade pessoal e das relações humanas, apresentando-se jovem, belo, sensual, sedutor, desejado e que deseja. Simultaneamente ao corpo, a comunicação social associa o desejo sexual e a sedução como potenciais angariadores de consumidores ou clientes. A sexualidade sendo um tema da vida, assume grande centralidade ao ser mote de inúmeros programas jornalísticos, debates e programas de informação (Vilar, 2000).

A decisão dos adolescentes recai cada vez mais na satisfação dos seus desejos sexuais, o que passa por se tornarem sexualmente activos, sem que a sociedade tenha para lhes dar uma resposta adequada, convertendo esta faixa etária num grupo de alto risco sexual. Sendo visível no aumento, de adolescentes com gravidezes não desejadas, do número de abortos e da taxa de doenças sexualmente transmissíveis (Brás, 2000; Fuertes et al, 2002).

Os jovens têm medo de serem identificados e estão pouco motivados para frequentarem as consultas de planeamento familiar a nível dos centros de saúde, muitas vezes por falta de informação e desconhecimento do seu funcionamento (Andrade, 1996; Sampaio, 2009b)

As actividades de planeamento familiar constituem, uma componente fundamental da prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva. São parte integrante dos cuidados de saúde primários e devem organizar-se, em cada Centro de Saúde em articulação com outras instituições, de modo a responder às necessidades da população em geral e em particular dos adolescentes, sendo eles o futuro. Os centros de saúde são instituições dotados de condições para constituírem equipas pluridisciplinares. Estas equipas, conhecedoras da sexualidade humana, estão em condições para promover a educação sexual dos jovens e promoverem cursos de formação e actualização a outros técnicos, no sentido de adquirirem mais e melhores competências para a relação com os adolescentes e para que estes sejam promotores directos da saúde sexual. Nas consultas de planeamento familiar os profissionais de saúde, devem ter em linha de conta certos princípios como, a empatia e a interacção com o adolescente para que este possa expor as suas dúvidas, assegurar confidencialidade e confiança, devem estar atentos ao que os adolescentes não conseguem verbalizar, adequando a informação às necessidades do jovem. Estas consultas deverão ter como objectivo promover uma vida sexual segura e satisfatória nos adolescentes, devem ter o direito de ser informados e ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis (Brás, 2008; Crawford, 2011).

Estudos efectuados por Prazeres (1998a); Sampaio (2009b); Sassetti (1991) e Vicente (1999), sobre as atitudes dos adolescentes em relação às instituições de saúde, revelam que no nosso país os

jovens utilizam pouco e mal os serviços de saúde por razões que se relacionam com o desfasamento entre os cuidados que lhe são prestados e as suas reais necessidades de saúde.

Seria importante que os serviços de saúde facilitassem aos adolescentes um atendimento personalizado e um absoluto sigilo profissional, com o objectivo de facilitar o reforço das atitudes positivas e de comportamentos sexuais responsáveis, de forma a tomarem as suas próprias decisões (Parra, 1999 citado por Brás, 2008).

As Doenças Sexualmente Transmissíveis ou Infecções Sexualmente Transmissíveis (DSTs/ISTs), são outro problema evitável, gerador de angústia nos jovens. A Organização Mundial de Saúde (2002), afirma que, para além da violência, do uso de drogas e de acidentes, a propagação do Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) e outras doenças sexualmente transmissíveis são a maior ameaça à vida dos jovens nos próximos anos. A mesma organização alerta que, existe enorme ignorância entre os jovens sobre o sexo e os riscos a ele associados. Não nos referimos apenas ao Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), mas a outras doenças que, não sendo mortais ou incuráveis como a Sífilis, Gonorreia, Herpes e infecções por Clamídias, causam lesões a nível orgânico. A maioria destas doenças não são graves se forem tratadas desde logo e de forma adequada, caso contrário, acarretam riscos relacionados com o desenvolvimento de determinados tipos de carcinomas, esterilidade e nos casos mais graves podem levar à morte.

No entanto, o aparecimento da SIDA, traz consigo novas exigências e desafios à modificação do comportamento sexual dos jovens, fomentado pelo medo de contaminação e pelo desconhecimento em torno de um tratamento eficaz. O aparecimento da SIDA no início dos anos 80 fez as instituições e profissionais de saúde valorizarem ainda mais a educação sexual, sendo hoje consensualmente aceite que a transmissão eficaz de informação e a prevenção de comportamentos sexuais de risco são as únicas formas de controlar o crescimento desta epidemia. Os objectivos principais dos modelos preventivos prendem-se com a aquisição de conhecimentos sobre anatomia, fisiologia, doenças sexualmente transmissíveis e contracepção (Brás, 2008; Sampaio, 2009b).

O desconhecimento de aspectos fundamentais da sexualidade, da contracepção e da procriação, continuam a ser característicos da maioria dos adolescentes. A falta de informação, sobre medidas preventivas e locais de apoio à sexualidade por parte dos jovens, dificulta uma prevenção eficaz. Devem ser desenvolvidas formas que permitam uma análise crítica da sexualidade nas diversas sociedades e culturas, inculcando a tolerância e o respeito pelas diferenças (Sampaio, 2006).

Todos os estudos tendem a mostrar que a informação sexual não conduz a uma actividade mais precoce ou mais intensa, mas diminui a frequência das DSTs/ISTs e de gravidezes não desejadas, o que origina o recurso a práticas sexuais mais seguras. É no entanto cada vez menos acentuada

a diferença entre rapazes e raparigas no que respeita à sexualidade. Em suma é necessário motivar os jovens a participar de uma forma activa na promoção da saúde sexual. (Prazeres, 2003).

Num estudo efectuado por Nodin, (2000), as raparigas tiveram um único parceiro sexual, já os rapazes tiveram em média 2,2 parceiros durante toda a vida, sendo de 1,3 no último ano. Nos rapazes a presença de relações sexuais é 2,4 vezes superior à das raparigas, e por cada contacto sexual ocasional feminino, existem 3,3 masculinos.

As raparigas começam a ter uma atitude mais favorável em relação à sexualidade e os rapazes também dão maior importância à qualidade afectiva das suas relações sexuais (Andrade, 1996; Nodin, 2001; Sampaio, 2009b).

## **2.2 – Papel da família na educação sexual do adolescente**

Apesar de existir um conjunto diverso de factores que estão associados aos comportamentos sexuais, tem crescido o interesse em compreender o impacto que a influência familiar, das instituições de saúde e dos pares assume na adopção e manutenção de comportamentos sexuais nos adolescentes. O papel da família no desenvolvimento e configuração moral do indivíduo é crucial apesar das constantes mudanças que ao longo dos anos se têm vindo a verificar, sobretudo, no papel que cada membro possui na teia familiar. Apesar de não ser o único agente educativo é, sem dúvida, o mais influente na aprendizagem de valores, bem como de padrões de conduta e, como tal, tem um papel fundamental na educação moral dos filhos. São variadas as condições a nível social, que criam grandes dificuldades no processo maturativo dos jovens, como sejam: a incapacidade das estruturas adaptativas, sobretudo a adaptação e resposta inadequada à realidade actual, o aumento de escolaridade, as barreiras ao ingresso no ensino superior, o prolongamento da dependência material dos pais, as perspectivas sombrias do futuro que não favorece o empreendimento em projectos e, principalmente, a falta de disponibilidade da família para uma comunicação eficaz (Brás, 2008; Cortesão, Silva & Torres, 2005; Sampaio, 2011).

Nesta perspectiva, a adolescência é um período da vida que deve ser visto como uma construção social que decorre num determinado período de tempo e está sujeita a condicionalismos de variada ordem (Galvão, 2000).

A comunicação verbal sobre a sexualidade, no contexto da família, é, apenas uma fonte possível de aprendizagem sexual. É sem dúvida, muito importante que as crianças cresçam num seio familiar saudável, onde exista diálogo, carinho, respeito, educação, abertura e principalmente bom ambiente familiar, para que os adolescentes prosperem de forma justa e adequada. Sabe-se que

os pais são muito importantes na educação dos filhos e não devem abdicar de um assunto tão importante como a sexualidade. Muitos problemas ligados à vivência da sexualidade têm origem na falta de informação e na ansiedade que daí advém, podendo ainda resultar numa baixa auto-estima para o adolescente (Associação de Planeamento Familiar, 2005).

Para os pais, também não é simples esta vivência por parte dos filhos, que confrontados com o seu crescimento e com a sua crescente necessidade de autonomia, nem sempre conseguem avaliar com discernimento até que ponto os podem deixar voar com as suas próprias asas. Falar com os pais, também pode ser complicado, sobretudo quando se trata de sentimentos. Os pais, tal e qual como os adolescentes, não sabem como se ajustar a esta nova individualidade alterada. O processo da adolescência confronta-se com as mudanças dos filhos, que, à medida que crescem, reavivam neles a angústia associada à separação. Torna-se difícil para os pais elegerem o momento de se conservarem discretos ou distantes, quando se trata da sexualidade dos filhos (Brás, 2008; Crawford, 2011).

As características familiares, como a composição familiar, 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 respeita a atitudes e valores parentais face aos comportamentos sexuais, foram identificados como influenciadores das atitudes/ comportamentos sexuais protectores ou de risco para a saúde dos jovens. Existe vontade por parte dos filhos em debaterem com os pais questões relacionadas com a sexualidade, os pais, por seu turno, percebem que este diálogo faz parte das suas funções e responsabilidades parentais, mas o facto de não terem tido este modelo na sua infância fá-los sentir-se inseguros e revelam dificuldades nesta tarefa, optando frequentemente, pelo silêncio. A família foi desde o início descrita na Lei Portuguesa como a pedra angular da educação sexual na escola, no entanto, os professores, médicos e psicólogos referem sistematicamente a falta de colaboração dos pais nas actividades da escola, embora colaborem mais na área da educação sexual do que nas outras áreas para que são solicitados (Associação de Planeamento familiar; 2009, Sampaio, 2011).

### **2.3- Papel da escola na educação sexual dos adolescentes**

A história da educação sexual escolar em Portugal é um processo relativamente recente, na medida em que os valores morais orientadores das políticas educativas portuguesas, ao longo dos tempos, sempre foram controlados pela Igreja e a educação sexual, como ela é entendida neste momento, sempre teve uma forte oposição da Igreja e dos movimentos políticos mais conservadores. A educação sexual ainda está longe de estar generalizada nas escolas e na sociedade. Contudo, apesar de não existirem estatísticas que o possam confirmar, pensamos que

estamos numa posição um pouco melhor relativamente há uns anos, porque há mais escolas e professores motivados para esta necessidade. No âmbito dos conteúdos programáticos, a vertente da sexualidade humana deverá fazer parte integrante do processo educativo, quer abordada de modo mais formal, com integração curricular (em várias disciplinas) e não apenas nas tradicionais como a Biologia, quer integrando as relações normais interpares e entre os diversos elementos que constituem a Escola. A escola assume um papel fundamental, que nenhum dos outros agentes de socialização consegue cumprir, porque é um espaço onde as abordagens são estruturadas e onde os saberes são avalizados, e, sobretudo, tendo em conta que as opiniões divergem, é na escola que se pode promover o debate necessário sobre estas temáticas (Brás, 2008; Damas, 2007; Sampaio, 2006).

A educação sexual no meio escolar é pertinente, quando integrada no desenvolvimento das competências humanas, sociais e académicas dos adolescentes. Deve enquadrar-se no conjunto de relações pessoais e interpessoais, no respeito por si próprio e pelos outros, numa vivência satisfatória e gratificante do corpo e do espírito. Deve também contribuir para a aquisição de informação e de conhecimentos que permitam a opção por atitudes, decisões e comportamentos mais adequados, no sentido de minimizar os riscos e de uma vivência responsável, segura e gratificante da sexualidade. A educação sexual é necessária e indispensável; não só para informar/educar os jovens mas também para os orientar para uma vida sexual responsável. Deveriam então ser criados em todas as escolas espaços facilitadores de expressão e de acesso à informação, onde estivessem profissionais avalizados para lidar com situações deste cariz, adequados à idade e às características da personalidade do adolescente ( Sampaio, 2009b).

Segundo Ministério da Educação Português (2000, citado por Brás, 2008), a educação sexual como contributo para a formação pessoal e social dos indivíduos e para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, tem ganho protagonismo crescente na actividade dos sectores da educação e da saúde. A educação sexual constitui parte integrante do processo de promoção da saúde em meio escolar, nas suas diferentes dimensões: curricular, psicossocial, ecológica, comunitária e organizacional, pois é entendida como uma vertente do processo global da educação, bem como uma das componentes da promoção da saúde. Mas, apesar de existirem normativos legais que enquadram a educação sexual num contexto escolar, esta não tem sido totalmente implementada em Portugal, pelo menos de forma sistematizada e integrada num plano nacional que integre a prevenção de comportamento de risco (Sampaio, 2003; 2004).

Segundo Sampaio (2011), e no contexto desta temática, este continua a sustentar que a educação sexual nalgumas escolas mantêm-se ainda aquém das expectativas, pois esta não é implementada segundo as necessidades dos adolescentes. Os adolescentes deveriam ser os primeiros a ser questionados sobre as suas necessidades e a educação sexual ser ministrada em função das suas carências.

Nodin, (2000), considera que o modelo transversal de educação sexual nas escolas portuguesas falhou e que não existe vontade política para mudar. As escolas são locais de encontro de culturas, etnias, religiões e valores diferentes. Quanto à questão dos valores, considera que estes não devem ser defendidos de forma radical podendo originar a marginalização de alguns alunos por não se reverem neles.

Segundo Galvão (2000), a maioria dos professores considera que esta deve ser levada a cabo por uma equipa de docentes que manifestem interesse e se sintam preparados e à-vontade para tal. A educação afectivo-sexual faz parte da formação integral do aluno, educação para os valores, que abarca aspectos biológicos, sanitários, psíquicos e afectivos, éticos e religiosos, sociais e culturais. Segundo Galvão (2000), Barragán (1995) e Muñoz (1998) consideram que as escolas devem apresentar propostas educativas no âmbito do projecto educativo e curricular de forma a desenvolverem programas de educação afectivo-sexual segundo um modelo transversal, isto é, interdisciplinar. Apela para o uso de metodologias activas numa perspectiva construtivista do ensino, salienta a importância, do levantamento dos interesses prévios por parte dos alunos, da motivação e eventualmente dos conhecimentos já existentes.

#### **2.4 – Agentes de socialização nos papéis sexuais**

O grande objectivo da Educação Sexual é contribuir, ainda que parcialmente, para uma vivência mais informada, mais autónoma e, logo, mais responsável da sexualidade. Como refere Marques et al (2000), o que se torna efectivamente relevante para o sucesso educativo e escolar do aluno é que famílias e escolas se conheçam e se compreendam, sem preconceitos sobre os grupos de pertença das famílias ou outros, porque os vários investigadores que se têm debruçado sobre estes assuntos são unânimes em aceitar que são as práticas educativas das famílias que são determinantes. A educação sexual tem que ser encarada com total naturalidade pelos pais, professores, profissionais de saúde e pelas próprias crianças e jovens. Segundo Marques et al., (2000: p.51) alguns dos receios ou dúvidas que, por vezes, os pais e encarregados de educação exprimem quando se promovem conversas ou debates sobre este tema é que:

*“a aquisição de conhecimentos sobre a sexualidade possa aumentar as suas tentativas de experimentação de comportamentos sexuais; que nas acções de Educação Sexual se inclua o ensino de práticas sexuais, que o mais importante em Educação Sexual, deve ser a prevenção das infecções de transmissão sexual e da gravidez não planeada, sobretudo em adolescentes”.*

Para além de dar a conhecer a realidade da escola, uma adequada articulação entre a família e a escola, permitirá também aos professores conhecerem um pouco melhor o ambiente familiar dos alunos, e dos pais.

O ideal é, “estabelecer um diálogo entre os pais e escola onde discutam qual é a melhor maneira de abordar o tema da sexualidade em casa, como responder às perguntas, do filho ou educando, (...) que materiais didáticos adquirir e onde, para ajudar ao tratamento do tema em casa, que fazer quando o filho ou educando não colocam questões” (Marques et al, 2000: p.52).

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

Em suma, a escola enfrenta graves problemas; o insucesso escolar, a indisciplina, o alcoolismo, a droga e a prostituição, mas fechada dentro de quatro paredes é incapaz de os resolver, por isso tem que abrir as suas portas e deixar que os pais e restante comunidade participe na resolução dos problemas que tem que enfrentar, porque só trabalhando em equipa, num diálogo franco e aberto, é possível encontrar soluções para os minimizar e os resolver. Esse trabalho de equipa só será uma realidade, se os professores, alunos, pais, funcionários, profissionais de saúde e restante comunidade mudarem as suas mentalidades em relação à escola. Esta não pode ser vista como a única responsável pela educação e instrução das crianças e dos jovens.

Consideramos assim que a vivência familiar, a escolaridade, o convívio com os amigos e colegas, o contacto com profissionais de saúde, os meios de comunicação social, entre outros, são intervenientes na educação sexual do adolescente, contribuindo para a construção de um sistema de valores, de atitudes e de condutas no âmbito da sexualidade. No entanto, estes constituem referências que podem divergir nos saberes, nos valores e nos modelos atitudinais e comportamentais que preconizam. Esta repartição de responsabilidade na educação sexual do adolescente é essencial, até porque a maioria dos pais necessitam ainda de vencer alguns tabus e de tomar consciência da importância da sua participação para evitar futuras consequências. Os meios de comunicação (media) são hoje um importante veículo de transmissão de informação para os adolescentes. Os *mass media*, em especial a televisão, são sem dúvida, agentes fortemente modeladores e incentivadores do comportamento dos adolescentes (Sampaio, 2009a).

Segundo Andrade (1996); Macpherson (2001); Nodin (2001); Marques et al (2000); Sampaio (2006), a leitura e a televisão constituem importantes meios de informação sobre sexualidade. No entanto esta divulgação não é a maioria das vezes adequada aos adolescentes o que leva a conceitos errados. É no grupo que o adolescente procura novas fontes de afecto, novos modelos, novas formas de identificação. É também o grupo que lhe permite a partilha de segredos e de experiências e que lhe dá por algum tempo, a identidade social de que carece. A adesão a um grupo representa também para o adolescente maior proximidade à sociedade adulta pois esta é

toda ela feita de grupos; a turma da escola, a classe social, o grupo desportivo, o clube, o partido político.

O grupo de pares, apesar de muitas vezes possuir um conhecimento inadequado e impreciso sobre a sexualidade, exerce uma grande influência na aprendizagem sexual dos adolescentes. Esta relação com o grupo de pares, vai permitir ao adolescente trocar impressões, expondo os seus problemas e dúvidas no âmbito da sexualidade (Marques et al., 2000; Sá, 2001; Sampaio, 2009b).

O grupo, apesar dos riscos que pode comportar, tem um papel muito importante, devido ao carácter acessível, informal e facilitador do alívio de tensões. As características dos grupos variam ao longo da adolescência.

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

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

Por tudo isto, a influência dos amigos torna-se poderosa, uma vez que representam uma fonte de afectos, de solidariedade, de compreensão, um lugar de experimentação e um ambiente para conquistar autonomia e independência dos pais. É igualmente um ambiente para formar relacionamentos íntimos que servem como “*ensaio*” para a intimidade adulta (Andrade, 1996; Dumas, 2010; Nodin, 2001; Sampaio, 2009b).

De entre os modelos que possuem um poder relevante, apontamos os adultos que giram em torno dos jovens através da educação ou dos tempos livres, e ainda os filmes e as suas vedetas. A publicidade, tem um extraordinário poder abonatório sobre estes papéis, quando faz a ligação da sedução sexual com os produtos de consumo. As formas de aliciar são diferentes. Nos produtos que se destinam aos homens, as mulheres surgem com frequência nuas ou exuberantemente vestidas, no entanto sempre particularmente provocantes. Nos destinados às mulheres, os homens apresentam um excelente físico, uma profissão de topo, muito dinheiro, ou são vedetas muito famosas (Andrade, 1996; Dumas, 2010; Sampaio, 2006).

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

### **CAPITULO III – GESTÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E DIFERENCIADOS**

A vivência da sexualidade na adolescência, pode representar um risco para a saúde dos adolescentes. Rapazes e raparigas devem ter acesso à informação e educação sobre sexualidade e os melhores apoios em matéria de saúde sexual e reprodutiva. Os programas de saúde direccionados para os adolescentes, devem promover o desenvolvimento global dos adolescentes, sem se limitarem ao objectivo da prevenção. Os estilos de vida, são em grande parte, uma construção cultural, há que procurar reaver as práticas culturais que agraciem comportamentos impulsores de saúde. Os jovens evitam frequentar os serviços de saúde, há que desenvolver acções nas escolas, nos centros de recreio e lazer, nas paróquias, nas autarquias, nos diversos locais onde se possa com estas acções atingir o maior número de jovens. Os programas de saúde dos adolescentes devem conferir um leque muito variado de assuntos. O profissional que atende o adolescente (enfermeiro, médico, psicólogo ou outro profissional de saúde) deve apoiar-se numa equipa de saberes e formas de intervenção distintas, que suportem respostas mais convenientes, quando tal for necessário (Brás,2008; Nodin, 2001; Sampaio; Baptista; Matos; & Silva, 2007a).

#### **3.1 – Promoção de um desenvolvimento sexual adequado**

É frequente os jovens evitarem a sua equipa de saúde por vergonha e receio de falta de confidencialidade. É importante dar oportunidade ao jovem adolescente de escolher o elemento da equipa com quem quer estabelecer relação preferencial, sempre numa base de confidencialidade, respeito e privacidade (Grande, 1999; Macpherson, 2001; Sampaio et al, 2007). Como suporte deveria existir um departamento multidisciplinar ou núcleo de saúde do adolescente, com profissionais preferencialmente especialistas em cuidados de saúde comunitária, saúde infantil e saúde mental, com a função de proceder a estudos na comunidade e elaborar projectos de investigação que permitissem melhorar a intervenção junto deste grupo etário, planeando acções que fossem ao encontro das suas reais necessidades. Intervir junto dos jovens, família, escola e comunidade, com acções de educação para a saúde e outras achadas pertinentes tendo em conta a adesão dos próprios adolescentes, pais e outros educadores, promover a formação e actualização de conhecimentos.

Muitos profissionais da área dos cuidados de saúde primários sentem-se eventualmente inseguros para desenvolver actividades e projectos na esfera da sexualidade humana, visto não existirem indicações muito claras e oportunidades de formação em educação sexual. As formações dirigidas a um grupo devem partir dos conhecimentos, interesses e capacidades da população a quem se

vai dirigir. O sigilo é extremamente importante para qualquer paciente mas muito particularmente para o jovem adolescente (Brás, 2008; Grande, 1999; Macpherson, 2001; Sampaio et al, 2007; Sousa, 2000).

A orientação dada pelo profissional de saúde não pode ser preconceituosa, nem carregada de códigos morais ou religiosos. Devem ser utilizadas de preferência terminologias próprias e não gírias. É necessário orientar o adolescente e família sobre as transformações que ocorrem no corpo, sobre as sensações sexuais, o carácter normal da masturbação, da curiosidade sexual, do tamanho dos órgãos genitais e sobre o acto sexual propriamente dito e suas consequências. Enfatizar que o acto sexual envolve duas pessoas, é de carácter íntimo e privado e ambas têm que estar de acordo, portanto, prontas para assumir as responsabilidades advindas deste. Os objectos de desejo sexual tendem nesta fase a ser coincidentes, bem como a ocorrência de relações sexuais. É fundamental lembrar que a vivência da sexualidade é, muitas vezes, regulada pelas emoções de experimentação e de risco, o que traz uma dificuldade acrescida, na adopção de medidas preventivas, especialmente no plano das gravidezes indesejadas e das doenças sexualmente transmissíveis (Brás, 2008).

Seria importante que os serviços de saúde facilitassem aos adolescentes atendimento individual, com o objectivo de facilitar o reforço de atitudes positivas e de comportamentos sexuais responsáveis

Os adolescentes são o grupo etário que menos utilizam os cuidados de saúde, pois não sentem necessidade desse tipo de consulta, mas de consultas especificamente viradas para as necessidades sentidas por eles. Na maioria das vezes, os adolescentes que carecem de mais cuidados pertencem aos grupos mais desfavorecidos e são também estes que apresentam menor acessibilidade aos serviços. Em muitas situações, os adolescentes desconhecem as possibilidades de apoio e os cuidados que podem ser facultados pelos serviços. O funcionamento dos serviços, de carácter físico ou organizativo, podem dificultar a aproximação dos adolescentes aos mesmos. Há situações em que os adolescentes têm dúvidas quanto à atitude dos profissionais, face a algumas questões de saúde que possam apresentar, devido a experiências anteriores não gratificantes. Os profissionais referem, com frequência possuem competências insuficientes para responderem às solicitações dos jovens e necessitam de outras condições como, o tempo e privacidade, para prestarem cuidados de modo adequado ao tipo de necessidade (Prazeres, 2003).

É de salientar a importância do anonimato, do sigilo profissional e não menos importante a necessidade de locais adequados para este tipo de contactos com os profissionais de saúde. Estes profissionais, em parceria com as escolas (professores), pais e a própria comunidade, têm o dever de ajudar os jovens adolescentes a assumir atitudes positivas em relação à saúde sexual,

ajudando-os a criar um conjunto de conhecimentos próprios da sua idade, tornando-os hábeis no entendimento e percepção no significado de um estilo de vida saudável.

### **3.2 – Minimizar gastos em saúde**

O estabelecimento de uma política educativa de educação sexual tem percorrido um longo e difícil processo, na medida em que nos referimos também, à dimensão política e social e não só à dimensão pessoal e interpessoal. É preciso referir também a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), um modelo organizativo de implementação da Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar, que se desenvolve em parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde e pretende capacitar as populações para a completa realização do seu potencial de saúde (Sampaio, Baptista, Matos & Silva 2005).

A implementação da educação sexual no ensino escolar e a abertura de centros de planeamento familiar gratuitos e anónimos para os menores são duas etapas fundamentais da prevenção no âmbito da saúde dos jovens adolescentes. As práticas relacionadas com a saúde dizem respeito a formas e estilos de vida, tornando-se importante dar aos jovens as oportunidades indispensáveis e capazes de lhes permitir avaliar se os seus estilos de vida são ou não saudáveis (Marques et al., 2000; Prazeres, 1998b, Sampaio et al, 2007).

Podemos considerar como estilo de vida saudável aquele em que a grande maioria dos comportamentos adoptados tem uma orientação positiva em que tenha lugar predominante o exercício físico, uma alimentação saudável, e onde as substâncias aditivas como tabaco, álcool entre outras, estejam ausentes e haja um excelente relacionamento humano (Nodin, 2001; Sampaio, 2006; Young, 1995). A natureza de aprendizagem social no seio de uma família ou cultura, influencia decisivamente o comportamento relativo à saúde. Foi na década de 80 do século XX, que se formou como que um consenso geral sobre o significado da expressão promoção de saúde. Neste contexto, a International Planned Parenthood Federation (IPPF, 2006), pretende melhorar a qualidade de vida dos indivíduos através de campanhas de promoção do reconhecimento global e efectivo da importância da saúde sexual e reprodutiva, defende o direito de todos os jovens apreciarem as suas vidas sexuais sem doenças, gravidezes indesejadas, violência e discriminação, apoia o direito das mulheres decidirem terminar uma gravidez de forma legal e segura e luta pela eliminação das infecções sexualmente transmissíveis e pela redução da propagação e impacto do VIH/SIDA.

O Gabinete Europeu da Organização Mundial da Saúde (1997), apresentou para discussão, um documento onde expunha o conceito geral e os princípios da promoção de saúde que ajudariam a fomentar e incentivar o debate. Foi com a chamada Carta de Ottawa (1986) que a promoção da

saúde ficou definida como o “processo que possibilita às pessoas aumentar o seu domínio sobre a saúde e melhorá-la”. A promoção da saúde sexual deve reflectir e estimular o desenvolvimento de atitudes positivas face à sexualidade humana.

Motivar para a prevenção de comportamentos de risco não minimiza nem reprime a exteriorização dos afectos de cariz sexual dos adolescentes. A preocupação dos profissionais de saúde pública centra-se na falta de preparação e protecção com que os jovens iniciam a sua vida sexual. No plano do conhecimento, é essencial informação sobre a sexualidade, não apenas biológica, mas integrada na forma de estar no mundo.

Um estudo da Associação de Planeamento Familiar (2001), salienta que cerca de 25% dos jovens portugueses mantêm relações sexuais sem contraceptivos, que resultaram em riscos sérios, como 6,8% de gravidezes não planeadas, três em cada quatro interrompidas, e 6,7% (rapazes e raparigas) infectados com uma doença sexualmente transmissível. Países como a Noruega, a Dinamarca ou a Holanda têm poucos casos de mães adolescentes, isto porque a educação com mais informação e maior debate sobre a sexualidade são duas vertentes que as autoridades defendem com veemência.

Nesta matéria cabe às entidades promotoras de saúde responsáveis pelos programas de saúde escolar, criar estratégias e reorganizar os modelos já instituídos, para, que nos distintos contextos sociais, nomeadamente em ambiente escolar, eles possam ter ao seu dispor os meios de que necessitam para poderem obter informação pertinente às suas dúvidas, alarguem as competências de decisão pessoal sobre comportamentos, apoiados em valores e atitudes individuais face à sexualidade (Sampaio et.al, 2007).

Segundo 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. Os conteúdos sob a forma de informação e conhecimentos são importantes, pois será impensável querer que alguém tome decisões bem estruturadas, racionais ou eficazes, no que diz respeito à saúde ou ao seu estilo de vida, se não tiver tido acesso a informação factual e credível”*.

Quanto maior for o grau de compreensão, de autenticidade e de respeito por parte dos profissionais no atendimento dos jovens que os procuram, mais facilmente eles assimilarão as noções e conceitos de uma vida saudável. Um resultado útil e duradouro da educação para a saúde, será aquilo que o individuo consiga reter em termos de estilos de vida saudáveis, nesta fase digamos que é primordial. Pois, a capacidade de interiorização e relacionamento é talvez a mais importante qualidade para proporcionar uma vida plena e digna de ser vivida (Sousa, 2003).

### **3.3 – Diminuição de implicâncias a nível económico, social e familiar**

Embora os adolescentes sejam considerados um grupo etário saudável, esta afirmação é aceite do ponto de vista estritamente físico e não em termos de saúde global. Pois os problemas de saúde, com que se deparam hoje os adolescentes, como já foi referido, não são tanto de ordem física mas de ordem psicossocial. Nas sociedades ocidentais, nas quais nos inserimos, a adolescência é uma etapa do desenvolvimento que tem proporcionado alguma reflexão. Das ciências da saúde às da educação, da sociologia à política, são raras as áreas do conhecimento que não dediquem uma parte da sua atenção à adolescência. Existe também, a nível mundial um movimento crescente no sentido de se considerarem os adolescentes como grupo vulnerável com necessidades de saúde particulares e, como tal, necessitando de cuidados de saúde específicos e acessíveis. Há diversos estudos de pesquisa que consignam a associação de vários comportamentos de risco em adolescentes. Analisando as estatísticas, verifica-se que neste período, as principais causas de morte e incapacidade têm origem em comportamentos de risco (Brás, 2008; Nodin, 2001; Sampaio, 2009b).

Segundo os dados estatísticos do Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (CVEDT) (2004), a infecção pelo VIH, entre 1 de Outubro e 31 de Dezembro de 2003 foram recebidas notificações de 1783 casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, a maior parte dos casos relatados, atingiu indivíduos com menos de 20 anos; mais de 50% das pessoas com VIH / SIDA, infectaram-se entre os 15 e os 24 anos. A mesma fonte mostra-nos que esta tendência se repete um pouco por todas as capitais distritais do país. A nível mundial continua a progredir, com especial relevância nos jovens. Este aumento de pessoas infectadas com VIH/ SIDA e o receio que desencadeia na sociedade, veio imbuir de novo significado e importância a educação ligada à sexualidade ou seja, as DSTs/ISTs e à contracepção.

Segundo Brás (2008,p.209) “ o aparecimento desta doença, o sexo como comportamento de risco adquiriu nova dimensão, enfatizando-se hoje, a necessidade da promoção de comportamentos sexuais seguros nos jovens. Assim é necessário consciencializar de que as doenças de transmissão sexual, incluindo a infecção por VIH se evitam não proibindo as relações sexuais, mas antes com uma educação sexual que proporcione informação sobre as formas de contágio, uso adequado do preservativo e medidas de higiene sexual.”

Ajudar os adolescentes a crescer exige a compreensão não só do que eles pensam mas sobretudo de como é que eles pensam. Os adolescentes percebem a saúde de forma distinta dos adultos. Para eles, ter saúde é igual a ser plenamente activo, ser corajoso, fazer o que se quer. Acreditam na singularidade das suas próprias experiências e estão convencidos que as consequências negativas dos seus comportamentos de risco só acontecem aos outros. Deste modo a adolescência é um período complexo e de considerável risco para a saúde, mas também

pode ser um período crítico para intervenções significativas de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis. Neste sentido, há que saber quais os factores que acentuam a vulnerabilidade e como agir para reforçar a resistência individual tal como a protecção em geral (Vilar, 2000).

Segundo Sampaio (2009b), é importante reflectir sobre os adolescentes como grupo vivenciador de diferentes experiências nos seus contextos quotidianos, porque, quotidianamente, e no curso das suas interacções é que os jovens constroem formas sociais de compreensão, de relação e de entendimento.

### **3.4 – Programas de educação para a saúde**

A educação sexual, enquanto contributo para a formação pessoal e social dos indivíduos, entendida como uma vertente do processo global da educação, bem como uma das componentes da promoção da saúde, representa uma das áreas em que a colaboração entre os sectores da educação e da saúde se torna indispensável. Nesse sentido, a educação sexual constitui parte integrante do processo de promoção da saúde em meio escolar. A compreensão e a abordagem da sexualidade de uma sociedade é um reflexo directo do seu sistema cultural, o que possibilita tantas perspectivas do comportamento sexual, como sociedades. O grande desafio da educação sexual contemporânea consiste em definir um sistema de valores que combine a tolerância e a diversidade, a igualdade social com compreensão pelas expectativas sociais e a lei (Sá, 2001 Sampaio, 2006).

A geração de jovens que está a entrar na adolescência, é a maior de sempre em termos mundiais, cerca de 20%. Atendendo a este facto, os adolescentes devem ter acesso e educação sobre sexualidade e os melhores serviços e apoios em matéria de saúde sexual e reprodutiva, devendo estes assegurar as respostas às necessidades dos diferentes jovens (Associação de Planeamento Familiar, 2001).

Nos serviços de cariz local, os centros de saúde, representam as instâncias em que podem concretizar-se melhor os princípios da intersectorialidade e da participação dos jovens. Há contudo, outras equipas de saúde, como as de saúde pública, saúde escolar, educação para a saúde, que desempenham, em muitos locais um papel de relevo nesta matéria. Um espaço de adolescentes deve ser autónomo em questões como a privacidade, confidencialidade, sigilo, convívio e horário, tendo a capacidade de ser acessível e capaz de responder às necessidades dos jovens (Brás, 2008; Prazeres, 2003; Sampaio, 2006).

Dinamizar o convívio dos adolescentes com os serviços de saúde e tentar melhorar os cuidados prestados, implica salvaguardar diferentes características do atendimento juvenil ligado a acessibilidade dos cuidados apropriados para o adolescente. Os modelos e organização dos cuidados devem ser divulgados, reconhecidos e credibilizados entre os profissionais e comunidade a que se destinam (Brás, 2008; Grande, 1999; Marques et al, 2000; Sampaio,2009a).

A subvalorização destes aspectos ou dúvida instalada acerca da sua aplicação constituem, regra geral, factor de afastamento dos adolescentes em relação às instituições de saúde. Os profissionais de saúde em geral podem contribuir para que os jovens assumam, de forma progressiva, responsabilidade sobre as suas condutas pessoais face à saúde. Para tal, é indispensável que lhes seja permitido discutir, sem constrangimentos, as preocupações, os comportamentos de risco ou os problemas de saúde. Na nossa opinião, é para os adolescentes, de extrema importância um correcto esclarecimento nesta matéria, até porque, custa menos oferecer aos jovens uma formação adequada sobre vida sexual, que tentar resolver, como convém, os problemas postos pelo aborto e pelas possibilidades de educação perdida, ou ainda de combater os outros efeitos secundários indesejáveis da liberdade sexual de hoje (Crawford, 2011).

O reconhecimento de vários factores de risco relacionados com o processo básico do desenvolvimento dos jovens e com a diversidade de relações que os mesmos desenvolvem nas vertentes bio-psico-social por forma a orientar, informar, esclarecer e prevenir riscos em saúde como a sexualidade, gravidezes na adolescência não desejadas, infecções sexualmente transmissíveis, sida, padrões de dependência como o álcool, o tabaco e a droga, violência escolar entre outros programas. O ministério da educação em parceria com o ministério da saúde em 2009, de acordo com o diagnóstico de necessidades sentidas quer pelas equipas de saúde, quer pela comunidade escolar, criaram o Decreto Lei nº 60/2009, onde se determinam temas curriculares de promoção e educação para a saúde, que deverão ser desenvolvidos pelas escolas. Alguns destes programas envolvem a saúde infantil e juvenil, saúde oral e higiene corporal, educação ambiental, alimentação saudável, prevenção de consumos nocivos, prevenção de bullying, educação afectiva e sexual e o Gabinete de Apoio ao Jovem Estudante (GAJE).

Nalgumas escolas da nossa região já estão a ser implementadas programas sobre educação para a saúde e alguns com sucesso, pois os alunos estão a aderir com bastante entusiasmo. Os temas são interessantes, e, segundo os profissionais que trabalham mais propriamente nesta área, as grandes dúvidas e maior interesse, “brotam” especificamente no tema da sexualidade. Isto pode-nos levar a pensar que de facto os adolescentes têm muita informação sobre o tema, mas não a sabem gerir conforme as suas necessidades.

**PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

## **CAPITULO IV – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: ANÁLISE DA PERSPECTIVA DO ADOLESCENTE FACE À SEXUALIDADE**

A ciência é entendida como um conjunto de conhecimentos humanos a respeito da natureza, da sociedade e do pensamento, sendo estes adquiridos pela descoberta e explicações das leis que regem os fenómenos. Nem todo o conhecimento é científico, pode ser do senso comum, literário, religioso entre outros. Sendo que o conhecimento do senso comum é adquirido com a vivência do dia a dia, o religioso é-nos revelado e o científico é obtido através do método científico ou seja através da investigação (Ribeiro, 2010).

Neste capítulo procuramos explicitar os procedimentos metodológicos adoptados e o que levou à sua escolha. Começamos por expor as considerações que estiveram subjacentes às concepções do estudo e os objectivos que foram delineados, posteriormente abordaremos as opções metodológicas concebidas de acordo com o esboço.

### **4.1 – Contextualização da pesquisa**

Sendo a sexualidade um “dilema”, que atinge a sociedade em geral e em particular os adolescentes, tem conquistado cada vez mais a atenção das pessoas. A adolescência, que significa “amadurecer para ser adulto”, geralmente é considerado como um processo psicológico, social e de maturação e inicia-se com a puberdade. É um período da vida em que há procura de relações afectivas. No grupo de adolescentes, a educação sexual deve estar orientada para a maturação psicosexual, afectos e planeamento familiar. Os profissionais de saúde devem proporcionar um clima que favoreça o diálogo, dinamizar e estabilizar as diferentes opiniões (Brás, 2008; Sampaio, 2006; Vaz, 2007).

A adolescência é sobretudo uma fase da vida de construção das bases da personalidade humana. Os problemas que lhe podem estar associados são próprios das contradições e percorrer de caminhos num momento de opções, numa altura da vida em que esta é vivida muito intensamente. A sexualidade nas crianças e nos jovens é algo que não deve ser reprimido. Sendo que a sexualidade é privada, dá prazer, gera filhos mas também pode transmitir doenças. Por tudo isto deve ser “ensinada” e exercida com alguns pré-requisitos; responsabilidade, respeito, alegria e amor, podendo tornar-se um acto grosseiro, arriscado e irresponsável se estes condimentos não estiverem presentes (Vaz, 2007).

Ao efectuarmos este estudo partimos do pressuposto, que mais conhecimento sobre a sexualidade, nesta etapa da vida e das suas consequências, que se pode incutir a cada um dos intervenientes, se traduzirá numa melhoria substancial das atitudes dos adolescentes, o que indubitavelmente, conduzirá a uma diminuição de comportamentos de risco. Com a finalidade de elaborar um documento, que possa ser útil aos profissionais de saúde, que directa ou indirectamente, se encontrem envolvidos na promoção da saúde sexual dos adolescentes.

#### **4.2 – Estrutura metodológica**

Segundo Ribeiro (2010) o método científico consiste num sistema de regras e de processos no qual se baseia a investigação. O objectivo do método científico é fazer afirmações sem erro. Sendo a investigação um processo delicado e complexo inclui várias fases e só é considerada investigação quando o seu produto final permite a outros investigadores, seguirem os mesmos passos chegando ou não aos mesmos resultados. A metodologia é a descrição sistematizada dos procedimentos e estratégias utilizadas para a realização de um trabalho de investigação.

No decurso da fase metodológica procurou-se determinar os métodos a utilizar para obter respostas às questões de investigação colocadas.

A questão de investigação constitui, o elemento fundamental do início de uma investigação. Propusemo-nos assim, avaliar e analisar os conhecimentos, comportamentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade.

##### **A - Questão de investigação:**

- Quais os conhecimentos, comportamentos/atitudes dos adolescentes face à sexualidade?

Ao pretendermos estudar a perspectiva do adolescente face à sexualidade, segue-se a formulação dos objectivos específicos da investigação.

##### **B - Objectivos específicos:**

- Analisar as atitudes dos jovens adolescentes face à sexualidade;
- Avaliar os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade;
- Identificar comportamentos de risco;
- Identificar as variáveis independentes que mais se associam e interferem com a variável dependente do nosso estudo;
- Fazer proposta de intervenção a nível da gestão dos cuidados de saúde sobre a temática em apreço.

### **C - Tipo de Estudo**

Para dar cumprimento aos objectivos que nos propusemos, realizamos um estudo observacional, descritivo, analítico e transversal, de cariz eminentemente quantitativo. A análise quantitativa é um processo sistemático de recolha de dados, observáveis e quantificáveis, percorrendo um conjunto de etapas, que vão desde a definição do problema até à observação dos resultados. O investigador procura obter respostas para a questão de investigação formulada e determinar a situação de algumas variáveis numa população, tendo como objectivo, descrever, interpretar e explorar a relação existente entre as variáveis em estudo, numa determinada população e num determinado período de tempo. É transversal, pois permite-nos obter informação acerca do estado actual dos fenómenos e comparar com outros momentos (Fortin,1999; Ribeiro, 2010).

### **D - Variáveis em estudo**

Um estudo científico, implica variáveis que deverão ser contextualizadas nos objectivos e/ou nas hipóteses. Segundo Ribeiro (2010), as variáveis na investigação, são um elemento central, pois é em volta delas que a investigação será estruturada. Para Ribeiro (2010, p. 36), “*variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos e é oposto a uma constante.*” Segundo Fortin (1999), variável dependente é aquela que o investigador tem interesse em compreender, explicar e prever. Esta variável é consequência de uma pluralidade de muitas outras variáveis independentes. Variável independente é aquela que influencia, determina ou afecta uma outra variável dependente.

As variáveis independentes definidas para este estudo são:

Características pessoais dos participantes: idade, sexo, ano escolar, escola, área científica, local de residência, com quem vive, habilitações literárias/ académicas dos pais, profissão dos pais e estado civil dos pais.

As variáveis dependentes definidas foram:

Conhecimentos, comportamentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade.

Nas questões em aberto, pretendemos determinar outros entraves que os adolescentes sintam e que não estejam contemplados nas perguntas fechadas.

### **E - População e Amostra**

Qualquer estudo necessita de uma amostra onde o investigador irá procurar testar as questões de investigação, confirmando ou não a relação que estabelece entre as variáveis. O ideal seria estudar a totalidade dos elementos de uma determinada população, pois os resultados seriam mais fidedignos, no entanto por conveniência do investigador foi seleccionada uma amostra de algumas escolas do distrito de Bragança. A população ou universo é a totalidade das observações

pertinentes que podem ser feitas num dado problema (Miaoulis e Michener, 1976 aludido por Ribeiro, 2010).

A população deste estudo são N=736 alunos que frequentavam os 10.º, 11.º e 12.º anos das escolas secundárias de Bragança: Emídio Garcia e Abade Baçal, escola secundária de Miranda do Douro e escola profissional de Carvalhais em Mirandela. A amostra foi proporcional nas quatro escolas, nomeadamente 130 alunos da escola Emídio Garcia, 75 alunos da escola de Carvalhais, 53 alunos da Escola de Miranda do Douro e 45 da Escola de Abade de Baçal. O tamanho da amostra é  $n = 303$  alunos. Segundo a fórmula de Oliveira e Grácio (2005), o nosso erro amostral é 4,4%.

Os alunos foram seleccionados em função das áreas científicas nas diferentes escolas. Atendemos à disponibilidade da escola em participar no estudo e boa vontade dos alunos em responder ao questionário. Foram eliminados os questionários que não reuniam os critérios de inclusão, por deficiente ou incompleto preenchimento.

No entanto a população raramente está acessível na sua totalidade e, deste modo, o investigador é condicionado a trabalhar apenas com uma parte desta, da qual procura extrair uma amostra, se quisermos, uma réplica em miniatura dos elementos da população alvo que são convidados a participar no estudo. O trabalho com a amostra permite ao investigador, reduzir custos, reduzindo assim a mão de obra, recolhendo informação mais rapidamente (Fortin, 1999; Ribeiro, 2010).

#### **F - Tamanho da Amostra**

Segundo Oliveira & Grácio 2005 o tamanho da amostra a considerar é importante, pois com amostras de pequena dimensão é possível não detectar diferenças estatisticamente significativas, e por outro lado, amostras exageradamente grandes podem tornar diferenças irrelevantes em estatisticamente significativas. Assim sendo, neste trabalho para o cálculo do tamanho da amostra teve-se em atenção os factores:

- Nível de confiança da pesquisa.
- A precisão desejada, ou melhor, o erro amostral aceitável para os resultados obtidos na pesquisa.
- A variabilidade dos dados, ou seja, o quanto os dados estão dispersos em relação à característica mais importante na pesquisa.
- O custo.

## **G - Instrumento de Recolha de Dados**

Para efectuar a recolha de dados capaz de validar o conhecimento e a compreensão da realidade de um estudo, através de metodologia científica, é necessária a utilização de um instrumento de colheita de dados capaz. Segundo Fortin (1999), o instrumento de colheita dados, assim como a organização das questões, constituem a espinha dorsal da investigação. Considerando a população em estudo e o tema em causa, optou-se por um questionário de auto preenchimento, voluntário e anónimo (Anexo I), já validado para profissionais de saúde por Brás (2008) e adaptado para os adolescentes. Foi pedida autorização ao autor deste questionário, para adaptação do mesmo à amostra em estudo (Anexo II).

Este questionário encontra-se dividido em duas partes distintas. A primeira parte destina-se a obter dados pessoais do adolescente, a segunda parte é constituída por questões que vão permitir a operacionalização das variáveis dependentes e também, independentes, conseguindo identificar os comportamentos, conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade.

## **H- Pré-teste**

O Pré-teste tem como objectivo avaliar a eficácia, a pertinência e a validade do instrumento de colheita de dados. O instrumento utilizado para a recolha de dados, foi previamente testado, com o objectivo de avaliar o seu grau de explicitação e compreensão das questões em causa, bem como aferir o tempo médio de preenchimento (Quivy & Campenhout, 1992, citado por Ribeiro, 2010).

O questionário foi pré testado numa turma de 22 alunos, com características semelhantes às da população em estudo, mas que não entraram na nossa investigação. O tempo médio de preenchimento de cada questionário foi de trinta minutos, não havendo necessidade de reformular questões.

## **I - Considerações Éticas**

Para a aplicação do instrumento de colheita de dados, foi redigido um pedido de autorização às escolas (Anexo III). Destas escolas, duas não quiseram participar no estudo. A escola Abade Baçal participou, mas com a condicionante de o questionário ser exclusivamente aplicado aos alunos do 12.º ano. Após resposta afirmativa das restantes escolas, foi enviado um pedido de autorização aos pais, para os seus educandos poderem responder ao questionário (Anexo IV).

A aplicação dos questionários decorreu no período de 10 de Novembro a 15 de Dezembro de 2010.

## J - Tratamento Estatístico dos Dados

O tratamento e análise dos dados foi realizado no SPSS versão 19, tendo existido dois tipos de abordagens.

Em primeiro lugar procedeu-se à apresentação dos resultados recorrendo a medidas estatísticas do tipo descritivo, tais como, frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão. Estes resultados foram apresentados em função do sexo recorrendo a tabelas e alguns gráficos. E, sempre que tal se revelou adequado, realizou-se o teste de independência do qui-quadrado baseado em tabelas de contingência, de forma a testar a independência entre duas variáveis. Os pressupostos de aplicabilidade deste teste estão relacionados com as frequências esperadas, que não podem ser inferiores a 1, e não mais de 20% inferiores a 5 e, ainda, a amostra deve ser superior a 30. Quando não forem cumpridos estes pressupostos não se realiza o teste aparecendo uma nota na referida tabela.

Em segundo lugar, procedeu-se à inferência estatística de forma a validar as hipóteses formuladas. Neste âmbito recorreu-se, à regressão logística que nos permite obter as *odds ratio* (chances) para cada par de variáveis, vem como a sua significância estatística e intervalo de confiança a 95% e ainda ao teste de independência do qui-quadrado (atrás mencionado). A regressão logística utiliza-se quando a variável dependente é do tipo nominal dicotómico e serve para modelar, em termos probabilísticos, a ocorrência de uma das duas classes da variável (Maroco, 2007). As *odds ratio* ou razão das Chances é uma estimativa da razão das chances do “sucesso” versus “insucesso” por unidade da variável independente. As odds são calculadas a partir de uma classe de referência que nas tabelas de resultados está identificada com o número 1. Os pressupostos de aplicabilidade de uma regressão logística são: linearidade e aditividade; proporcionalidade; constância de efeito; os erros são independentes e apresentam distribuição binomial e ainda os preditores não são multicolineares. A validação destes pressupostos é feita graficamente pela análise dos resíduos e a multicolineariedade pode ser diagnosticada calculando a tolerância ( $T = 1 - R^2$ ). Para cada regressão logística foram validados os referidos pressupostos.

Qualquer plano de análise pressupõe a elaboração de um conjunto de procedimentos para assegurar a sua fidedignidade e validade.

## I - Hipóteses

As hipóteses propõem clarificar aquilo que o investigador espera encontrar no final do estudo e porquê. As hipóteses derivam de modelos, da teoria, de investigações anteriores. A hipótese combina o problema e o objectivo numa explicação clara de resultados esperados de um estudo.

Se a investigação está centrada numa teoria que postule relações entre variáveis, as hipóteses devem existir (Ribeiro, 2010).

As hipóteses foram elaboradas a partir da fundamentação teórica realizada. Quanto à sua formulação, o objectivo é serem claras e objectivas de modo que fosse possível serem testadas.

Foram formuladas as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1** – Existe associação entre os conhecimentos que os adolescentes possuem acerca da sexualidade e o sexo, a idade, o ano escolar, a área científica, o local onde reside, o estado civil dos pais e o dialogar com os pais sobre sexualidade.

**Hipótese 2** – Existe associação entre o início da actividade sexual dos adolescentes e o sexo, a idade, a área científica, local de residência, estado civil dos pais e o dialogar com os pais.

**Hipótese 3** – Existe associação entre os conhecimentos que os adolescentes têm quando iniciam a sua actividade sexual e o sexo, a idade, a área científica e o dialogar com os pais.

**Hipótese 4** – Existe associação entre o uso de contraceptivos e o sexo, a idade, a área científica, o local de residência, o dialogar com os pais e existência de conhecimentos sobre sexualidade quando iniciam a sua vida sexual.

**Hipótese 5** – Existe associação entre os conhecimentos que os adolescentes possuem sobre DSTs/ISTs e o sexo, a idade, a área científica e o local de residência.

**Hipótese 6** – Existe associação entre a procura de informação sobre DSTs/ISTs e o sexo, a idade, a área científica e o local de residência.

**Hipótese 7** – Existe associação entre a importância que os adolescentes dão à existência de locais para esclarecer/dialogar assuntos de natureza sexual com profissionais de saúde avaliados e o sexo, a idade, a área científica e o local de residência.

**Hipótese 8** – Existe associação entre a localização do profissional de saúde para esclarecimentos do adolescente e o sexo, a idade, a área científica e o local de residência.

**Hipótese 9** – Existe associação entre abordar o tema “sexualidade” com profissionais de saúde e o sexo, a idade, a área científica e o local de residência.

**Hipótese 10** – Existe associação entre o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do adolescente e a idade, a área científica e a escolaridade dos pais.

## **CAPITULO V – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

No momento em que cada vez mais se manifesta a importância da sexualidade no adolescente e em que esta tomada de consciência põe em causa os valores morais tradicionais, desencadeando reacções de temor em muitos adultos e até profissionais de saúde, parece profícuo reflectir sobre os resultados obtidos. Não há uma adolescência, mas adolescências constituídas por redes relacionais de diferenças socioculturais, que estrutura proximidades e distâncias sociais.

Dado que as variáveis em estudo envolviam dimensões afectivas de opiniões, atitudes e conhecimentos face à sexualidade dos jovens adolescentes, consideramos que o método de recolha de dados mais adequado seria o questionário. As respostas obtidas, sobre a orientação, a realização e as práticas sexuais devem ser lidas preferencialmente como declarações. Pois embora remetam para orientações, realizações e práticas comportamentais concretas e com elas tenham alguma correspondência, devem estas ser tomadas como respostas tendencialmente adequadas ao indicado pelos inquiridos.

Assim a apresentação, análise e discussão dos dados é um processo que tem como objectivo não só resumir as observações que foram realizadas para que forneçam respostas às questões de pesquisa, mas também, procurar um significado mais amplo para essas respostas, relacionando-as com o estado da arte sobre a temática em apreço.

## I Parte - Caracterização sócio demográfica da amostra em estudo

A amostra em estudo é composta por 303 indivíduos de ambos os sexos, que estudam em quatro Escolas secundárias do Distrito de Bragança, Trás-os-Montes.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos inquiridos segundo o sexo e a idade, como podemos observar, 41,6% dos indivíduos são do sexo masculino e 58,4% do feminino, dados corroborados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011) que refere, na região Norte a relação de masculinidade era, em 2011, de 91,5 homens por cada 100 mulheres. Relativamente à idade esta varia entre os 14 e os 20 anos. A idade média registada foi de 16,54 anos com um desvio padrão de 1,29 anos.

Tabela 1- *Distribuição dos inquiridos segundo o sexo e a idade*

		Frequência absoluta	%
Sexo	Masculino	126	41,6
	Feminino	177	58,4
	<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100</b>
Idade	14	2	0,7
	15	86	28,4
	16	42	13,9
	17	124	40,9
	18	27	8,9
	19	13	4,3
	20	9	3,0
	<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>
Estatísticas descritivas		$\bar{X} = 16,54$	$s = 1,29$

A moda situa-se nos 17 anos com 80 adolescentes do sexo feminino e 44 do masculino, seguindo-se 15 e 16 anos, como podemos observar na Figura 1.

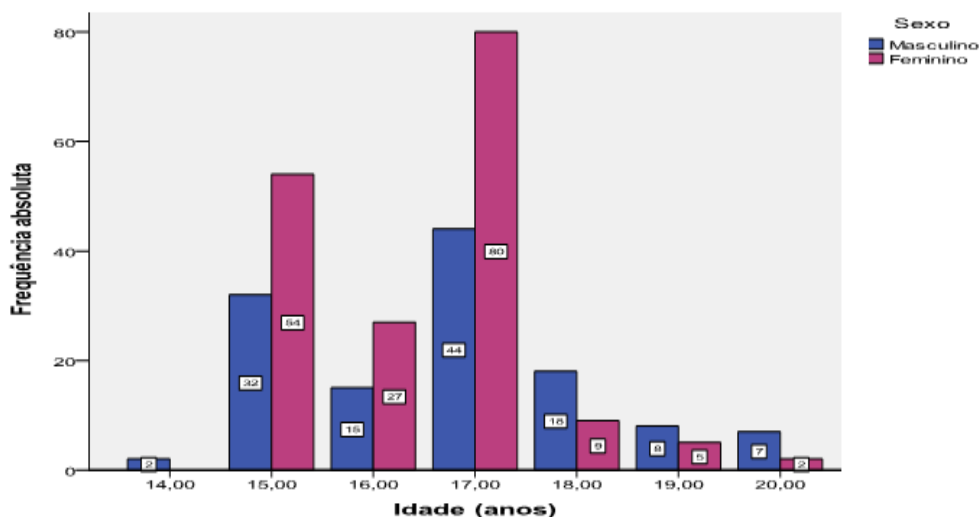


Fig. 1- Distribuição dos inquiridos segundo a idade e o sexo

Quanto à distribuição dos inquiridos segundo o ano escolar que frequentam, constatamos que 45,5% frequentam o 10.º ano, 38,9% frequentam o 12.º ano e 15,5% o 11.º ano de escolaridade. Resultados que vão de encontro a um estudo efectuado na cidade de Bragança, por Sousa (2000), onde 47,2% frequentavam o 10.º ano, 28,2% o 12.º ano e 24,5% o 11.º ano de escolaridade (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição dos inquiridos em função do ano escolar e do sexo

	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Ano 10.º	59	79	138 (45,5%)
11.º	22	25	47 (15,5%)
12.º	45	73	118 (38,9%)
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>177</b>	<b>303</b>

Analisando a Figura 2, e verificando a distribuição dos alunos por sexo, relativamente ao ano escolar que frequentam, temos no 10.º ano 57% de raparigas e 42% de rapazes, no 11.º ano 53% de raparigas e 46% de rapazes, quanto ao 12.º ano de escolaridade, 62% dos adolescentes são raparigas e 38% são rapazes, prevalecendo sempre o sexo feminino para qualquer ano escolar.

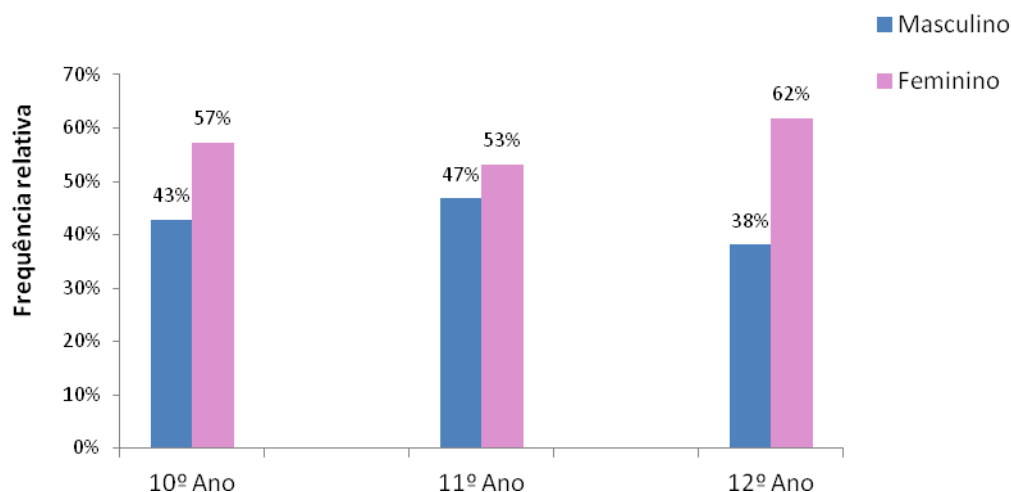


Fig. 2- Distribuição dos inquiridos segundo o ano escolar e o sexo

Quanto ao número de alunos por escola, encontramos com maior representatividade a Escola Secundária Emídio Garcia com 42,9% do total de inquiridos, seguindo-se a Escola Profissional de Carvalhais com 24,8%, a Escola Secundária de Miranda do Douro e a Escola Secundária Abade Baçal com 17,5% e 14,9% respectivamente. A Escola Secundária Emídio Garcia é também a que tem maior representatividade a nível de distrito (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos inquiridos segundo a escola que frequentam e sexo

	Sexo		Total	
	Masculino	Feminino		
Escola				
	Emídio Garcia	45	85	130 (42,9%)
	Abade Baçal	13	32	45 (14,9%)
	Carvalhais	47	28	75 (24,8%)
	Miranda do Douro	21	32	53 (17,5%)
	Total	126	177	303

Pela análise de Figura 3 observamos a distribuição dos alunos por Escola Secundária em função do sexo, com 65% de raparigas e 35% de rapazes a frequentarem a Escola Emídio Garcia. Na Escola Abade Baçal temos 29% de rapazes e 71% de raparigas, da Escola Profissional de Carvalhais integraram o nosso estudo 37% de raparigas e 63% de rapazes, finalmente a Escola Secundária de Miranda do Douro contribuiu para esta investigação com 60% de raparigas e 40% de rapazes.

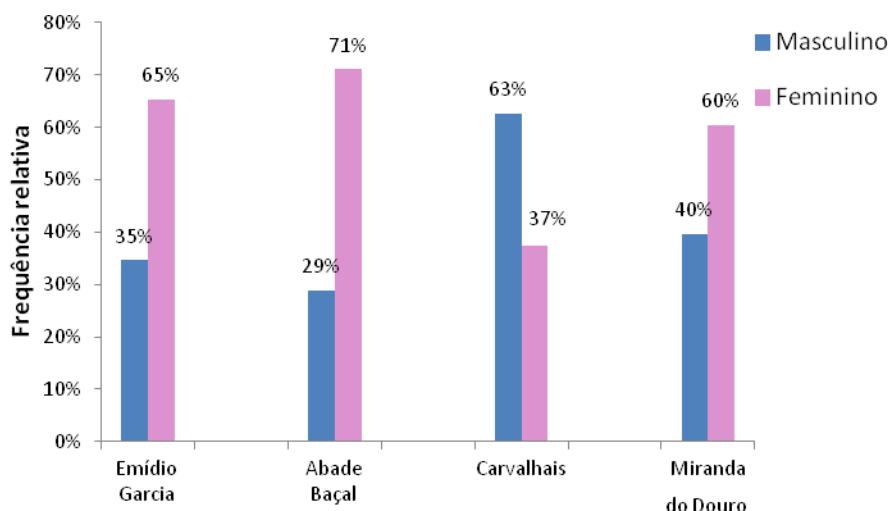


Fig. 3- Distribuição dos inquiridos segundo a escola que frequenta e o sexo.

Dos resultados apresentados na Tabela 4, podemos observar que a maioria dos alunos (60,1%), está a frequentar a área científico natural, seguindo-se o curso Centro de Educação e Formação (CEF) (20,8%) e por último a área de humanidades com 19,1% dos alunos que integraram o nosso estudo. No estudo efectuado por Sousa (2000), a área científico natural era também a preferida, pois foi aquela que participou com maior percentagem de alunos 72,4%.

Tabela 4- Distribuição dos inquiridos segundo a escola que frequentam e sexo

	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Área CN	68	114	182 (60,1%)
Área H	20	38	58 (19,1%)
Área CEF	38	25	63 (20,8%)
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>177</b>	<b>303</b>

Analisando a Tabela 5, a distribuição dos alunos inquiridos segundo a área de residência, podemos constatar que 62% vivem em meio urbano e 38% em meio rural, dados que atestam os do INE (2011) onde 58,5% da população residente no concelho de Bragança habita em meio urbano. A maioria dos alunos inquiridos vive com os pais (50,2%) ou com os pais e irmãos (23,8%). De salientar que 3% dos inquiridos vivem em instituições.

Relativamente ao estado civil dos Pais, 79,9% são casados e 8,6% divorciados. Também no estudo efectuado por Sousa (2000), a grande maioria dos pais (94,3%) e mães (91,6%) eram casados e 3,6% dos pais e 4,0% das mães eram divorciados.

Tabela 5- *Distribuição dos inquiridos segundo o local onde residem, com quem vivem e estado civil dos pais*

		Frequência absoluta	%
Meio de residência	Rural	115	38,0
	Urbano	188	62,0
	<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100</b>
Com quem vive	Pais	152	50,2
	Pais e irmãos	72	23,8
	Pai	6	2,0
	Mãe	21	6,9
	Pai e irmãos	4	1,3
	Mãe e irmãos	9	3,0
	Outros familiares	26	8,6
	Irmãos	2	0,7
	Mãe e outros familiares	2	0,7
	Instituição	5	1,7
	Outro	4	1,3
	<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100</b>
Estado civil dos pais	Solteiros	19	6,3
	Casados	242	79,9
	União de facto	5	1,7
	Divorciado	26	8,6
	Viúvo	11	3,6
	<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100</b>

Relativamente às de habilitações académicas dos pais, constatamos que 76,2% das mães não frequentaram o ensino superior, 23,9% são licenciadas ou têm formação superior. Dos pais 86,3% não frequentaram o ensino superior e 13,2% são licenciados ou têm formação superior. Em, Pordata (2010) constatamos que 77,6% da população possuía o ensino básico e secundário e 11,8% da população tinha formação superior (Figura 4).

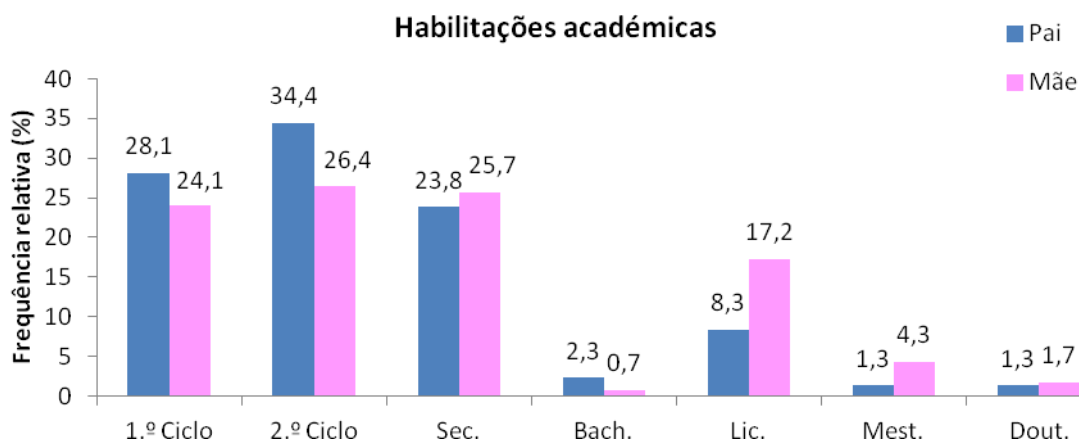


Fig. 4 - Distribuição dos inquiridos segundo as habilitações académicas dos pais

Observando a Figura 5, podemos verificar que o grupo profissional mais frequente para as mães, é o grupo do pessoal dos serviços e vendedores (Grupo 5) com 46,9%, segue-se o grupo de especialistas das profissões intelectuais e científicas (Grupo 2) com 17,2%, depois aparecem os trabalhadores não qualificados (Grupo 9) com 13,2%. Relativamente aos pais destaca-se o Grupo 5 com 30,1%, seguindo-se Grupo 7 com 22,4% e o Grupo 6 com 15,1%. Dados do INE (2011), sustentam que 10,9% da população são agricultores, 18,1% da população está empregada na construção e indústria, 15,8% da população trabalha nos serviços, 11,7% são trabalhadores não qualificados e 9,5% são técnicos intermédios (Anexo V).

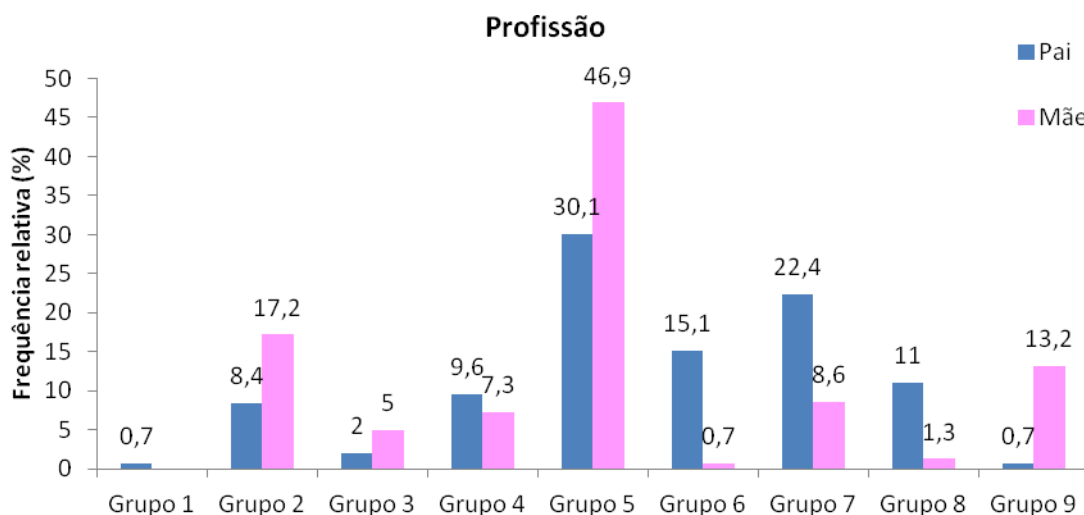


Fig. 5 - Distribuição dos inquiridos segundo a profissão dos pais

## **II Parte - Caracterização dos inquiridos em função dos conhecimentos, informações e atitudes face à sexualidade**

Análise das variáveis, conhecimentos/informação dos inquiridos sobre sexualidade em função do sexo.

Pela observação e análise dos dados da Tabela 6, podemos constatar que 96,8% dos rapazes e 94,4% das raparigas referem ter conhecimentos sobre sexualidade. Num estudo efectuado por Brás (2008), a grande maioria dos inquiridos (88,7%), também sugeriam que os jovens adolescentes, possuíam conhecimentos sobre sexualidade.

O conhecimento e informação sobre sexualidade, chega ou é obtida pelos jovens inquiridos de diferentes formas, os rapazes sugerem obtê-la, maioritariamente junto dos amigos (61,1%), pela televisão (60,3%) e professores (53,2%), referindo ainda o pai (46%) e a mãe (45,2%). Quanto às raparigas, elegem como meio de informação a televisão (61,6%), os amigos (59,3%), os professores (58,8%), e a mãe (56,5%), as raparigas referem ainda os enfermeiros e médicos com 45,8% e 41,2% respectivamente. De notar que as raparigas obtêm mais informação junto de profissionais de saúde. O estudo de Brás (2008), também sugere que as raparigas são as que mais procuram os serviços de saúde por motivos de índole sexual.

Na tentativa de melhor compreender a comunicação que o adolescente estabelece com os pais, questionaram-se quanto ao diálogo entre eles, 40,5% dos rapazes e 40,1% das raparigas dizem conversar com os pais sobre sexualidade e, classificam o grau de comunicação com estes como muito bom ou bom (88,2%) e (87,3%) respectivamente. Cerca de 12% de rapazes e raparigas, classifica o grau de comunicação com os seus pais, nesta esfera, de nem bom nem mau. No estudo de Sousa (2000), 77,3% dos jovens inquiridos referiam ter boa comunicação com a mãe e 61,3% com o pai.

Os amigos e a família, são para os nossos jovens adolescentes, os principais agentes de socialização nos papéis sexuais, assim os rapazes, sugerem os amigos 41,3%, seguindo-se a família com 38,1%. As raparigas, destacam em primeiro lugar a família com 32,8%, seguindo-se o serviço de saúde com 30,5% e os amigos com 23,2%. Com a aplicação do teste qui quadrado verificou-se que existe uma forte associação entre as variáveis sexo e o agente de socialização ( $p=0,000$ ). O que vai de encontro à opinião de variadíssimos autores do referencial teórico, pois apesar de todas as contrariedades, a família nuclear predominante, e mais tarde a escola (grupo de amigos) são os principais agentes de socialização e de formação pessoal, especialmente na infância e adolescência (Andrade, 1996; Brás, 2008; Ministério da Educação, 2000; Prazeres, 1998; Sá, 2001; Sampaio, 2006). O que vai de encontro à linha de pensamento do estudo efectuado por Sousa (2000), onde os inquiridos referiram ser os amigos, os professores e o pai ou a mãe conforme o sexo, o principal agente de socialização, igualmente neste estudo os

profissionais de saúde ocupavam uma posição de destaque, em especial para o sexo feminino. Também no estudo de Brás (2008), 37,4% dos inquiridos sugerem ser a família, e o grupo de pares (34,2%) os agentes mais importantes nos papéis sexuais para esta faixa etária. O aumento da influência do grupo de pares em relação à família é por esta altura uma realidade (Andrade, 1996; Prazeres, 1998a; Sampaio, 2006).

Este facto apesar de necessário e natural, pode constituir-se como um foco gerador de conflitos entre ambos, pais e filhos, o grupo, apesar dos riscos que pode comportar, tem um papel muito importante, devido ao carácter acessível, informal e facilitador do alívio de tensões, nesta fase onde tão intensamente a vida é vivida (Bastos, 2001; Brás, 2008; Crawford et al.2007; Sampaio, 2011; Vaz, 2007).

As palavras ou expressões mais sugestivas, escolhidas pelos inquiridos para definir a sexualidade foram, para as raparigas; o envolvimento sentimental (26,6%), amor e paixão (24,9%), relação sexual e atracção física com 18,6% e 13,6% respectivamente. Os rapazes sugeriram ser; o amor/paixão com 31,7%, envolvimento sentimental com 23% e relação sexual com 22,2%. Dados que vêm de encontro aos obtidos no estudo de Brás (2008), onde os inquiridos sugeriram também as expressões; amor/paixão e envolvimento sentimental, como expressões de eleição para os jovens nestas faixa etária. A sexualidade na adolescência é na opinião de múltiplos autores, amor e paixão, podemos até dizer que um dos objectivos da experiência sexual pode ser, sentir com o parceiro mútua franqueza e cumplicidade, o agrado de quebrar regras e superar expectativas o que implica sentir-se imbuído dessas sensações divinais que são o amor e a paixão (Macpherson, 2001; Nodin, 2001; Sampaio, 2006; Vaz, 2007).

Tabela 6- Sexualidade: conhecimento e informação, com quem obteve a informação, dialoga com os pais, grau de comunicação com os pais, agente de socialização, expressões da sexualidade.

		Masculino n=126	Feminino n=177	Teste qui-quadrado
Conhecimento/informação sobre sexualidade	Sim	122 (96,8%)	167 (94,4%)	$\chi^2 = 1,023; g.l. = 1; p = 0,312^{NS}$
	Não	4 (3,2%)	10 (5,6%)	
Obteve essa informação com:	Pai	58 (46%)	48 (27,1%)	$\chi^2 = 11,576; g.l. = 1; n = 0,001^*$
	Mãe	57 (45,2%)	100 (56,5%)	
	Irmãos mais velhos	21 (16,7%)	37 (20,9%)	$\chi^2 = 0,854; g.l. = 1; p = 0,355^{NS}$
	Amigos	77 (61,1%)	105 (59,3%)	$\chi^2 = 0,098; g.l. = 1; p = 0,754^{NS}$
	Enfermeiros	45 (35,7%)	81 (45,8%)	$\chi^2 = 3,059; g.l. = 1; p = 0,08^{***}$
	Médicos	40 (31,7%)	73 (41,2%)	$\chi^2 = 2,839; g.l. = 1; p = 0,092^{***}$
	Psicólogos	20 (15,9%)	32 (18,1%)	$\chi^2 = 0,252; g.l. = 1; p = 0,616^{NS}$
	Professores	67 (53,2%)	104 (58,8%)	$\chi^2 = 0,933; g.l. = 1; p = 0,334^{NS}$
	Leitura	52 (41,3%)	95 (53,7%)	$\chi^2 = 4,533; g.l. = 1; p = 0,033^{**}$
	Televisão	76 (60,3%)	109 (61,6%)	$\chi^2 = 0,049; g.l. = 1; p = 0,824^{NS}$
Dialoga com os pais?	Sim	51 (40,5%)	71 (40,1%)	$\chi^2 = 0,004; g.l. = 1; p = 0,949^{NS}$
	Não	75 (59,5%)	106 (59,9%)	
Grau de comunicação	Muito Bom	23 (45,1%)	23 (32,4%)	$\chi^2 = 2,116; g.l. = 2; p = 0,347^{NS}$
	Bom	22 (43,1%)	39 (54,9%)	
	Nem bom nem mau	6 (11,8%)	9 (12,7%)	
Agente de socialização mais importante para os jovens	Família	48 (38,1%)	58 (32,8%)	$\chi^2 = 25,333; g.l. = 4; p = 0,000^*$
	Amigos	52 (41,3%)	41 (23,2%)	
	Professores/Educadores	11 (8,7%)	21 (11,9%)	
	Sistema de Saúde	12 (9,5%)	54 (30,5%)	
	Outro	3 (2,4%)	3 (1,7%)	
Expressões da Sexualidade	Atração Física	10 (7,9%)	24 (13,6%)	$\chi^2 = 16,45; g.l. = 7; p = 0,012^{**}$
	Envolvimento sentimental	29 (23%)	47 (26,6%)	
	Relação sexual	28 (22,2%)	33 (18,6%)	
	Descoberta	5 (4%)	22 (12,4%)	
	Fascínio	1 (0,8%)		
	Amor/Paixão	40 (31,7%)	44 (24,9%)	
	Prazer	12 (9,5%)	6 (3,4%)	
Desafio	1 (0,8%)	1 (0,6%)		

Teste de independência do *qui-quadrado*

NS – não significativo; \* – significativo a 1%; \*\* – significativo a 5%; \*\*\* – significativo a 10%

Quando questionados sobre o nível de informação quanto à sexualidade de acordo com o sexo e a idade, quer os rapazes (89,7%) quer as raparigas (87%) dizem-se maioritariamente muito informados e informados sobre sexualidade. Entre os 15 e os 18 anos, os jovens adolescentes, dizem-se informados com percentagens a rondar os 60%, quanto aos adolescentes de 20 anos com uma percentagem de 55,6% dizem estar informados sobre sexualidade. Há contudo 2 alunos de 14 anos que dizem estar muito informados no âmbito da sexualidade (Tabela 7). No estudo efectuado por Sousa (2000) os adolescentes diziam estar muito informados e informados (84,9%), embora os rapazes apresentassem percentagens superiores relativamente ao grau de informação. Contudo, os mais jovens sentem por vezes necessidade de se afirmar neste campo, (leia-se sexualidade) em relação aos mais velhos (Sampaio, 2009b).

Tabela 7- Distribuição dos inquiridos segundo a informação sobre sexualidade em função do sexo e da idade

		Muito informado	Informado	Nem muito nem pouco informado	Pouco informado	Total	Teste qui-quadrado
Sexo	Masculino	38 (30,2%)	75 (59,5%)	11 (8,7%)	2 (1,6%)	126	$\chi^2 = 4,616$ ; g.l. = 3; $p = 0,174^{NS}$
	Feminino	43 (24,3%)	111 (62,7%)	23 (13%)		177	
Idade	14	2 (100%)				2	NR
	15	19 (22,1%)	55 (64%)	12 (14%)		86	
	16	13 (31%)	26 (61,9%)	3 (7,1%)		42	
	17	37 (29,8%)	79 (63,7%)	8 (6,5%)		124	
	18	5 (18,5%)	16 (59,3%)	6 (22,2%)		27	
	19	4 (30,8%)	5 (38,5%)	3 (23,1%)	1 (7,7%)	13	
	20	1 (11,1%)	5 (55,6%)	2 (22,2%)	1 (11,1%)	9	

Teste de independência do *qui-quadrado*

NS – não significativo ; NR – não foi possível realizar o teste;

Com base na análise da Tabela 8, os jovens inquiridos sobre, com quem falam mais facilmente acerca de sexualidade, responderam, os amigos com 77,8% para os rapazes e 71,8% para as raparigas. Estudos efectuados por Brás (2002) e (2008) apontavam que a grande maioria dos inquiridos sugeriam a mesma opinião relativamente a esta faixa etária. A rivalidade grupal desaparece e o grupo de amigos consolida-se havendo uma procura nas relações afectivas. O grupo de pares, apesar de muitas vezes possuir um conhecimento inadequado e impreciso sobre a sexualidade, exerce uma grande influência na aprendizagem sexual dos adolescentes, constituindo-se como a principal fonte de informação para os jovens (Andrade, 1996; Sampaio, 2011). Esta relação com o grupo de pares, vai permitir ao adolescente trocar impressões, expondo

os seus problemas e dúvidas no âmbito da sexualidade. A influência dos colegas sobre o desenvolvimento sexual pode mesmo superar a influência dos pais (Brás, 2008; Nodin, 2001; Sampaio, 2011; Vaz, 2007).

No tocante à família, as raparigas sentem-se mais à-vontade para falar com os pais (27,7%) e dos rapazes só 18,3% têm esse tipo de atitude, os profissionais de saúde, são para ambos os sexos, procurados quando o motivo é sexualidade nestas proporções; as raparigas sugerem procurar em (18,1%) dos casos e os rapazes (14,3%), também num estudo efectuado por Tilstey (1998) refere os profissionais de saúde como sendo confidentes dos adolescentes.

Quando questionados sobre a importância da existência de locais onde possa conversar com profissionais de saúde sobre problemas de índole sexual, 89,3% das raparigas e 84,9% dos rapazes opinam favoravelmente.

Para 51,9% das raparigas e 43,9% dos rapazes, o local ideal para conversar com os profissionais de saúde sobre os problemas na esfera da sexualidade, deveria ser o centro de saúde, no entanto há percentagens muito significativas de inquiridos que sugerem outros locais, assim 43,7% das raparigas e 43,3% dos rapazes, consideram que esses profissionais deveriam estar na escola, local onde passam grande parte do seu tempo. Num estudo efectuado por Brás (2008), os inquiridos sugeriam relativamente a esta variável, 17,9% exequo a escola e outros locais.

Os profissionais de saúde com quem os jovens preferem partilhar as suas dúvidas, angústias e receios, no âmbito da sexualidade, são para rapazes e raparigas, o psicólogo, o enfermeiro e o médico. Com a aplicação do teste qui quadrado verificamos que existe uma forte associação entre a variável sexo e o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro ( $p=0,004$ ). Brás (2008), obteve por parte dos seus inquiridos em relação à mesma variável, preferência por enfermeiros e médicos (98,2% e 73,9%), respectivamente e só 8,2% dos inquiridos sugeriam os psicólogos. Podemos constatar nos dois estudos, embora com perspectivas e resultados muito díspares, que de facto os inquiridos sugerem e gostam de conversar essencialmente com estes três grupos de profissionais. É fundamental que todos os intervenientes do processo educativo abordem os jovens sem os julgar. O Sigilo é extremamente importante para qualquer tipo de utente, mas muito particularmente para o jovem adolescente. Refira-se que a grande maioria dos jovens adolescentes considera estes profissionais (psicólogas, enfermeiros e médicos) muito mais abordáveis e compassivos, logo muito mais despertados para os seus problemas, pelo que seria importante explorar esse efeito, inculcando aos jovens a confiança indispensável a novas abordagens (Dumas, 2010; Macpherson, 2001; Sampaio, 2006).

Tabela 8- Sexualidade: com quem fala, importância da existência de locais com profissionais de saúde, local onde devem existir esses profissionais e que profissionais preferem, segundo o sexo

		Masculino n=126	Feminino n=177	Teste qui-quadrado
Fala mais facilmente de sexualidade com:	Profissional de Saúde	18 (14,3%)	32 (18,1%)	$\chi^2 = 0,769$ ; g.l. = 1; p = 0,381 <sup>NS</sup>
	Professor /Educador	8 (6,3%)	16 (9%)	$\chi^2 = 0,730$ ; g.l. = 1; p = 0,393 <sup>NS</sup>
	Pais	23 (18,3%)	49 (27,7%)	$\chi^2 = 3,613$ ; g.l. = 1; p = 0,057 <sup>***</sup>
	Amigos (grupo)	98 (77,8%)	127 (71,8%)	$\chi^2 = 1,398$ ; g.l. = 1; p = 0,237 <sup>NS</sup>
	Irmãos	20 (15,9%)	21 (11,9%)	$\chi^2 = 1,011$ ; g.l. = 1; p = 0,315 <sup>NS</sup>
	Outro	3 (2,4%)	7 (4%)	NR
É importante a existência de locais com profissionais para desabafar sobre problemas sexuais?	Sim	107 (84,9%)	158 (89,3%)	$\chi^2 = 1,267$ ; g.l. = 1; p = 0,260 <sup>NS</sup>
	Não	19 (15,1%)	19 (10,7%)	
Se sim, em que local devem existir esses profissionais?	Centro de Saúde	47 (43,9%)	82 (51,9%)	$\chi^2 = 2,517$ ; g.l. = 2; p = 0,284 <sup>NS</sup>
	Escola que frequenta	57 (53,3%)	69 (43,7%)	
	Outro local	3 (2,8%)	7 (4,4%)	
	Total	107	158	
Se sim, qual o Profissional de Saúde?	Psicólogo	68 (63,6%)	102 (64,6%)	$\chi^2 = 0,028$ ; g.l. = 1; p = 0,867 <sup>NS</sup>
	Enfermeiro	34 (31,8%)	78 (49,4%)	$\chi^2 = 8,091$ ; g.l. = 1; p = 0,004 <sup>*</sup>
	Médico	32 (29,9%)	56 (35,4%)	$\chi^2 = 0,882$ ; g.l. = 1; p = 0,348 <sup>NS</sup>
	Assistente Social	6 (5,6%)	5 (3,2%)	$\chi^2 = 0,957$ ; g.l. = 1; p = 0,360 <sup>NS</sup>
	Outros profissionais	3 (2,8%)	4 (2,5%)	NR

Teste do *qui-quadrado*

NS – não significativo; NR – não foi possível realizar o teste; \* - significativo a 1%; \*\*\* - significativo a 10%

A Tabela 9 apresenta as respostas sobre, se considera existir uma idade própria (ideal) para iniciar a vida sexual, a maioria das raparigas (58,2%) e rapazes (54%) considera não existir idade própria (ideal) para início da vida sexual, 34,1% dos rapazes e 32,8% das raparigas acha que sim, os restantes não sabem.

A maioria dos inquiridos rapazes e raparigas (62,7% e 58,8%) respectivamente, é de opinião que as raparigas se iniciam sexualmente com um parceiro mais velho, contudo na opinião de 34,9% dos rapazes e 36,7% das raparigas, as raparigas iniciam-se sexualmente com um parceiro próximo da sua idade.

Relativamente à questão, os rapazes iniciam a sua actividade sexual com um parceiro mais velho, mais novo, ou idade próxima, os rapazes inquiridos (46,8%), sugerem ser com idade próxima, 38,9% acham que é com parceiro mais novo e apenas 14,3% diz ser com parceiro mais velho;

para as raparigas, 48% acha que é com parceiro mais novo, 32,2% considera ter idade próxima e 19,8% parceiro mais velho. Na opinião dos inquiridos no estudo efectuado por Brás (2008), as

raparigas têm tendência para se iniciarem sexualmente com parceiros mais velhos em (65,1%), opinião perfilhada por vários autores (Brás, 2012; Marques et al, 2000; Sampaio, 2006). Ainda noutro estudo efectuado por Sousa (2000), quando se perguntou aos rapazes entre os 14 e os 18 anos que idade tinham as suas parceiras, aquando da sua iniciação sexual, eles responderam que elas tinham a mesma idade, ou eram dois anos mais novas. Quando colocada a mesma questão às raparigas, a grande maioria respondeu que o seu parceiro era um ou dois anos mais velho.

Tabela 9- *Sexualidade: há idade para iniciar a vida sexual, parceiros de acordo com o sexo*

	Masculino n=126	Feminino n=177	Teste qui-quadrado
<b>Há idade para iniciar a vida sexual?</b>	Sim	43 (34,1%)	$\chi^2 = 0,864; g.l. = 2;$ $p = 0,649^{NS}$
	Não	68 (54%)	
	Não sabe	15 (11,9%)	
<b>As raparigas iniciam a sua actividade sexual com um parceiro</b>	Mais velho	79 (62,7%)	$\chi^2 = 1,183; g.l. = 2;$ $p = 0,553^{NS}$
	Mais novo	3 (2,4%)	
	Idade próxima	44 (34,9%)	
<b>Os rapazes iniciam a sua actividade sexual com um parceiro</b>	Mais velho	18 (14,3%)	$\chi^2 = 6,766; g.l. = 2;$ $p = 0,034^{**}$
	Mais novo	49 (38,9%)	
	Idade próxima	59 (46,8%)	

Teste de *qui-quadrado*

NS – não significativo; \*\* - significativo a 5%

Nos resultados apresentados na Tabela 10, regista-se que, quanto à precocidade da primeira relação sexual das raparigas, ela é para 87,3% da opinião dos rapazes, e 85,3% da opinião das raparigas cada vez mais precoce, 5,6% dos rapazes e 6,2% das raparigas referem que a idade se tem mantido ao longo do tempo e 7,1% dos rapazes e 8,5% das raparigas afirmam ser cada vez mais tardia.

Quanto à idade da primeira relação sexual nos rapazes, 81,9% das raparigas e 76,2% dos rapazes consideram que é cada vez mais precoce, 7,9% dos rapazes e 6,8% das raparigas acham que tem início mais tardiamente, e os restantes dizem ser igual. Assim, parece consensual, tendo em conta as respostas e respectivas percentagens obtidas, que ambos os sexos se iniciam sexualmente cada vez mais precocemente. Segundo Brás (2008), a maioria dos inquiridos sugere que os adolescentes se iniciam sexualmente cada vez em idades mais precoces. No estudo realizado por Pais (1996) citado por Brás (2002), revelou que a maioria dos jovens iniciou a

actividade sexual por volta dos 16/17 anos. Embora a maioria dos autores sejam de opinião que os adolescentes se iniciam sexualmente cada vez mais em idades mais precoces, não existe contudo uma idade padrão para o início da actividade sexual, uma vez que o tipo de personalidade de cada ser, a educação que cada um recebe, a estrutura familiar, o nível socioeconómico, a religião professada, o meio social e cultural são condicionantes a levar em apreço (Andrade, 1996; Brás, 2008; Nodin, 2001; Sampaio, 2006). Os jovens parecem ser transportadores de uma nova ética sexual de experimentação, bastante mais liberal do que aquela que caracteriza as gerações que lhe precederam (Associação de Planeamento Familiar, 2009).

Tabela 10- *Sexualidade: precocidade da idade da primeira relação sexual nas raparigas e rapazes, de acordo com o sexo*

		Masculino n=126	Feminino n=177	Teste qui-quadrado
<b>A idade da primeira relação sexual das raparigas é:</b>	Mais precoce	110 (87,3%)	151 (85,3%)	$\chi^2 = 0,252; g. l. = 2;$ $p = 0,881^{NS}$
	Mais tardia	9 (7,1%)	15 (8,5%)	
	É igual	7 (5,6%)	11 (6,2%)	
<b>A idade da primeira relação sexual dos rapazes é:</b>	Mais precoce	96 (76,2%)	145 (81,9%)	$\chi^2 = 1,606; g. l. = 2;$ $p = 0,448^{NS}$
	Mais tardia	10 (7,9%)	12 (6,8%)	
	É igual	20 (15,9%)	20 (11,3%)	

Teste de *qui quadrado*

NS – não significativo

Na Tabela 11 podemos observar que, dos rapazes que constituem a amostra 61,9% afirmam já ter iniciado a sua vida sexual, sendo essa percentagem claramente inferior para as raparigas com 28,8%. Com a aplicação do teste qui-quadrado vemos que existe uma grande associação entre as variáveis sexo e o início da actividade sexual ( $p=0,000$ ).

Quando inquiridos sobre se iniciaram a sua actividade sexual num *flirt* ou no namoro, 78,4% das raparigas iniciaram numa fase de namoro e 65,4% dos rapazes também considerou ter sido durante esta fase. O início da actividade sexual num *flirt* foi de 34,6% para os rapazes e 21,6% para as raparigas. Neste início de actividade sexual, observamos claramente que as raparigas dão mais importância ao namoro (78,4%), normalmente iniciam-se sexualmente com alguém por quem sentem amor. Também nos estudos efectuados por Brás em (2002 e 2008), a grande maioria dos inquiridos (79,9% e 72,5%) sugerem que os adolescentes se iniciam sexualmente na fase do namoro.

Quando questionados se tinham conhecimentos sobre sexualidade quando iniciou a actividade sexual, a grande maioria dos inquiridos do sexo feminino (94,1%) respondeu afirmativamente, sendo esses dados ligeiramente inferiores no caso dos rapazes (87,2%). O que vai de encontro ao estudo efectuado por Brás (2008), ainda que com percentagens relativamente menores, mas

simultaneamente altas, onde (88,7%) dos inquiridos sugeriram possuir conhecimentos sobre sexualidade, quando iniciaram a sua actividade sexual.

Quanto ao valor atribuído à primeira relação sexual, a grande maioria, 66,7% das raparigas e 51,9% dos rapazes atribuem muito valor a esta relação. No entanto quando agrupamos “muito valor” com “algum valor” obtemos uma percentagem de 88,3% para os rapazes e 84,3% para as raparigas, podendo depreender que no geral os rapazes atribuem mais valor à primeira relação sexual. No estudo efectuado por Brás em (2008), os inquiridos sugerem que a grande maioria das raparigas (63,2%) atribuem grande valor à primeira relação sexual, ao contrário do nosso estudo, aquele, sugere que os rapazes dão pouco valor à sua primeira relação sexual. Segundo Crawford, (2008); Macpherson, (2001); Sampaio, (2011), as raparigas, quando perdem a virgindade, referem estar sentimentalmente envolvidas com companheiro.

Relativamente à forma de lidar com os problemas de índole sexual 57,9% dos rapazes e 50,8% das raparigas conversa com os amigos, os restantes encontram-se repartidos de forma mais ou menos similar pelas restantes respostas. Mais uma vez ressalta que as raparigas com 15,3%, têm maior confiança e recorrem com mais frequência aos técnicos de saúde, por comparação com os rapazes 11,9% que recorrem a estes técnicos. Dados na linha de pensamento dos inquiridos por Brás (2008), mas com valores superiores, onde 77,2% dos inquiridos sugerem que os adolescentes recorrem ao grupo. O grupo de pares nesta altura ganha uma importância e influência acrescida face às figuras parentais, os pares e os amigos têm um papel importante para reforçar as defesas ou sancionar comportamentos inaceitáveis (Marques et al, 2000; Sá, 2001; Sampaio, 2011). O grupo permite um jogo de identificações e partilha de segredos experienciais que são indispensáveis para o desenvolvimento da personalidade. A predominância dos grupos monossexuais, isto é, formados por jovens do mesmo sexo começa a esbater-se com o aparecimento de grupos heterossexuais. Este facto é extremamente importante, dado o surgir de novos e diferentes espaços e a possibilidade de convivência entre os dois sexos o que permite o desenvolvimento de determinadas capacidades psicológicas necessárias à experimentação da intimidade (Brás, 2012; Sá, 2001; Sampaio, 2006).

Tabela 11- *Sexualidade: actividade sexual, conhecimentos sobre sexualidade, valor atribuído à primeira relação sexual, como lida com os problemas de índole sexual, de acordo com o sexo*

		Masculino	Feminino	Teste qui-quadrado
<b>Já iniciou a sua actividade sexual?</b>	Sim	78 (61,9%)	51 (28,8%)	$\chi^2 = 32,966; g. l. = 1; p = 0,000^*$
	Não	48 (38,1%)	126 (12,2%)	
<b>Iniciou a sua actividade sexual:</b>	Num <i>flirt</i>	27 (34,6%)	11 (21,6%)	$\chi^2 = 2,526; g. l. = 1; p = 0,112^{NS}$
	Namoro	51 (65,4%)	40 (78,4%)	
<b>Quando iniciou tinha conhecimentos sobre sexualidade?</b>	Sim	68(87,2%)	48(94,1%)	$\chi^2 = 1,638; g. l. = 1; p = 0,201^{NS}$
	Não	10 (12,8%)	3 (5,9%)	
<b>Valor atribuído à primeira relação sexual no contexto da sua vida sexual</b>	Muito Valor	40 (51,9%)	34 (66,7%)	$\chi^2 = 5,237; g. l. = 2; p = 0,073^{***}$
	Algum valor	28 (36,4%)	9 (17,6%)	
	Nem muito nem pouco, pouco, nenhum valor	9 (11,7%)	8 (15,7%)	
<b>Como lida com os problemas de índole sexual?</b>	Isola-se	16 (12,7%)	23 (13%)	$\chi^2 = 1,855; g. l. = 4; p = 0,762^{NS}$
	Amigos	73 (57,9%)	90 (50,8%)	
	Técnico Saúde	15 (11,9%)	27 (15,3%)	
	Pais	17 (13,5%)	30 (16,9%)	
	Irmãos + velhos	5 (4%)	7 (4%)	

Teste de *qui-quadrado*

NS – não significativo; \* – significativo a 1%; \*\* – significativo a 5%

Relativamente à orientação sexual, Tabela 12, a grande maioria das raparigas (93,2%) e dos rapazes (92,9%) afirmam-se heterossexuais, 6,3% dos rapazes e 4,5% das raparigas afirmam-se bissexuais e 0,8% dos rapazes e 2,3% das raparigas afirmam ser homossexuais. Dados próximos dos sugeridos pelos inquiridos no estudo de Brás (2008), onde 94,4%, se classifica-se quanto à sua orientação sexual, como heterossexual. Apesar de já haver indicadores que nos mostram um certo grau de liberdade e tolerância crescente face às situações e vivências sexuais diferentes, contudo a grande maioria revela uma orientação sexual em linha com os padrões da normalidade sexual considerada como socialmente aceite, heterossexualidade, o que vem de encontro ao referencial teórico (Sampaio, 2006).

Muito embora com proporções muito diferentes, as raparigas com 55,8% e 25,4% dos rapazes inquiridos, consideram a relação homossexual como uma relação amorosa, como qualquer outra, de notar que 15,3% das raparigas e 27,8% dos rapazes, não têm opinião. Os restantes consideram que uma relação homossexual não é uma relação normal. Conclui-se que as raparigas têm uma opinião mais liberal do que os rapazes quanto à orientação homossexual,

verifica-se uma forte associação entre as variáveis ( $p=0,000$ ). Dados diferentes foram encontrados por Brás em (2002 e 2008), onde os inquiridos sugeriram que para os adolescentes, raparigas 77,2% e rapazes 68,0%, uma relação homossexual é uma relação amorosa como outra qualquer. É importante que saibamos lidar com o direito à diversidade do desejo, para que cada um viva o desejo de forma diferente, de maneira heterossexual, homossexual, ou ainda de forma bissexual, e especialmente de feição muito particular dentro de cada uma destas orientações (Brás, 2012; Sampaio, 2006; Vaz, 2007).

Os contactos homossexuais entre os adolescentes estão ligados ao carácter aventureiro e curioso do próprio adolescente, que pretende descobrir sempre mais e experimentar novas e diferentes situações, sentimentos e sensações. No final da adolescência, estará consolidada a orientação do desejo, existindo uma consciência clara em cada jovem da sua orientação heterossexual, homossexual ou bissexual. Seja qual for a orientação sexual, é muito frequente que os adolescentes sintam dúvidas sobre a “normalidade” dos seus comportamentos e sentimentos, pelo que será importante o apoio de instituições e técnicos avalizados (Brás, 2012; Nodin, 2001; Sampaio, 2006).

Quanto à forma de exprimir a sua sexualidade a maioria das raparigas (78%) e (68,3%) dos rapazes é de opinião que a sexualidade é exprimida de forma diferente para os dois sexo, no entanto, destaca-se uma maior percentagem de raparigas com esta opinião. Linha de pensamento em consonância e perfilhada por inúmeros autores (Brás, 2012; Crawford, 2006; Sá, 2001; Sampaio, 2006; Vaz, 2007) O local de eleição pelos jovens inquiridos de ambos os sexos para terem relações sexuais é o quarto com percentagens a rondar os 80%, sendo ligeiramente superior no sexo feminino, seguindo-se o carro na ordem dos 14% também para ambos os sexos.

Tabela 12- *Sexualidade: orientação sexual, atitude perante a homossexualidade, forma de expressar a sexualidade e local mais frequente para fazer sexo, de acordo com o sexo*

		Masculino	Feminino	Teste qui-quadrado
<b>Orientação sexual</b>	Heterossexual	117 (92,9%)	165 (93,2%)	$\chi^2 = 1,325; g. l. = 2; p = 0,562^{NS}$
	Bissexual	8 (6,3%)	8 (4,5%)	
	Homossexual	1 (0,8%)	4 (2,3%)	
<b>Uma relação homossexual é uma relação normal?</b>	Sim	32 (25,4%)	99 (55,9%)	$\chi^2 = 28,093; g. l. = 2; p = 0,000^*$
	Não	59 (46,8%)	51 (28,8%)	
	Não sabe	35 (27,8%)	27 (15,3%)	
<b>Rapaz e rapariga expressam a sua sexualidade da mesma forma?</b>	Sim	28 (22,2%)	30 (16,9%)	$\chi^2 = 4,101; g. l. = 2; p = 0,129^{NS}$
	Não	86 (68,3%)	138 (78%)	
	Não sabe	12 (9,5%)	9 (5,1%)	
<b>Local mais frequente para os adolescentes fazerem sexo</b>	Quarto (casa)	99 (78,6%)	142 (80,2%)	$\chi^2 = 3,89; g. l. = 3; p = 0,272^{NS}$
	Carro	18 (14,3%)	25 (14,1%)	
	Praia	3 (2,4%)		
	Campo	6 (4,8%)	10 (5,7%)	

Teste *qui-quadrado*

NS – não significativo; \* – significativo a 1%

Analisando os resultados apresentados na Tabela 13, quanto ao esclarecimento sobre o uso de métodos contraceptivos, a maioria das raparigas (97,2%) e (93,6%) dos rapazes diz-se muito esclarecido ou esclarecido. De notar que uma maior percentagem de rapazes considera-se nem muito nem pouco informado e pouco e nada esclarecido. Em Brás (2002e 2008) 56,4% e 71,3% dos inquiridos sugerem que os jovens se encontravam pouco esclarecidos relativamente a esta variável. A intensa e crescente acumulação de comportamentos ligados à sexualidade e associados ao aumento da actividade sexual não programada, dificulta a utilização de métodos contraceptivos pela grande parte dos jovens. Embora eles se sintam informados, isto acontece, porque nestas idades os envolvimentos emocionais são muito intensos e muitas vezes imprevistos, sem controlo de determinados desejos e impulsos de natureza sexual (Alcobia, Mendes & Seródio, 2004; Brás, 2012; Gomes, 2004).

Quando confrontados, relativamente a quem mais recorre a métodos contraceptivos, os rapazes são de opinião que são sobretudo as raparigas (43,7%) ou ainda ambos em 33,3% das opiniões. Já as raparigas são da opinião que quem mais recorre à contracepção são os rapazes (41,8%), ou ambos os sexos de igual forma para (35,6%). Assim, podemos afirmar que os inquiridos têm opinião divergente consoante o sexo. Com a aplicação do teste qui quadrado verificamos que existe uma forte associação entre as variáveis sexo e quem mais recorre a métodos contraceptivos ( $p=0,000$ ). Brás (2008), obteve 78,4% das opiniões dos inquiridos, que sugeriam

ser as raparigas quem mais recorre a métodos contraceptivos e a consultas de planeamento familiar. Podemos depreender que ao longo dos anos os rapazes apesar de tudo vão alterando os seus hábitos. A defesa da contraceção baseia-se numa premissa básica, direito de homens e mulheres, poderem usufruir da vivência de uma sexualidade livre e prazerosa, sem receio, de uma eventual gravidez ou doença de cariz sexual, pois durante muito tempo, os impulsos sexuais eram controlados e até reprimidos. Sendo que somos seres sexuados desde a nossa concepção, os comportamentos sexuais são e devem fazer parte de uma expressão e vivência normal da sexualidade (Brás, 2012; Crawford, 2008; Sampaio, 2006. A Organização Mundial de Saúde (1991) diz-nos que a saúde sexual é a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de forma que sejam positivamente enriquecedoras e elevem a personalidade, a comunicação e o Amor.

Aos jovens que já iniciaram a sua actividade sexual foi-lhes perguntado se usam métodos contraceptivos, obtendo-se respostas afirmativas para 94,1% das raparigas e 92,3% dos rapazes. Havendo ainda uma percentagem de 13,6% de jovens de ambos os sexos que não utiliza qualquer tipo de método contraceptivo, o que nos suscita alguma inquietação no âmbito da informação e esclarecimento no tocante a uma possível gravidez ou doenças de cariz sexual.

O método contraceptivo mais usado pelos rapazes é o preservativo (81,9%) embora 15,3% sugiram que no âmbito das suas relações sexuais, usam preservativo e pílula. Quanto às raparigas 52,1% recorre ao preservativo, 37,5% ao preservativo e à pílula, e 8,3% recorre à pílula. Com a aplicação do qui quadrado verificou-se uma forte relação para as variáveis sexo e o método contraceptivo. Dados corroborados por Sousa (2000), onde 89,4% referem utilizar como método contraceptivo o preservativo associado com outro método. No estudo efectuado por Brás (2008) 39,4% dos inquiridos sugerem que os adolescentes, utilizavam preservativo e pílula, 35,4% só pílula e 24,7% só preservativo. Relativamente às raparigas que recorrem só à pílula, suscita-nos algumas dúvidas, pois pode haver aqui alguma falta de informação relativamente à protecção de doenças sexualmente transmissíveis, o preservativo é na adolescência um método a aconselhar (Brás, 2012; Gomes, 2004, Sampaio, 2011).

Tabela 13- *Contraceção: esclarecimento, quem mais recorre métodos contraceptivos, costuma usar métodos contraceptivos e qual, de acordo com o sexo*

		Masculino	Feminino	Teste qui-quadrado
<b>Está esclarecido sobre o uso de métodos contraceptivos?</b>	Muito esclarecido	73 (57,9%)	95 (53,7%)	$\chi^2 = 3,481; g. l. = 2; p = 0,175^{NS}$
	Esclarecido	45 (35,7%)	77 (43,5%)	
	Nem muito nem pouco, pouco, nada esclarecido	8 (6,3%)	5 (2,8%)	
<b>Quem mais recorre a métodos contraceptivos?</b>	Rapaz	29 (23%)	74 (41,8%)	$\chi^2 = 18,159; g. l. = 2; p = 0,000^*$
	Rapariga	55 (43,7%)	40 (22,6%)	
	Ambos iguais	42 (33,3%)	63 (35,6%)	
<b>Usa métodos contraceptivos?</b>	Sim	72 (92,3%)	48 (94,1%)	$\chi^2 = 0,002; g. l. = 1; p = 0,967^{NS}$
	Não	6 (7,7%)	3 (5,9%)	
<b>Qual o método contraceptivo?</b>	Preservativo	59 (81,9%)	25 (52,1%)	$\chi^2 = 9,621; g. l. = 1; p = 0,002^*$
	Pílula	1 (1,4%)	4 (8,3%)	NR
	Espemicidas	1 (1,4%)	1 (2,1%)	NR
	Preservativo e pílula	11 (15,3%)	18 (37,5%)	$\chi^2 = 7,947; g. l. = 1; p = 0,005^*$

Teste de *qui-quadrado*

NS – não significativo; NR – não foi possível realizar o teste; \* – significativo a 1%

Quando questionados sobre as dificuldades em abordar o tema contraceção com profissionais de saúde, regista-se que 37,3% das raparigas e 19,8% dos rapazes dizem ter dificuldades. Com a aplicação do teste Qui Quadrado, verificamos que existe uma forte associação entre as variáveis sexo e a dificuldade em abordar o tema com profissionais de saúde ( $p=0,001$ ). Como referido no estado da arte, é difícil aceitarem que necessitam de ajuda para ultrapassar situações ligadas à saúde pessoal e muitas vezes ignoram que existam consultas dessa natureza, em sua opinião, esses serviços são para as crianças. Por vezes os adolescentes desconhecem as possibilidades de apoio e os cuidados que podem ser facultados pelos serviços de saúde. Também as características dos serviços, essencialmente as de carácter físico, estético ou organizativo podem dificultar a aproximação dos adolescentes. Há situações em que estes têm dúvidas quanto à atitude dos profissionais, sigilo e confidencialidade são das mais preocupantes (Brás, 2008; Nodin, 2001; Sampaio, 2006).

Quer os rapazes quer as raparigas dizem que o principal factor, que limita a comunicação com os profissionais de saúde é ser mal interpretado (44% e 48,5%), seguindo-se a quebra de sigilo (32% e 27,3%) e falta de abertura por parte dos profissionais de saúde (16% e 19,7%) respectivamente. Brás em (2008), obteve 64,5% de opiniões que os seus inquiridos sugerem, de que os adolescentes não recorriam aos seus serviços, por medo da quebra de sigilo e 19% e ainda medo de serem mal interpretados. A descrição, a confidencialidade e o sigilo devem ser a porta de

entrada no domínio dos sentimentos para qualquer utente, mas muito particularmente quando nos relacionamos com esta faixa etária. É frequente que estes evitem a sua equipe de saúde por vergonha e medo da falta de confidencialidade, é indispensável que todos os profissionais de saúde interiorizem estes, como assuntos determinantes no âmbito promoção de saúde sexual dos jovens adolescentes (Macpherson, 2001; Prazeres, 2008; Sampaio, 2011).

Quanto ao aspecto (confidencialidade, confiança, respeito, conhecimento e disponibilidade) que deve caracterizar o atendimento aos adolescentes por parte dos profissionais de saúde, 44,1% das raparigas e 27,8% dos rapazes, consideram que todos são importantes. Para os inquiridos que responderam apenas um dos aspectos, a confidencialidade reúne um maior número de opiniões, 36,5% para os rapazes e 33,9% para as raparigas. Analisando o valor de prova obtido no teste Qui Quadrado ( $p=0,003$ ), concluímos que existe uma forte associação entre as variáveis sexo e o aspecto que deve caracterizar o atendimento por parte dos profissionais de saúde (Tabela 14). Dos investigados por Brás (2008), 53,9% também sugerem a confidencialidade e o sigilo como um dos aspectos a caracterizar no atendimento dos adolescentes por parte dos profissionais de saúde. Embora haja por vezes a ideia de que só os perversos e os que premeditam o sexo, procuram os serviços de planeamento familiar, achamos ser de especial importância que todos os profissionais de saúde, abordem os jovens sem fazer qualquer tipo de juízo de valor e façam da consulta um absoluto sigilo, para que os adolescentes se possam sentir confiantes (Brás, 2012; Macpherson et al, 2004; Vaz, 2007).

Tabela 14- *Sexualidade: dificuldades em abordar o tema com os profissionais de saúde, factor limitante na comunicação, atendimento por parte dos profissionais de saúde, de acordo com o sexo*

		Masculino	Feminino	Teste qui-quadrado
<b>Dificuldade em abordar o tema sexualidade com profissionais de saúde</b>	Sim	25 (19,8%)	66 (37,3%)	$\chi^2 = 10,662; g.l. = 1; p = 0,001^*$
	Não	101 (80,2%)	111 (62,7%)	
<b>Factor limitante na comunicação com os profissionais de saúde</b>	Falta de abertura	4 (16%)	13 (19,7%)	$\chi^2 = 1,006; g.l. = 3; p = 0,826^{NS}$
	Mal interpretado	11 (44%)	32 (48,5%)	
	Quebra de sigilo	8 (32%)	18 (27,3%)	
	Falta de conhecimento	2 (8%)	3 (4,5%)	
<b>Aspecto que deve caracterizar o atendimento por parte dos profissionais de saúde</b>	Confidencialidade	46 (36,5%)	60 (33,9%)	$\chi^2 = 16,224; g.l. = 5; p = 0,003^*$
	Confiança	21 (16,7%)	27 (15,3%)	
	Respeito	20 (15,9%)	8 (4,5%)	
	Conhecimento científico	1 (0,8%)	1 (0,6%)	
	Disponibilidade	3 (2,4%)	3 (1,7%)	
	Todos os anteriores	35 (27,8%)	78 (44,1%)	

Teste de qui-quadrado

NS – não significativo; \* – significativo a 1%

Pela análise da Tabela 15, e confrontados; se um maior conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis pode ter refreado os comportamentos sexuais, a maioria dos rapazes e raparigas (84,9% e 75,7%) opinam favoravelmente, ainda assim 20,3% das raparigas responde que não. Os inquiridos por Brás (2008) também sugerem que 56,7% dos adolescentes refrearam os seus comportamentos sexuais, muito por via das DSTs/ISTs especialmente o HIV/SIDA, embora 23,9% tivessem tido opinião contrária.

Relativamente às questões que costumam colocar aos profissionais de saúde, quando se dirigem ao Centro de Saúde ou ao Instituto Português da Juventude, os rapazes, maioritariamente falam de DSTs/ISTs (53,2%), seguindo-se a sexualidade/afectividade (31%) e contraceção (26,2%). Relativamente às raparigas encontram-se mais distribuídas, destacando-se com percentagens muito próximas as DSTs/ISTs (35,6%) e a contraceção (33,3%), seguindo-se a sexualidade/afectividade e ainda a corporalidade com 27,1% em exequo. Com a aplicação do teste qui quadrado verificamos que existe uma forte associação entre as variáveis sexo e as questões que costumam colocar aos profissionais de saúde, nomeadamente DSTs/ISTs e corporalidade ( $P=0,002$ ). No estudo de Brás (2008), os inquiridos sugerem que os adolescentes abordam maioritariamente temáticas como, métodos contraceptivos 92,7% e DSTs/ISTs com 75,5%.

A maioria dos rapazes e raparigas inquiridos dizem conhecer a existência de consultas para adolescentes no seu Centro de Saúde (52,4% e 61%) respectivamente. Em Brás (2008), a maioria dos inquiridos (65,1%) consideram que os adolescentes desconhecem a existência de consultas para adolescentes no seu Centro de Saúde. Embora com o decreto lei nº 3/84 de 24 de Março e revogado posteriormente, na tentativa de chegar a uma solução do problema da responsabilidade da educação sexual dos adolescentes, defende a criação de consultas de planeamento familiar, nos Centros de Saúde e a criação da educação sexual a desenvolver pelo Ministério de Educação. Assim não vemos por que motivo o Serviço Nacional de Saúde, através dos Centros de Saúde não aprontam espaços e profissionais com perfil para atendimento a esta faixa etária, o que nos leva a concluir à semelhança do pensamento de vários autores, que a sexualidade teima em ser um tabu também para os profissionais de saúde (Brás, 2012; Prazeres, 1998b; Sampaio, 2006; Vaz, 2007).

Quanto à influência das crenças dos pais e da sociedade na liberdade sexual dos jovens observa-se que as raparigas sentem mais esta herança, pois 71,8% responde que sim, ainda vivemos muito em função desses valores sociais instituídos e especialmente nos pequenos meios, 20,3% diz que não tem qualquer tipo de influência e 7,9% diz não saber. Comparativamente com as raparigas apenas 54% dos rapazes acha que sim, que ainda vivemos muito em função desses valores sociais instituídos e especialmente nos meios pequenos, 34,1% respondeu que não e 11,9% dos rapazes não sabe. Também muito à semelhança do nosso estudo, outros autores perfilham a nossa opinião de que a família, pais, e o meio que os rodeia têm uma influência vital

na identidade sexual dos adolescentes, no entanto o processo deve ser facilitado, através do reforço de atitudes e atribuição de responsabilidades (Andrade, 1996; Brás, 2012; Prazeres, 1998b; Sampaio, 2006).

Relativamente à questão, quando os profissionais avalizados falam de sexualidade/afectividade estão a incentivar a (...), a maioria das raparigas (64,4%) refere que não sente qualquer influência, 27% diz que incentivam a adiar a sua primeira experiência sexual e apenas 8,5% dizem que estão a incentivar a experimentar mais cedo. Cerca de 17% dos rapazes (dobro das raparigas) interpreta a atitude dos profissionais de saúde avalizados como um incentivo a experimentar mais cedo, 24,6% consideram ser incentivo a adiar a sua primeira experiência sexual e os restantes 58,7% referem não sentir qualquer influência nas suas decisões. Ainda no estudo de Brás (2008), os inquiridos sugerem que, 49,3%, consideram que falar, desta temática, sugere aos adolescentes adiar para mais tarde a sua primeira experiência sexual e 45,1% são de opinião que não tem qualquer tipo de influência. Existem vários autores que defendem, que quanto mais cedo se der informação aos jovens sobre sexualidade, mais capacidades eles têm de se defenderem de abusos, de violências e relações sexuais prematuras (Andrade, 1996; Brás, 2012; Sampaio, 2006; Vaz, 2007). Alguns dos receios ou dúvidas que, os pais e encarregados de educação exprimem quando se suscitam conversas ou debates sobre este tema é que, “a aquisição de conhecimentos sobre a sexualidade possa aumentar as suas tentativas de experimentação de comportamentos sexuais; que nas acções de educação sexual se inclua o ensino de práticas sexuais, que o mais importante em educação sexual, deve ser a prevenção das infecções de transmissão sexual e da gravidez não planeada, sobretudo em adolescentes” (Lopes et al., citado por Marques António et al., 2000, p.51). Contudo nesta linha de pensamento os estudos evidenciam que programas de educação sexual oportunos, efectivamente têm contribuído para diminuir comportamentos de risco e aumentar comportamentos preventivos (Ministério da Educação, 2000; Sampaio, 2006).

Tabela 15- DSTs/ISTs: conhecimento sobre DSTs/ISTs, questões CS/IPJ, consultas para adolescentes, crenças dos pais, profissionais avalizados falam de sexualidade, de acordo com o sexo

		Masculino	Feminino	Teste qui-quadrado
<b>Maior conhecimento das DSTs/ISTs veio refrear os comportamentos sexuais?</b>	Sim	107 (84,9%)	134 (75,7%)	$\chi^2 = 6,629; g. l. = 2; p = 0,036^{**}$
	Não	12 (9,5%)	36 (20,3%)	
	Não sabe	7 (5,6%)	7 (4%)	
<b>Assuntos/questions que coloca quando vai ao CS ou ao IPJ</b>	Substâncias aditivas	17 (13,5%)	35 (20%)	$\chi^2 = 2,043; g. l. = 1; p = 0,153^{NS}$
	Sexualidade/Afectividade	39 (31%)	48 (27,1%)	$\chi^2 = 0,529; g. l. = 1; p = 0,467^{NS}$
	DSTs/ISTs	67 (53,2%)	63 (35,6%)	$\chi^2 = 9,288; g. l. = 1; p = 0,002^{\dagger}$
	Contracepção	33 (26,2%)	59 (33,3%)	$\chi^2 = 1,776; g. l. = 1; p = 0,183^{NS}$
	Corporalidade	16 (12,7%)	48 (27,1%)	$\chi^2 = 9,187; g. l. = 1; p = 0,002^{\dagger}$
<b>No seu centro de saúde há consultas para adolescentes?</b>	Sim	66 (52,4%)	108 (61%)	$\chi^2 = 2,245; g. l. = 1; p = 0,134^{NS}$
	Não	60 (47,6%)	69 (39%)	
<b>As crenças e valores dos pais e da sociedade influenciam a sua liberdade sexual?</b>	Sim	46 (36,5%)	72 (40,7%)	$\chi^2 = 12,290; g. l. = 3; p = 0,006^{\dagger}$
	Sim, nos meios pequenos	22 (17,5%)	55 (31,1%)	
	Não	43 (34,1%)	36 (20,3%)	
	Não sabe	15 (11,9%)	14 (7,9%)	
<b>Quando os profissionais avalizados falam de sexualidade/afectividade estão a incentivar a:</b>	Experimentar mais cedo	21 (16,7%)	15 (8,5%)	$\chi^2 = 4,718; g. l. = 2; p = 0,094^{***}$
	Adiar a primeira experiência	31 (24,6%)	48 (27,1%)	
	Não tem influência	74 (58,7%)	114 (64,4%)	

Teste qui-quadrado

NS – não significativo; \* – significativo a 1%; \*\* – significativo a 5%; \*\*\* – significativo a 10%

Pela análise da Tabela 16, confrontados com, qual à zona do corpo potencialmente erógena para o sexo oposto, os rapazes respondem maioritariamente órgãos genitais com 57,9%, seguindo-se com 34,1% e 31% nádegas e boca. Já as raparigas privilegiam a boca com 49,2% e órgãos genitais com 41%, seguindo-se os olhos e as nádegas com 26,6% e 21,1% respectivamente. Aplicando o teste qui quadrado obtivemos uma forte associação para as variáveis sexo e as zonas potencialmente erógenas para o sexo oposto, nomeadamente para a boca ( $P=0,002$ ) e órgãos genitais ( $p=0,004$ ). No estudo efectuado por Brás (2008), os inquiridos, sugerem que os adolescentes rapazes dão especial importância às mamas e órgãos genitais (32,1% e 24%) respectivamente. O interesse pelo sexo e pela sexualidade sempre existiu ao longo da história da

humanidade. Os desenhos pré-históricos em cavernas já retractavam figuras humanas, aludiam aos órgãos genitais, especialmente o pénis, este era venerado como símbolo da fertilidade e do poder. A presença de um corpo humano, está pleno de significados em todas as suas dimensões (Andrade, 1996; Brás, 2012; Prazeres, 2008).

Para os rapazes os órgão dos sentidos mais importantes na esfera da sexualidade são o tacto com 58,7% e a visão com 28,6%, o paladar, o olfacto e a audição são pouco representativos. As raparigas seguem a mesma linha de pensamento, atribuem ao tacto 66,7% de importância em segunda opção temos a visão com 21,5%. Dados semelhantes aos de Brás (2002 e 2008), onde os seus inquiridos sugerem que os órgãos dos sentidos mais importantes (para os adolescentes) na esfera da sexualidade, são o tacto 53,1% para as raparigas e 48,4% para os rapazes e a visão para 47% dos rapazes e 45% para as raparigas. Qualquer toque, qualquer olhar, qualquer odor tem uma interpretação a nível cerebral, que é o principal coordenador sensorial do ser humano onde se processa toda a informação, direccionando a resposta sexual pela libertação de neurotransmissores, que agem nos diferentes receptores periféricos do corpo. A visão é um dos órgãos dos sentidos de maior importância no aspecto da atracção sexual, onde os seus pré-requisitos corporais definem o sim ou o não. Os órgãos sexuais não são considerados belos sob o ponto de vista estético, mas tornam-se atraentes e desejáveis na medida em que o sujeito é influenciado pela emoção e pela fantasia, a excitação e a visão erótica estimulam os receptores periféricos que acariciam e estimulam as diferentes partes do corpo (Andrade, 1996; Brás, 2012; Vaz, 2006).

As principais manifestações físicas/psíquicas do amor e da paixão manifestadas pelos rapazes são a excitação (70,6%) e variação de humor (28,9%). O mesmo acontece nas raparigas mas em percentagens bastante diferentes, 54,2% para a excitação e 55,4% para as variações de humor. Aplicando o teste qui quadrado verificamos uma forte associação para as variáveis sexo e as manifestações físicas e psíquicas do amor e paixão nomeadamente para a excitação ( $p=0,004$ ) e variações de humor ( $p=0,000$ ). Dados corroborados por Brás (2008), onde os seus inquiridos, sugeriam para a mesma variável e mesmo grupo etário, 43,9% as variações de humor e 31,1% a excitação. Quando sentimos uma intensa atracção por alguém, podemos experimentar vários sintomas físicos, os mais comuns são: ansiedade (...) excitação, e as inevitáveis variações de humor (Andrade, 1996; Brás, 2012; Vaz, 2007). As substâncias químicas responsáveis por estas sensações são, essencialmente, a adrenalina, a noradrenalina e a dopamina, produzidas pelas glândulas supra-renais e pelo sistema nervoso, que influenciam algumas partes específicas do corpo (Rodrigues, 1989; Rosa, 2001; Sampaio, 2006).

Os inquiridos do sexo masculino referem que, a principal arma sensual/sexual é a postura física (65,1%), o olhar (48,4%) e o sorriso (42,9%), tendo o saber falar, o perfume e a roupa relativamente alguma importância (26,2%, 22,2% e 20,6%) respectivamente. Os inquiridos do sexo feminino, privilegiam o olhar (68,4%), o sorriso (61%) e em terceiro lugar a postura física (46,3%), os perfumes, o cabelo e o saber falar são ainda armas de alguma relevância pois os adolescentes

opinaram ainda com algum significado (35,6%, 33,3% e 31,6%). Em Brás (2008), os seus inquiridos, pronunciando-se sobre esta mesma variável e faixa etária, sugeriram a postura física 48,9%, e o contacto visual 46,6%. A postura corporal ou expressões faciais, as roupas especialmente eróticas podem sugestionar fantasias e sonhos, como tudo o que é humano, a sensação não pode ser separada da imaginação, o corpo é uma “paisagem” erótica com áreas de distinto atractivo, algumas comuns a todas as pessoas e outras adequadas a certas culturas e a certos indivíduos (Andrade, 1996; Brás, 2012; Sampaio, 2006).

Tabela 16- Sexualidade: zona erógena do corpo, órgão dos sentidos, manifestações físicas/psíquicas, armas sensuais/sexuais de acordo com o sexo

	Masculino	Feminino	Teste qui-quadrado	
<b>Zona do corpo potencialmente erógena para o sexo oposto</b>	Boca	39 (31%)	87 (49,2%)	$\chi^2 = 10,037$ ; g. l. = 1; $p = 0,002^*$
	Nádegas	43 (34,1%)	38 (21,5%)	$\chi^2 = 6,021$ ; g. l. = 1; $p = 0,014^*$
	Órgãos genitais	73 (57,9%)	73 (41,2%)	$\chi^2 = 8,215$ ; g. l. = 1; $p = 0,004^*$
	Olhos	26 (20,6%)	47 (26,6%)	$\chi^2 = 1,41$ ; g. l. = 1; $p = 0,235^{NS}$
	Coxas	22 (17,5%)	20 (11,3%)	$\chi^2 = 2,34$ ; g. l. = 1; $p = 0,126^{NS}$
	Cabelo	18 (14,3%)	33 (18,6%)	$\chi^2 = 0,999$ ; g. l. = 1; $p = 0,318^{NS}$
	Outra	3 (2,4%)	6 (3,4%)	NR
<b>Órgão dos sentidos mais importantes na esfera da sexualidade na adolescência</b>	Tacto	74 (58,7%)	118 (66,7%)	
	Olfacto	7 (5,6%)	18 (10,2%)	
	Visão	36 (28,6%)	38 (21,5%)	$\chi^2 = 10,285$ ; g. l. = 4; $p = 0,036^{**}$
	Audição	2 (1,6%)		
	Paladar	7 (6%)	3 (1,7%)	
<b>Manifestações físicas/psíquicas do amor ou paixão</b>	Excitação	89 (70,6%)	96 (54,2%)	$\chi^2 = 8,323$ ; g. l. = 1; $p = 0,004^*$
	Insónias	14 (11,1%)	26 (14,7%)	$\chi^2 = 0,822$ ; g. l. = 1; $p = 0,364^{NS}$
	Falta de apetite	17 (13,5%)	23 (13%)	$\chi^2 = 0,016$ ; g. l. = 1; $p = 0,900^{NS}$
	Variações de humor	36 (28,9%)	98 (55,4%)	$\chi^2 = 21,425$ ; g. l. = 1; $p = 0,000^*$
	Outra	3 (2,4%)	7 (4%)	NR
<b>Armas sensuais/sexuais</b>	Cabelo	38 (30,2%)	59 (33,3%)	$\chi^2 = 0,341$ ; g. l. = 1; $p = 0,559^{NS}$
	Roupa	26 (20,6%)	51 (40,5%)	$\chi^2 = 2,597$ ; g. l. = 1; $p = 0,107^{NS}$
	Perfume	28 (22,2%)	63 (35,6%)	$\chi^2 = 6,262$ ; g. l. = 1; $p = 0,012^*$
	Saber falar	33 (26,2%)	56 (31,6%)	$\chi^2 = 1,053$ ; g. l. = 1; $p = 0,305^{NS}$
	Postura física	82 (65,1%)	82 (46,3%)	$\chi^2 = 10,423$ ; g. l. = 1; $p = 0,001^*$
	Sorriso	54 (42,9%)	108 (61%)	$\chi^2 = 9,756$ ; g. l. = 1; $p = 0,002^*$
	Olhar	61 (48,4%)	121 (68,4%)	$\chi^2 = 12,211$ ; g. l. = 1; $p = 0,000^*$
	Andar	18 (14,3%)	24 (13,6%)	$\chi^2 = 0,033$ ; g. l. = 1; $p = 0,857^{NS}$
Outro	1 (0,8%)	4 (2,3%)	NR	

Teste *qui-quadrado*

NS – não significativo; NR – não foi possível realizar o teste; \* – significativo a 1%; \*\* – significativo a 5%; \*\*\* – significativo a 10%

Na Tabela 17 podemos observar as respostas dadas nas perguntas relativas à masturbação. Os rapazes consideram que, a masturbação é um acariciar dos órgãos genitais para obter prazer sexual (41,3%), 37,3% assumem-na como uma expressão normal de sexualidade e em terceiro lugar 21,4% consideram-na uma forma de familiarização com o próprio corpo, tendo ainda respondido uma forma de aliviar a tensão sexual, acto inócuo e um acto que se deve reprimir na adolescência (12,7%, 6,3% e 3,2%) respectivamente. As respostas mais frequentes das raparigas são as mesmas dos rapazes, com valores percentuais ligeiramente diferentes. Dados corroborados pelo estudo de Brás (2008), embora com posições percentualmente diferentes, as respostas dos seus inquiridos sugerem que a masturbação na adolescência, exprime uma expressão normal da sexualidade (64,5%), uma forma de descoberta e familiarização com o próprio corpo (59,8%) e um acariciar os órgãos genitais para obter prazer sexual (30,5%). Desta forma podemos afirmar que tanto rapazes como raparigas encaram com naturalidade a masturbação, o que vem de encontro à opinião de inúmeros autores. A masturbação é um fenómeno psicofisiológico que acompanha o indivíduo durante o seu desenvolvimento, particularmente na adolescência, tem uma função maturativa e de desenvolvimento das zonas exógenas encaminhando os jovens para o prazer genital. Estes aspectos, que fazem parte da masturbação infantil, prolongam-se pela adolescência, não devendo ser considerados anormais. Bem pelo contrário, têm a ver com a tentativa do jovem dominar o prazer da excitação sexual e o ensaio para a resolver. A masturbação é uma fase imprescindível para o jovem atingir o seu normal e completo desenvolvimento. Estudos indicam que a criança ou jovem que não se masturba dá indicações de que algo de grave e anormal se está a passar. A pouco e pouco o jovem reduzirá essas práticas às precisamente imprescindíveis ao seu equilíbrio (Andrade, 1996; Brás, 2012; Crawford, 2008; Sampaio, 2009b; Sampaio, 2011; Vaz, 2007).

Dos rapazes inquiridos 50% considera que a masturbação é praticada de forma igual por ambos os sexos e 44,4% refere que é mais comum nos rapazes. As raparigas que constituem a amostra deste estudo consideram que a masturbação é claramente um acto masculino (71,2%), cerca de 24,8% considera que é igualmente praticada por ambos os sexos. Dados corroborados por Brás (2008), onde os seus inquiridos sugerem que na adolescência a masturbação é especialmente um acto masculino em 62,7% e 36,7% a sugerem ser praticada em ambos os sexos com igual frequência.

A masturbação, segundo alguns especialistas é uma marca de crescimento do adolescente. É uma forma possível de satisfação do desejo sexual, pelo prazer da excitação e do orgasmo. Desenvolve-se sobre o próprio corpo, é uma forma de auto-erotismo. Sendo a masturbação um comportamento sexual muito frequente nesta etapa da vida, é mais frequente no rapaz (Brás, 2012; Crawford, 2011; Dumas, 2010; Macpherson, 2001; Sampaio, 2006).

Tabela 17- *Masturbação: o que é e em quem é mais frequente de acordo com o sexo*

		Masculino	Feminino	Teste qui-quadrado
<b>Masturbação na adolescência é:</b>	Acariciar os órgãos genitais para obter prazer	52 (41,3%)	72 (40,7%)	$\chi^2 = 0,001; g. l. = 1; p = 0,918^{NS}$
	Expressão normal de sexualidade	47 (37,3%)	46 (26%)	$\chi^2 = 4,428; g. l. = 1; p = 0,035^{**}$
	Reprimida na adolescência	4 (3,2%)	8 (4,5%)	NR
	Acto inócuo	8 (6,3%)	12 (6,8%)	$\chi^2 = 0,022; g. l. = 1; p = 0,882^{NS}$
	Aliviar a tensão sexual/stress	16 (12,7%)	18 (10,2%)	$\chi^2 = 0,022; g. l. = 1; p = 0,492^{NS}$
	Familiarização com o corpo	27 (21,4%)	48 (27,1%)	$\chi^2 = 1,279; g. l. = 1; p = 0,258^{NS}$
<b>Masturbação é mais frequente:</b>	Rapariga	7 (5,6%)	7 (4%)	
	Rapaz	56 (44,4%)	126 (71,2%)	$\chi^2 = 22,346; g. l. = 2; p = 0,000^*$
	Ambos os sexos	63 (50%)	44 (24,8%)	

Teste *qui-quadrado*

NS – não significativo; NR – não foi possível realizar o teste; \* – significativo a 1%; \*\* – significativo a 5%; \*\*\* – significativo a 10%

### Inferência estatística

Tendo em conta que grande parte das variáveis deste estudo são dicotómicas, vamos recorrer à regressão logística para estudar a relação de dependência entre as variáveis e determinar as *odds ratio* (*chances*), bem como a sua significância estatística e intervalo de confiança a 95% e ainda ao teste de independência de *qui-quadrado*. As *odds* são calculadas a partir de uma classe de referência, que nas tabelas de resultados está identificada como número 1.

**Hipótese 1**– Existe associação entre os conhecimentos que os adolescentes possuem acerca da sexualidade e o sexo, a idade, o ano escolar, a área científica, local onde reside, o estado civil dos pais e dialogar com os pais sobre sexualidade.

Na Tabela 18 a percentagem de inquiridos que diz ter conhecimento sobre sexualidade é muito semelhante tendo em conta o sexo, a diferença não é estatisticamente significativa, ainda assim, o *ratio* entre rapazes e raparigas é de 1,8 vezes superior para os rapazes, o que se traduz por a *chance* de um rapaz ter conhecimento sobre sexualidade ser 80% superior ao das raparigas ( $OR=1,826$ ).

Para estudarmos a influência da idade no conhecimento que se tem sobre sexualidade, agrupamos as variáveis em duas categorias, 17 ou menos anos e 18 ou mais anos. Assim, a

proporção de alunos que afirma ter conhecimentos sobre sexualidade é muito semelhante nos dois grupos, sendo que a *chance* de um indivíduo com 18 ou mais anos ter conhecimento sobre sexualidade é cerca de 1,2 vezes superior à de um aluno menor de idade ( $OR=1,165$ ).

Tendo em conta o ano escolar que frequentam, apesar das percentagens serem todas superiores a 90%, observa-se que 99,2% dos alunos do 12.º ano possui conhecimentos sobre sexualidade, 97,9% dos alunos do 11.º ano e 91,3% dos do 10.º dizem ter conhecimento acerca da sexualidade. Quanto às *odds* apresentadas, um aluno do 12.º ano tem cerca de 11 vezes mais *chances* de ter conhecimento sobre sexualidade comparativamente a um aluno do 10.º ano, sendo uma diferença significativa ( $OR= 11,143$ ;  $p\text{-value}=0,022<5\%$ ). Relativamente a um aluno de 12.º ano, comparando com um de 11.º ano, ainda que este tenha uma *chance* 2,5 vezes superior ao de 11.º ano, não há neste caso uma diferença estatisticamente significativa ( $p= 0,512>5\%$ ).

Relativamente à área científica, cerca de 96% dos alunos que frequentam um curso CEF ou o agrupamento científico natural dizem ter conhecimentos sobre sexualidade, já para os alunos de humanidades 91,4% dizem ter conhecimentos. As *odds* obtidas não são estatisticamente significativas pois *p-values* são superiores a 5%, mas ainda assim, podemos afirmar que um aluno do CEF tem cerca de 2,9 vezes mais *chances* de ter conhecimentos sobre sexualidade do que um aluno de humanidades e 1,2 vezes relativamente aos alunos da área de científico natural ( $OR=2,877$ ;  $OR=1,220$ ).

Quanto ao meio onde reside, um aluno do meio urbano tem cerca de 3 vezes mais *chances* de ter conhecimentos sobre sexualidade do que o que vive em meio rural, sendo um valor estatisticamente significativo ( $p=0,047<5\%$ ).

Relativamente ao estado civil dos pais consideraram-se duas categorias, solteiro, viúvo ou divorciado numa categoria e casado ou união de facto noutra categoria. 87,5% dos inquiridos cujos pais são solteiros, viúvos ou divorciados e 97,2% cujos pais são casados ou vivem em união de facto afirmam ter conhecimentos sobre sexualidade, sendo estatisticamente significativo pois a *chance* de um inquirido cujos pais são casados ou vivem em união de facto ter conhecimentos sobre sexualidade é cerca de 5 vezes superior à de um aluno cujos pais são solteiros, viúvos ou divorciados ( $OR= 4,898$ ;  $p=0,004$ ).

Quanto aos conhecimentos acerca da sexualidade tendo em conta o diálogo com os pais, 97,5% dos que afirmam dialogar com os pais e 93,9% dos que não dialogam, dizem ter conhecimentos acerca da sexualidade, sendo aqueles que conversam com os pais, os que têm uma *chance* 2,5 vezes superior de vir a ter conhecimentos sobre sexualidade, do que aqueles que não o fazem, no entanto não é um valor estatisticamente significativo ( $OR=2,567$ ,  $p=0,155>5\%$ ).

Podemos concluir que os conhecimentos que os adolescentes possuem acerca da sexualidade, estão directamente associados ao ano escolar, local de residência e estado civil dos pais. Dados não corroborados por Sousa (2000), onde os resultados quanto aos conhecimentos que os

adolescentes possuíam sobre sexualidade, se referiam ao sexo, à idade, e à comunicação com os pais.

Todos os estudos tendem a mostrar que, quanto mais informação e conhecimentos, mais precocemente sobre sexualidade, não conduzem a uma actividade mais precoce, mas pode contribuir para diminuir a frequência de DSTs/ISTs e de gravidezes não desejadas. Os Cuidados de Saúde Primários, através dos seus profissionais de saúde, devem estar predispostos a fornecer mais, melhor e adequada informação sobre sexualidade aos jovens adolescentes, pelo que é indispensável uma permanente formação sobre a temática em apreço (Brás, 2012; Prazeres, 1998a; Sampaio, 2006).

Tabela 18- *Conhecimento acerca da sexualidade: sexo, idade, ano escolar, área científica, estado civil dos pais e dialogar com os pais*

Variável	n	Conhecimento acerca da sexualidade (% Sim)	OR	p	Intervalo Confiança a 95%
<b>Sexo</b>					
Masculino	126	96,8	1,826	0,318	
Feminino	177	94,4	1	-	0,56 – 5,96
<b>Idade</b>					
<=17anos	254	95,3	1	-	
>=18 anos	49	95,9	1,165	0,845	0,253 – 5,377
<b>Ano escolar</b>					
10.º ano	138	91,3	1	-	-
11.º ano	47	97,9	2,543	0,512	0,156 – 41,523
12.º ano	118	99,2	11,143	0,022	1,427 – 87,030
<b>Área científica</b>					
Humanidades	58	91,4	1	-	-
Científico natural	182	96,2	1,220	0,807	0,247 – 6,032
CEF	63	96,8	2,877	0,218	0,536 – 15,448
<b>Local residência</b>					
Rural	115	92,2	1	-	
Urbano	188	97,3	3,108	0,047	1,105 – 9,515
<b>Estado civil dos pais</b>					
Solteiro, viúvo, divorciado	56	87,5	1	-	
Casado ou união de facto	247	97,2	4,898	0,004	1,644 – 14,594
<b>Dialogar com os pais sobre sexualidade</b>					
Sim	122	97,5	2,567	0,155	0,701 – 9,398
Não	181	93,9	1	-	

**Hipótese 2** – Existe associação entre o início da actividade sexual dos adolescentes e o sexo, a idade, área científica, local de residência, estado civil dos pais e o dialogar com os pais sobre sexualidade.

Constatamos observando a Tabela 19 que cerca de 62% dos rapazes e 29% das raparigas iniciaram a sua actividade sexual, dados estatisticamente significativos, traduzindo-se por o rapaz

ter uma *chance* 4 vezes superior de ter iniciado a sua actividade sexual comparativamente com a rapariga ( $OR=4,015$ ,  $p=0,000$ ).

Considerando a variável idade, cerca de 35% dos inquiridos com menos de 18 anos e 80% dos que têm 18 ou mais anos já iniciaram a sua actividade sexual, o que se traduz por uma *chance* 7 vezes superior de um inquirido com 18 anos ou mais ter iniciado a sua vida sexual, comparativamente com os que têm idade igual ou inferior a 17 anos. Resultados estatisticamente significativos ( $OR=7,107$ ;  $p=0,000$ ).

Relativamente a área científica, um aluno que frequente um curso de CEF tem uma *chance* 7 vezes superior ao adolescente que frequenta o curso de científico natural, a área de humanidades tem uma chance 6 vezes superior de ter iniciado a sua vida sexual comparativamente ao aluno de científico natural, valor estatisticamente significativo ( $OR=7,297$  e  $OR=6,167$ ;  $p=0,000$ ).

Quanto ao início da actividade sexual e tendo em conta o local de residência as diferenças não são estatisticamente significativas pois a *chance* de um aluno do meio rural ter iniciado a sua actividade sexual é cerca de 20% superior à de um aluno do meio urbano ( $OR=1,19$ ,  $p=0,467$ ).

Um adolescente cujos pais sejam solteiros, viúvos ou divorciados têm cerca de 60% mais hipóteses de já ter iniciado a sua actividade sexual, do que um adolescente cujos pais sejam casados ou vivam em união de facto. No entanto não são valores estatisticamente significativos ( $p=0,124 > 5\%$ ).

Os adolescentes que afirmam dialogar com os pais sobre sexualidade têm uma *chance* cerca de 2 vezes superior de ter iniciado a sua vida sexual do que aqueles que não conversam, sendo portanto uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,004 < 5\%$ ).

Concluimos, pela observação da tabela que existe uma grande associação entre o início da actividade sexual e as variáveis sexo, idade, área científica e dialogar com os pais sobre sexualidade. Os rapazes têm uma *chance* superior de ter iniciado a actividade sexual, os indivíduos com mais de 18 anos, os alunos de humanidades e os do CEF com ( $p=0,000$ ) e aqueles que têm por hábito dialogar com os pais sobre sexualidade ( $p=0,004$ ), estando o início da actividade sexual estatisticamente associado ao sexo, à idade, área científica e o dialogar com os pais. As pessoas em geral e os profissionais de saúde em particular, devem tomar consciência de que a educação sexual é hoje um aspecto importante de educação global. Procurando que os jovens se sintam felizes por serem aquilo que são, que não menosprezem o outro sexo e que se sintam a caminhar para a maturidade (Brás, 2008; Gomes, 2004; Sampaio, 2006).

Tabela 19- *Início actividade sexual: sexo, idade, área científica, local de residência, estado civil dos pais e dialogar com os pais sobre sexualidade*

Variável	n	Início da actividade sexual (%sim)	OR	p	Intervalo Confiança a 95%
<b>Sexo</b>					
Masculino	126	61,9	4,015	0,000	2,472 – 6,520
Feminino	177	28,8	1	-	
<b>Idade</b>					
<=17anos	254	35,4	1	-	
>=18 anos	49	79,6	7,107	0,000	3,388 – 14,907
<b>Área científica</b>					
Humanidades	58	36,2	6,167	0,000	2,772 – 13,720
Científico natural	182	32,4	1	-	
CEF	63	77,8	7,297	0,000	3,733 – 14,262
<b>Local residência</b>					
Rural	115	45,2	1,19	0,467	0,745 – 1,901
Urbano	188	41,0	1	-	
<b>Estado civil dos pais</b>					
Solteiro, viúvo, divorciado	56	51,8	1,579	0,124	0,882 – 2,827
Casado ou união de facto	247	40,5	1	-	
<b>Dialogar com os pais sobre sexualidade</b>					
Sim	122	52,5	1,969	0,004	1,235 – 3,145
Não	181	35,9	1	-	

**Hipótese 3** – Existe associação entre os conhecimentos que os adolescentes têm sobre sexualidade quando iniciam a sua vida sexual e o sexo, a idade, a área científica e o dialogar com os pais sobre sexualidade.

Analisando a Tabela 20, tendo em conta o sexo, apesar das raparigas terem uma *chance* cerca de 2,4 vezes superiores de terem conhecimentos sobre sexualidade do que os rapazes, esta diferença não é estatisticamente significativa ( $p=0,211$ ).

Quanto à idade, a *chance* de um aluno com menos de 18 anos ter conhecimentos é cerca de 6,5 vezes superior à de um adolescente com 18 ou mais anos, valor estatisticamente significativo ( $p=0,003$ ).

Quanto à área científica procedeu-se ao cálculo das *odds* entre científico natural e CEF, pois todos os adolescentes de humanidades que iniciaram a sua actividade sexual afirmaram ter conhecimentos sobre sexualidade. A *chance* de um adolescente da área científico natural ter conhecimentos é 3 vezes superior à de um adolescente de CEF aquando do início da sua actividade sexual, mas esta diferença não é estatisticamente significativa, pois o ( $p=0,076$ ).

Tendo em conta o dialogar com os pais sobre sexualidade, um adolescente que não dialogue com os pais sobre sexualidade, tem uma *chance* 6,5 vezes superior à de um jovem que converse com os pais sobre a temática em questão.

Os conhecimentos que os adolescentes tinham aquando do início da sua vida sexual estão directamente associados à idade pois os valor de prova obtidos para as *odds* é inferior a 5%. Num estudo efectuado por Brás (2008), também os conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual estavam significativamente associados a idade com ( $p=0,001$ ).

Torna-se necessário ajudar os adolescentes a compreender, a equilibrar e a controlar a sua sexualidade no sentido de prevenir as possíveis consequências, bem como promover o saudável desenvolvimento da sua personalidade. Educar para a saúde é educar para o amor e sexualidade, estar junto, dialogar e compreender, é participar activamente na vida dos jovens. Informação traduz-se na transmissão de conhecimentos teóricos e científicos, os adolescentes continuam pouco informados relativamente à sexualidade (Andrade, 1996; Brás, 2012; Prazeres, 2008).

Tabela 20 - *Conhecimento aquando do início da vida sexual: sexo, idade, área científica e dialogar com os pais sobre sexualidade*

Variável	n	Quando iniciou a actividade sexual tinha conhecimentos (%sim)	OR	p	Intervalo Confiança a 95%
<b>Sexo</b>					
Masculino	78	87,2	1	-	
Feminino	51	94,1	2,353	0,211	0,615 – 9,005
<b>Idade</b>					
<=17 anos	90	95,6	6,45	0,003	1,85 – 22,489
>=18 anos	39	76,9	1	-	
<b>Área científica</b>					
Humanidades	21	100	-	-	
Científico natural	59	93,2	3,094	0,076	0,890 – 10,758
CEF	49	81,6	1	-	
<b>Dialogar com os pais sobre sexualidade</b>					
Sim	64	82,8	1	-	
Não	65	96,9	6,538	0,018	1,387 – 30,811

**Hipótese 4** – Existe associação entre o uso de contraceptivos e o sexo, a idade, a área científica, o local de residência, o dialogar com os pais sobre sexualidade e existência de conhecimentos sobre sexualidade quando iniciaram a sua vida sexual.

Analisando a Tabela 21, concluímos que o uso de métodos contraceptivos está associado aos conhecimentos que têm sobre sexualidade aquando do início da actividade sexual, sendo que um adolescente com conhecimentos sobre sexualidade tem cerca de 5,5 vezes mais *chances* de usar métodos contraceptivos do que um adolescente sem conhecimentos. Observa-se ainda que as raparigas, os jovens adolescentes com menos de 18 anos, os que frequentam o curso de humanidades e científico natural, os que residem em meio urbano e os que não dialogam com os

pais sobre sexualidade, apresentam maiores *chances* para o uso de métodos contraceptivos. No entanto as diferenças registadas não são estatisticamente significativas. Num estudo efectuado por Brás (2008), conclui que o uso de métodos contraceptivos estavam associados ao local de residência.

É importante determinar o conhecimento dos adolescentes sobre a contracepção, uma boa informação sobre métodos contraceptivos, não requer apenas o conhecimento de vários métodos, mas também uma abordagem isenta de juízos de valor. A crescente e não programada actividade sexual dos jovens adolescentes, dificulta a utilização de métodos contraceptivos pela grande parte dos jovens. O acesso a métodos contraceptivos deve permitir a vivência de uma sexualidade mais responsável, partilhada, favorecendo relações mais estáveis e prazerosas (Brás, 2012; Sá, 2001, Sampaio, 2009).

Tabela 21- *Métodos contraceptivos: sexo, idade, área científica, local de residência, estado civil dos pais, dialogar com os pais sobre sexualidade e ter conhecimentos quando iniciou a vida sexual*

Variável	n	Usa métodos contraceptivos? (% sim)	OR	p	Intervalo Confiança a 95%
<b>Sexo</b>					
Masculino	78	92,3	1	-	
Feminino	51	94,1	1,333	0,694	0,318 – 5,590
<b>Idade</b>					
<=17anos	90	94,4	1,943	0,343	0,492 – 7,665
>=18 anos	39	89,7	1	-	
<b>Área científica</b>					
Humanidades	21	95,2	1,778	0,744	0,187 – 16,930
Científico natural	59	93,2	1,455	0,617	0,153 – 13,804
CEF	49	91,8	1	-	
<b>Local residência</b>					
Rural	52	92,3	1	-	
Urbano	77	93,5	1,2	0,793	0,307 – 4,697
<b>Estado civil dos pais</b>					
Solteiro, viúvo, divorciado	29	100	-	-	
Casado ou união de facto	100	91	-	-	
<b>Conversa com os pais</b>					
Sim	64	90,6	1	-	
Não	65	95,4	2,138	0,298	0,511 – 8,946
<b>Tinha conhecimentos sobre sexualidade quando iniciou a vida sexual?</b>					
Sim	116	94,8	5,5	0,029	1,191 – 25,391
Não	13	76,9	1	-	

**Hipótese 5** – Existe associação entre os conhecimentos que os adolescentes possuem sobre DSTs/ISTs e o sexo, idade, área científica, local de residência.

Com os resultados apresentados na Tabela 22, pretendemos averiguar se um maior conhecimento sobre as DSTs/ISTs provoca alterações de comportamento de cariz sexual. De acordo com o sexo, comprova-se que os rapazes têm uma *chance* cerca de 2,4 vezes superior à das raparigas, ou seja, os rapazes são da opinião que, ter mais conhecimento sobre DSTs/ISTs altera o seu

comportamento sexual. Tendo em conta a idade, área científica e local de residência as diferenças obtidas não são estatisticamente significativas, mas, nos adolescentes com menos de 18 anos, os que frequentam o curso de humanidades e científico natural e os que residem em meio rural prevalece a opinião de que ter mais conhecimentos sobre DSTs/ISTs, altera o comportamento sexual.

No entanto, a literatura sobre as doenças de transmissão sexual, traz consigo novas exigências e desafios à modificação de comportamentos de natureza sexual dos jovens, fomentada pelo medo de contaminação e pelo desconhecimento em torno de um tratamento eficaz. Com o aparecimento nomeadamente do Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), o sexo como comportamento de risco adquiriu nova dimensão, havendo hoje, a necessidade da promoção de comportamentos sexuais seguros nos jovens (Brás, 2012; Gomes, 2004; Sampaio, 2006, Santos, 2000).

Tabela 22- *Conhecimento sobre DSTs/ISTs altera o comportamento sexual: sexo, idade, área científica e local de residência*

Variável	n	Conhecimento sobre DSTs/ISTs alterou o comportamento sexual (% sim)	OR	p	Intervalo Confiança a 95%
<b>Sexo</b>					
Masculino	119	89,9	2,396	0,015	1,188 – 4,829
Feminino	170	78,8	1	-	
<b>Idade</b>					
<=17anos	243	83,5	1,068	0,876	0,464 – 2,461
>=18 anos	46	82,6	1	-	
<b>Área científica</b>					
Humanidades	58	79,3	1,630	0,212	0,757 – 3,513
Científico natural	174	86,2	1,667	0,193	0,773 – 3,596
CEF	57	78,9	1	-	
<b>Local residência</b>					
Rural	106	84,9	1,192	0,599	0,62 – 2,294
Urbano	183	82,5	1	-	

**Hipótese 6** – Existe associação entre a procura de informação sobre DSTs/ISTs (no C.S. e IPJ) e o sexo, a idade, a área científica e o local de residência.

Verificamos com os resultados apresentados na tabela 23, que a procura de informação sobre DSTs/ISTs é superior nos adolescentes do sexo masculino e estes têm uma *chance* duas vezes superior ao sexo feminino de procurar informação, tratando-se de uma diferença estatisticamente significativa ( $OR= 2,055$ ;  $p=0,002$ ). Tendo em conta a idade, as proporções são iguais nos dois grupos e como tal não há diferença entre eles. Quanto à área científica e local de residência também não se registam diferenças estatisticamente significativas, prevalecendo no entanto que

os adolescentes que frequentam o curso de CEF e que residem em meio urbano procuram menos informação sobre DSTs/ISTs, comparativamente aos que frequentam humanidades ou científico natural e residem em meio rural. Quanto a esta associação da procura de informação sobre as doenças sexualmente transmissíveis, concluímos que os rapazes são aqueles que mais procuram informação, dados estatisticamente significativos ( $p=0,002$ ).

A prevenção é a medida mais importante na luta contra as doenças e infecções sexualmente transmissíveis. Uma pessoa que saiba que está infectada com uma DST/IST, deve alterar o seu comportamento sexual, para evitar a sua transmissão. Também uma pessoa não infectada, deve adoptar formas de praticar sexo seguro a fim de evitar contaminar-se (Brás, 2012; Damas, 2007; Sampaio, 2009b).

A sexualidade é como que uma viagem à descoberta do mundo das nossas exclusivas características, permitindo-nos um desenvolvimento equilibrado como seres humanos portadores de uma identidade fundada e constituída com base no respeito com e pelo outro. Só valoriza os outros quem se conhece a si mesmo, aprendendo a respeitar-se e a valorizar-se, esta deverá ser uma das mensagens, que enquanto profissionais de saúde precisamos passar aos jovens adolescentes (Andrade, 1996; Brás, 2012; Crawford, 2011; Sampaio, 2009b).

Tabela 23 - Procura informação sobre DSTs/ISTs: sexo, idade, área científica, local de residência

Variável	n	Procura de informação sobre DSTs/ISTs (% sim)	OR	p	Intervalo Confiança a 95%
<b>Sexo</b>					
Masculino	126	53,2	2,055	0,002	1,29 – 3,275
Feminino	177	35,6	1	-	
<b>Idade</b>					
<=17anos	254	42,9			
>=18 anos	49	42,9			
<b>Área científica</b>					
Humanidades	58	43,1	1,012	0,968	0,557 – 1,839
Científico natural	182	43,4	1,091	0,768	0,611 – 1,951
CEF	63	41,3	1	-	
<b>Local residência</b>					
Rural	115	45,2	1,164	0,525	0,729 – 1,859
Urbano	188	41,5	1	-	

**Hipótese 7** – Existe associação entre a importância que os adolescentes dão à existência de locais para esclarecer/dialogar sobre assuntos de natureza sexual com profissionais de saúde avaliados e o sexo, a idade, área científica, e local de residência.

Relativamente a esta questão constatamos na Tabela 24, que nenhuma das diferenças obtidas é estatisticamente significativa. No entanto, é importante salientar que as raparigas, os adolescentes maior ou igual a 18 anos, os que frequentam a área científico natural ou de CEF e os que residem em meio urbano, pensam ser mais importante a existência de locais com profissionais de saúde

avaliados onde possam dialogar ou esclarece-los sobre assuntos relacionados com a sexualidade.

A educação sexual deve começar com o nascimento, integrada na educação global, sendo a família o primeiro interveniente no processo de aprendizagem sexual. Contudo nos nossos dias, a educação é uma tarefa conjunta da família com outros agentes educativos, onde se destaca a escola e os serviços de saúde. Na educação sexual, como em quase todos os aspectos da educação, a prevenção é a melhor arma. Pelo que nenhum destes intervenientes se deve abster de tão sério assunto, pois muitos dos problemas ligados à vivência da sexualidade têm origem na falta de comunicação e informação e na ansiedade daí resultante (Andrade, 1996; Brás, 2012; Sá, 2001; Sampaio, 2006).

Tabela 24- *Importância da existência de locais com profissionais de saúde avaliados: sexo, idade, área científica, local de residência*

Variável	n	É importante haver locais com profissionais de saúde avaliados (% sim)	OR	p	Intervalo Confiança a 95%
<b>Sexo</b>					
Masculino	126	84,9	1	-	
Feminino	177	89,3	1,477	0,262	0,747 – 2,919
<b>Idade</b>					
<=17 anos	254	87,0	1	-	
>=18 anos	49	89,8	1,314	0,59	0,486 – 3,553
<b>Área científica</b>					
Humanidades	58	82,8	1	-	
Científico natural	182	89,0	1,687	0,214	0,74 – 3,849
CEF	63	87,3	1,178	0,713	0,491 – 2,827
<b>Local residência</b>					
Rural	115	84,3	1	-	
Urbano	188	89,4	1,559	0,203	0,786 – 3,089

**Hipótese 8** – Existe associação entre a localização do profissional de saúde para esclarecimentos do adolescente e o sexo, a idade, a área científica e o local de residência.

Para a localização desses profissionais de saúde considerou-se escola e Centro de Saúde tendo-se excluído outras localizações. Pela observação da Tabela 25, verifica-se que a localização dos profissionais de saúde está associada à idade, sendo que os adolescentes com 18 ou mais anos têm uma *chance* de escolher o Centro de Saúde 2,1 vez superior à dos adolescentes com menos de 18 anos ( $OR= 2,146$ ;  $p=0,028$ ). As outras diferenças não são estatisticamente significativas, mas destaca-se que as raparigas, os adolescentes que frequentam curso de CEF e os que

residem em meio urbano, privilegiam o Centro de Saúde como local para a existência de profissionais de saúde avalizados para esclarecer dúvidas sobre sexualidade.

Em 1984 surge um decreto lei n.º 3/84 de Março que defende a criação de consultas de Planeamento Familiar, nos Centros de Saúde e a criação da educação sexual a desenvolver pelo Ministério da Educação. No entanto a grande maioria dos Centros de Saúde não criou um espaço, nem deu formação específica a profissionais de saúde com perfil para atendimento desta faixa etária, levando-nos a concluir à semelhança de outros autores, que a sexualidade é ainda um tabu para muitos profissionais de saúde (Brás, 2012, Marques et al, 2000; Sampaio, 2006; Vaz, 2007). No entanto, e como já foi mencionado na fundamentação teórica, temos alguns bons exemplos a nível do nosso Distrito.

Tabela 25- *Localização dos profissionais de saúde: sexo, idade, área científica e local de residência*

Variável	n	Localização		OR	p	Intervalo Confiança a 95%
		Centro de saúde (%)	Escola (%)			
<b>Sexo</b>						
Masculino	104	45,2	54,8	1	-	
Feminino	151	54,3	45,7	1,441	0,153	0,873 – 2,380
<b>Idade</b>						
<=17 anos	211	47,4	52,6	1	-	
>=18 anos	44	65,9	34,1	2,146	0,028	1,088 – 4,233
<b>Área científica</b>						
Humanidades	47	46,8	53,2	1	-	
Científico natural	153	49,7	50,3	1,309	0,395	0,704 – 2,433
CEF	55	56,4	43,6	1,468	0,336	0,671 – 3,210
<b>Local residência</b>						
Rural	94	48,9	51,1	1	-	
Urbano	161	51,6	48,4	1,11	0,687	0,667 – 1,847

Dos 265 adolescentes que acham importante haver locais com profissionais de saúde com os quais possam dialogar sobre sexualidade, 35,8% privilegia o psicólogo, 18,9% enfermeiros, 11,3% médicos e 10,2% preferem psicólogos e enfermeiros (Tabela 26).

Os programas de saúde dos adolescentes devem conferir um leque muito variado de assuntos. Assim o desejável é que quem atende o adolescente (psicólogo, enfermeiro ou outro profissional de saúde), deve apoiar-se numa equipe de saberes multidisciplinar, para dar suporte a respostas mais convenientes, quando necessário. As formações dirigidas a um grupo devem partir dos conhecimentos, interesses e capacidades da população em causa, ou seja, não nos devemos dirigir a um grupo de adolescentes, sem antes sabermos quais os assuntos que eles gostariam de abordar (Andrade, 1996; Brás, 2012, Sampaio, 2009b).

Tabela 26 - *Profissionais de saúde preferidos*

	Frequência absoluta	Porcentagem
Psicólogos	95	35,8
Enfermeiros	50	18,9
Médicos	30	11,3
Assistente social	1	0,4
Psicólogos e enfermeiros	27	10,2
Psicólogos e médicos	25	9,4
Psicólogos e assistentes sociais	2	0,8
Enfermeiros e médicos	14	5,3
Psicólogos, enfermeiros, médicos	15	5,7
Psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais	2	0,8
Todos	4	1,5
Total	265	100,0

**Hipótese 9** – Existe associação entre abordar o tema sexualidade com profissionais de saúde e o sexo, a idade, a área científica e o local de residência.

Atendendo à hipótese 9 e observando a Tabela 27, verificamos que sobre ter dificuldades em abordar o tema sexualidade com profissionais de saúde, existe uma associação estatisticamente significativa com o sexo, sendo que uma rapariga tem cerca de 2,4 vezes mais dificuldades do que um rapaz em abordar o tema ( $OR=2,402$ ;  $p=0,001<5\%$ ). Com as restantes variáveis não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, destaca-se que os adolescentes mais novos, que frequentam o curso de CEF e humanidades e residem em meio rural têm mais dificuldades em abordar o tema do que os restantes. Num estudo efectuado por Brás (2008), os inquiridos 54,2% sugeriam que os adolescentes, tinham dificuldade em abordar o tema, valores muito próximos dos encontrados em 2002 pelo mesmo autor. Traduzindo isto, que a sexualidade persiste em teimar a continuar a ser um tabu, pelo que, do nosso ponto de vista é primordial um correcto esclarecimento nesta faixa etária sobre a esfera da sexualidade, colocando os adolescentes à vontade para abordar com os profissionais de saúde temáticas desta índole. Se oferecermos aos jovens uma formação adequada em planeamento familiar e vida sexual, os custos serão sem dúvida menores, do que tentar resolver, os problemas postos pelo aborto e todos os danos psicológicos que daí advenham, assim como as possibilidades de educação perdidas e ainda combater outros efeitos secundários indesejáveis da liberdade sexual como sejam as doenças e infecções sexualmente transmissíveis (Brás, 2012; Prazeres, 1998a; Sampaio, 2009b).

Tabela 27- *Dificuldades em abordar o tema sexualidade com profissionais de saúde: sexo, idade, área científica e local de residência*

Variável	n	Dificuldades em abordar o tema sexualidade com profissionais de saúde(% sim)	OR	p	Intervalo Confiança a 95%
<b>Sexo</b>					
Masculino	126	19,8	1	-	
Feminino	177	37,3	2,402	0,001	1,409 – 4,095
<b>Idade</b>					
<=17 anos	254	31,5	1,588	0,209	0,772 – 3,268
>=18 anos	49	22,4	1	-	
<b>Área científica</b>					
Humanidades	58	31,0	1,034	0,933	0,479 – 2,229
Científico natural	182	29,1	1	-	
CEF	63	31,7	1,132	0,695	0,609 – 2,103
<b>Local residência</b>					
Rural	115	33,0	1,257	0,372	0,761 – 2,076
Urbano	188	28,2	1	-	

Verificando a Tabela 28, quanto ao principal problema sentido, obteve-se como mais frequentes, o medo de ser mal interpretado com uma percentagem muito elevada (47,3%) e medo de quebra de sigilo (28,6%), seguindo-se a falta de abertura e falta de conhecimentos dos profissionais de saúde, sendo estes dois itens os mais escolhidos. Verificando deste modo que os adolescentes ainda não se sentem à vontade para esclarecer dúvidas com os profissionais de saúde. Muitos dos adolescentes fogem de procurar conselhos sobre sexualidade, por acharem que só os perversos premeditam o sexo. Com isto, pensamos que os profissionais de saúde, ao serem abordados pelos jovens, não profiram qualquer juízo de valor, não os julguem e façam da consulta um absoluto sigilo para que os jovens se sintam confiantes (Andrade, 1996; Brás, 2012; Macpherson, 2001; Vaz, 2007).

Tabela 28 - *Principais problemas no diálogo com profissionais de saúde*

	Frequência absoluta	Percentagem
Falta de abertura por parte dos profissionais	17	18,7
Medo de sermos mal interpretados	43	47,3
Medo da quebra de sigilo	26	28,6
Falta de conhecimento	5	5,5
Total	91	100,0

**Hipótese 10** – Existe associação entre o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do adolescente e a idade, a área científica e o dialogar com os pais sobre sexualidade.

Para validar a hipótese 10, recorreremos ao teste de independência do *qui-quadrado* (Tabela 29). Consideramos a família, amigos, professores ou educadores e serviço de saúde tendo-se excluído os outros. Comprova-se que existe uma relação de dependência entre o agente de socialização e o sexo, sendo que as principais diferenças detectadas ocorrem nos rapazes que privilegiam os amigos e a família, em detrimento do serviço de saúde, verificando-se a tendência contrária nas raparigas, isto é, elas privilegiam mais a família e o serviço de saúde em vez dos amigos. Consideramos o local de residência estatisticamente significativo ( $p=0,083<10\%$ ), onde verificamos que os inquiridos que vivem em meio rural privilegiam a família e os amigos, como o agente de socialização mais importante, em detrimento do serviço de saúde, o mesmo acontece com os que vivem em meio urbano. Para as restantes variáveis comprova-se que não há uma relação estatística de dependência com o agente de socialização.

À medida que a relação de afectividade com os pais vai diminuindo, característica comum na passagem do período infantil para a adolescência, o adolescente vai alterar também a relação com o grupo, revestindo-se este de grande importância no seu desenvolvimento afectivo (Andrade, 1996; Brás, 2012; Crawford, 2008; Sampaio, 2006).

O grupo de pares, apesar de muitas vezes possuir conhecimento inadequado e impreciso sobre a sexualidade, exerce uma grande influência na aprendizagem sexual dos adolescentes, assumindo-se como a principal fonte de informação para os jovens. O grupo é habitualmente constituído por jovens de idades próximas, estabelecendo-se entre eles uma contínua comparação. Os adolescentes julgam descobrir num amigo aqueles valores que mais admiram e que gostariam de possuir. O grupo de pares é percebido como troca de conhecimentos, espaço de segurança ajudando-o também na procura da identidade. A influência dos colegas pode mesmo superar a intervenção dos pais, diminuindo esta com os anos. A adesão ao grupo representa também uma maior proximidade à sociedade adulta, pois esta é toda ela feita de grupos (Andrade, 1996; Brás, 2012; Nodin, 2001; Sá, 2001; Sampaio, 2011).

Tabela 29- Agentes de socialização: sexo, idade, área científica e local de residência

		Agente de socialização				Total	Teste do qui-quadrado
		Família	Amigos	Professores Ou educadores	Serviços de saúde		
Sexo	M	Observado	48	52	11	12	$\chi^2 = 24,048;$ $g.l. = 3; p = 0,000$
		Esperado	43,9	38,5	13,3	27,3	
	F	Observado	58	41	21	54	
		Esperado	62,1	54,5	18,7	38,7	
Idade	<18	Observado	85	82	26	55	$\chi^2 = 2,436; g.l. = 3;$ $p = 0,487^{NS}$
		Esperado	88,5	77,7	26,7	55,1	
	≥18	Observado	21	11	6	11	
		Esperado	17,5	15,3	5,3	10,9	
Área científica	H	Observado	24	18	3	12	$\chi^2 = 6,374; g.l. = 3;$ $p = 0,386^{NS}$
		Esperado	20,3	17,8	6,1	12,7	
	C. N.	Observado	56	61	21	39	
		Esperado	63,2	55,4	19,1	39,3	
	CEF	Observado	26	14	8	15	
		Esperado	22,5	19,7	6,8	14	
Local residência	R	Observado	43	33	18	20	$\chi^2 = 6,685; g.l. = 3;$ $p = 0,083^{***}$
		Esperado	40,7	35,7	12,3	25,3	
	U	Observado	63	60	14	46	
		Esperado	65,3	57,3	19,7	40,7	

Para facilitar a compreensão da estatística descrita, será feita uma breve conclusão dos resultados mais significativos.

## **CAPÍTULO VII – CONCLUSÕES DO ESTUDO/ LIMITAÇÕES/ SUGESTÕES**

Na área da saúde, têm sido desenvolvidas nas últimas décadas, imensas iniciativas que visam a promoção da saúde e a prestação de cuidados a jovens adolescentes. Tem também sido aprovada matéria legislativa e normativa, havendo a necessidade de dinamizar programas de qualidade no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, bem como a necessidade de prestar cuidados de qualidade, consentâneos a este grupo etário (Prazeres, 1998a).

No âmbito do nosso estudo, fomos entrelaçando algumas considerações, sobre adolescência e sexualidade, necessidades e problemas de saúde dos jovens e projectos de intervenção. A educação afectivo sexual, enquanto tarefa repartida por vários pares (família, amigos, escola e instituições de saúde), torna-se um motor de mudança da vida diária, numa vida em que a afectividade, a comunicação e o prazer partilhado ocupam o lugar que lhes pertence (Sampaio, 2011).

A organização e parcerias entre a família, a escola e os profissionais de saúde é indispensável para o êxito de gerações mais e melhor informadas e obviamente mais saudáveis. Uma educação com mais informação e maior debate sobre sexualidade, são duas vertentes que têm que estar presentes no dia a dia dos adolescentes, a nível da escola, no seio familiar e das instituições de saúde, pois só assim os jovens poderão ter uma opinião mais e melhor informada. A informação sexual, é pois uma forma de ajudar os adolescentes a gerirem de uma forma saudável a sua sexualidade (Andrade; 1996; Brás, 2012, Prazeres, 2008).

O caminho para uma sexualidade responsável passa pela comunicação entre pais e filhos, pares e profissionais de saúde. A auto estima que o adolescente possa ter, é um ponto positivo para o seu bem estar. A educação para a saúde deverá ter como finalidade a preservação da saúde individual e colectiva, dotando as pessoas de conhecimentos, atitudes e valores que as ajudem a fazer opções positivas e seguras e a tomar decisões mais adequadas à saúde. A ausência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão e a mudança de comportamentos (Macpherson, 2001).

A prevenção e o esclarecimento da população jovem, aliados ao empenho político no investimento continuado e na informação, será um caminho necessário para reduzir os seus custos directos e indirectos, para diminuir os gastos em saúde inerentes às complicações associadas às gravidezes não desejadas e doenças ou infecções sexualmente transmissíveis e os gastos inerentes aos problemas sociais que podem causar (Brás, 2012, Prazeres, 2008).

A nossa amostra é constituída por 303 alunos das escolas secundárias: Emídio Garcia; Abade Baçal; Miranda do Douro e Carvalhais. A maior parte dos inquiridos é do sexo feminino 58,4% e 41,6% dos indivíduos são do sexo masculino, quanto à idade esta varia entre os 14 e os 20 anos.

A moda é de 17 anos e a idade média registada foi de 16,54 anos com um desvio padrão de 1,29 anos. Destes 45,5% está no 10.º ano, 38,9% no 12.º ano e os restantes 15,5% no 11.º ano de escolaridade.

A maioria dos alunos (60,1%), está a frequentar a área científico natural e 62% vivem em meio urbano. Relativamente aos Pais, 79,9% são casados, quanto ao nível de habilitações académicas, verificamos que 76,2% das mães não frequentaram o ensino superior, 23,9% são licenciadas ou têm formação superior e 86,3% dos pais não frequentaram o ensino superior e 13,2% são licenciados ou têm formação superior.

Quando questionados relativamente aos conhecimentos que têm sobre sexualidade, 96,8% dos rapazes e 94,4% das raparigas sugerem ter conhecimentos sobre sexualidade. Relativamente à informação sobre sexualidade, os rapazes obtêm essa informação maioritariamente junto dos amigos (61,1%), pela televisão (60,3%) e professores (53,2%), referindo ainda o pai (46%) e a mãe (45,2%). Quanto às raparigas, elegem como meio de informação a televisão (61,6%), os amigos (59,3%), os professores (58,8%) e a mãe (56,5%), as raparigas referem ainda os enfermeiros (45,2%) e médicos (41,2%).

A comunicação entre o jovem adolescente e os seus pais sugere, no que concerne aos rapazes, diálogo entre eles em 40,5% dos casos e 40,1% das raparigas assumem conversar com os pais sobre sexualidade classificando o grau de comunicação com os pais como muito bom (88,2%) ou bom (87,3%).

O principal agente de socialização no papel sexual do jovem adolescente, para os rapazes são os amigos (41,3%) seguindo-se a família (38,1%), as raparigas, assumem preferencialmente a família (32,8%) seguindo-se o sistema de saúde (30,5%) e os amigos (23,2%).

Os jovens assumem falar mais facilmente acerca de sexualidade, com os amigos (77,8%) para os rapazes e 71,8% para as raparigas.

Quando questionados sobre se devem existir locais onde possam conversar com profissionais de saúde quanto a problemas de índole sexual, 84,9% dos rapazes e 89,3% das raparigas opinam favoravelmente. Para 53,3% dos rapazes esses profissionais deviam estar na escola e 51,9% das raparigas escolhem como local o Centro de Saúde. O profissional de saúde preferido pelos rapazes (63,6%) e raparigas (64,6%), para abordar temas na esfera da sexualidade, foi o psicólogo e enfermeiro para ambos os sexos.

Quando inquiridos sobre a existência de uma idade ideal para iniciar a vida sexual, a maioria dos rapazes (54%) e das raparigas (58,2%) dizem que não existe essa idade.

Da amostra, 61,9% dos rapazes já iniciaram a sua vida sexual, sendo essa percentagem claramente inferior para as raparigas com 28,8%, quando inquiridos sobre com quem se iniciaram sexualmente, 78,4% das raparigas e 65,4% dos rapazes iniciaram numa fase de namoro.

Quanto ao esclarecimento sobre o uso de métodos contraceptivos a maioria dos rapazes (93,6%) e das raparigas (97,2%) diz-se muito esclarecido ou esclarecido.

Quer os rapazes quer as raparigas dizem que o principal factor limitante na comunicação com os profissionais de saúde é ser mal interpretado (44% e 48,5%), seguindo-se o medo da quebra de sigilo (32% e 27,3%).

A percentagem de inquiridos que diz ter conhecimento sobre sexualidade é muito semelhante tendo em conta o sexo, a diferença não é estatisticamente significativa, ainda assim, o *ratio* entre rapazes e raparigas é de 1,8 vezes superior para os rapazes, o que se traduz por a *chance* de um rapaz ter conhecimento sobre sexualidade ser 80% superior ao das raparigas.

Para estudarmos a influência da idade no conhecimento que se tem sobre sexualidade, dividimos em duas categorias, 17 ou menos anos e 18 ou mais anos. Assim, a proporção de alunos que afirma ter conhecimentos sobre sexualidade é muito semelhante nos dois grupos, sendo que a *chance* de um indivíduo com 18 ou mais anos ter conhecimento sobre sexualidade é cerca de 1,2 vezes superior à de um aluno menor de idade ( $OR=1,165; p=0,845$ ).

Tendo em conta o ano escolar que frequentam, observa-se que 99,2% dos alunos do 12.º ano possui conhecimentos sobre sexualidade, 97,9% dos alunos do 11.º ano e 91,3% dos do 10.º dizem ter conhecimento acerca da sexualidade. Quanto às *odds* apresentadas, um aluno do 12.º ano tem cerca de 11 vezes mais *chances* de ter conhecimento sobre sexualidade comparativamente a um aluno do 10.º ano, estatisticamente significativo ( $p\text{-value}=0,022<10\%$ ).

Quanto à área científica, cerca de 96% dos alunos que frequentam um curso de CEF ou o agrupamento científico natural e 91,4% dos de humanidades dizem ter conhecimentos sobre sexualidade.

Tendo em conta o meio onde residem obteve-se que 97,3% dos inquiridos que residem em meio urbano e 92,2% dos que residem em meio rural possuem conhecimentos sobre sexualidade, e, um aluno do meio urbano tem cerca de 3 vezes mais *chances* de ter conhecimentos sobre esta temática.

Relativamente ao estado civil dos pais, um inquirido cujos pais são casados ou vivem em união de facto tem uma *chance* 5 vezes superior de ter conhecimentos sobre sexualidade, dados estatisticamente significativos ( $p=0,004$ ).

Quanto aos conhecimentos acerca da sexualidade tendo em conta o diálogo com os pais, aqueles que conversam com os pais têm uma *chance* 2,5 vezes superior de vir a ter conhecimentos sobre sexualidade, do que aqueles que não conversam com os pais, no entanto não é um valor estatisticamente significativo ( $OR=2,567, p=0,155$ ).

Podemos concluir que o conhecimento que os adolescentes possuem acerca da sexualidade, está directamente associado ao ano escolar, local de residência e estado civil dos pais.

Constatamos que cerca de 62% dos rapazes e 29% das raparigas iniciaram a actividade sexual, ou seja o rapaz tem uma *chance* 4 vezes superior de ter iniciado a actividade sexual comparativamente com a rapariga ( $p=0,000$ ). Os jovens com mais de 18 anos, que frequentam o curso de CEF, têm uma *chance* 7 vezes superior de já ter iniciado a sua vida sexual ( $p=0,000$ ) e aqueles que dialogam com os pais sobre sexualidade ( $p=0,004$ ). Concluímos que existe uma grande associação entre o início da actividade sexual e as variáveis sexo, idade, área científica e o dialogar com os pais sobre sexualidade.

Atendendo ao sexo, apesar das raparigas terem uma *chance* 2,4 vezes superiores de terem mais conhecimentos do que os rapazes, esta diferença não é estatisticamente significativa ( $p=0,211$ ).

O conhecimento que os adolescentes tinham aquando do início da sua vida sexual está directamente associado à idade e dialogar com os pais sobre sexualidade, pois os valores de prova obtidos para as *odds* são inferiores a 5%.

Concluímos que o uso de métodos contraceptivos está associado aos conhecimentos que têm sobre sexualidade aquando do início da prática sexual, sendo que um adolescente com conhecimentos sobre sexualidade tem cerca de 5,5 vezes mais *chances* de usar métodos contraceptivos do que um adolescente sem conhecimentos, não sendo no entanto estatisticamente significativo.

Observa-se ainda que as raparigas, os adolescentes com menos de 18 anos, os que frequentam o curso de humanidades e científico natural, os que residem em meio urbano, cujos pais são solteiros e os que não dialogam com os pais, apresentam maiores *chances* para o uso de métodos contraceptivos. No entanto as diferenças registadas não são estatisticamente significativas.

Quando questionados se um maior conhecimento sobre as DSTs/ISTs provoca alterações do comportamento sexual, de acordo com o sexo, comprova-se que os rapazes têm uma *chance* cerca de 2,4 vezes superior à das raparigas. Tendo em conta a idade, o sexo, área científica e local de residência a diferenças obtidas não são estatisticamente significativas, mas, nos adolescentes com menos de 18 anos, os que frequentam curso de humanidades ou científico natural e os que residem em meio rural prevalece a opinião de que ter mais conhecimentos sobre DSTs/ISTs, altera o comportamento sexual.

A procura de informação sobre DSTs/ISTs é superior nos adolescentes do sexo masculino e estes têm uma *chance* duas vezes superior à das raparigas de procurar informação ( $p=0,002$ ). Quanto à área científica e local de residência também não se registam diferenças estatisticamente significativas, prevalecendo no entanto que os adolescentes que frequentam curso de CEF e que residem em meio urbano procuram menos informação sobre DSTs/ISTs, comparativamente aos que frequentam humanidades ou científico natural e residem em meio rural.

Quando inquiridos quanto ao local onde os profissionais de saúde deveriam estar, considerou-se Escola e Centro de Saúde, tendo-se excluído outras localizações. A localização dos profissionais de saúde está associada à idade, sendo que os adolescentes com 18 ou mais anos têm uma *chance* de escolher Centro de Saúde 2,1 vez superior à dos adolescentes com menos de 18 anos. As outras diferenças não são estatisticamente significativas, mas destaca-se que as raparigas, os adolescentes que frequentam curso de CEF e os que residem em meio urbano, privilegiam o Centro de Saúde como local para a existência de profissionais de saúde avalizados para esclarecer dúvidas sobre sexualidade.

Dos 265 adolescentes que acham importante haver locais com profissionais de saúde com os quais possam dialogar sobre sexualidade, cerca de 36% privilegia o psicólogo e 19% os enfermeiros.

Relativamente à questão ter dificuldades em abordar o tema sexualidade com profissionais de saúde, existe uma associação estatisticamente significativa com o sexo, uma rapariga tem cerca de 2,4 vezes mais dificuldades do que um rapaz em abordar o tema com os profissionais de saúde. Destaca-se que os adolescentes mais novos, que frequentam o curso de CEF e residem em meio rural, têm mais dificuldades em abordar o tema do que os outros, verificando-se deste modo que os adolescentes ainda não se sentem à vontade para esclarecer dúvidas sobre sexualidade com os profissionais de saúde.

Verificamos que existe uma associação entre o agente de socialização e o sexo, sendo que as principais diferenças detectadas ocorrem nos rapazes que privilegiam os amigos e a família, em detrimento do serviço de saúde, quanto às raparigas a tendência é contrária, elas privilegiam mais o serviço de saúde em vez dos amigos. Verificamos que o local de residência é estatisticamente significativo a 10%, onde verificamos que os inquiridos privilegiam a família e os amigos, como o agente de socialização mais importante, em detrimento do serviço de saúde.

Consideramos que os jovens devem ser os pontos fulcrais nas tomadas de decisão das matérias em apreço. Pensamos, ser de cariz prioritário que se forneça aos jovens nesta faixa etária, uma adequada e fiável informação e formação sobre educação para a saúde e serviços de saúde sexual acessíveis e de qualidade, de forma a que estes se sintam em segurança no que respeita às suas necessidades mais íntimas.

### **Limitações**

Conscientes das limitações que este estudo possa suscitar, pelo facto de ser restringido à opinião de apenas alguns adolescentes, sentimos e acreditamos que este trabalho foi apenas uma etapa, para a compreensão possível desta problemática. Sugere-nos outros estudos, no sentido de poder com maior precisão, perceber de uma outra forma os conhecimentos que os adolescentes têm sobre sexualidade.

Os dados referem-se exclusivamente ao grupo de sujeitos inquiridos, não podendo ser efectuadas extrapolações para a população em geral, uma vez que este estudo se centra numa amostra de estudantes das escolas secundárias e o tipo de amostragem, é portanto inválida para esse tipo de conclusões.

Não foi possível desenvolver o estudo, de modo a envolver todas as escolas secundárias do distrito, nomeadamente os alunos do 10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade. Esta impossibilidade deve-se à limitação do tempo e de recursos.

### **Sugestões**

Os resultados obtidos sugerem e realçam a importância da educação e promoção da saúde, prevenção da doença e desta forma gerir os estilos de vida que consubstanciem e potenciem a obtenção de ganhos em saúde, o que equivale a acrescentar mais anos à vida e vida aos anos, com mais e melhor qualidade.

O estudo indica e sugere que os gestores e profissionais de saúde, deveriam atender a estes resultados, dando particular interesse ao local onde os adolescentes gostariam que os profissionais de saúde estivessem sediados aquando do atendimento aos jovens adolescentes.

Estes locais deveriam estar localizados a nível das escolas e também de centros de saúde, os programas a aplicar terem abordagem consoante as necessidades dos jovens. Os jovens referem o medo de ser mal interpretados e a quebra do sigilo, como um dos principais problemas sentidos na abordagem com o profissional de saúde, logo deverá haver uma mudança de atitude nos profissionais de saúde, evitando julgamento e emissão de juízos de valor.

Esperamos que futuramente, esta interacção entre os profissionais de saúde e os jovens adolescentes possa ser alvo de intervenção e mudanças significativas. Não existe uma pedagogia única e especializada para promover e ensinar educação sexual, todos os métodos podem ser aplicados, desde que bem utilizados. Abordar a sexualidade uma única vez, não é desejável nem suficiente, pois deverá ser organizada e estar de acordo com as necessidades dos jovens em constante mudança, nem sempre é fácil falar de sexo, mas, é sempre possível e imprescindível (Andrade, 1996; Brás, 2012; Vaz, 2007).

Devemos maximizar os conhecimentos destes jovens sobre a sexualidade, disponibilizar recursos, sentido de autonomia e confiança, de forma a capacitá-los para assumirem o comando da gestão dos meios que possuem e estão ao seu alcance, na promoção da saúde e prevenção da doença, diminuindo os gastos em saúde (Prazeres, 1998).

Para tal, as instituições deverão estar cada vez mais capacitadas, para a disponibilização da informação actualizada e em tempo útil, dado o ritmo acelerado com que os conhecimentos nesta área evoluem.

Consideramos que os jovens devem ser os pontos fulcrais nas tomadas de decisão em matérias como a sexualidade, contracepção e planeamento familiar.

Falta sublinhar, que julgamos a educação afectivo sexual um direito inalienável de jovens e adultos de ambos os sexos, onde devem tomar partido; a família, a escola, a sociedade em geral e muito particularmente os serviços e os profissionais de saúde, com especial enfoque para aqueles que exercem actividade em Cuidados de Saúde Primários.

Uns porém, terão uma tarefa de maior responsabilidade, bem como de maior proximidade com estes jovens, no entanto, só o trabalho em equipa multidisciplinar poderá reflectir uma melhor saúde e bem estar dos jovens adolescentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcobia, H; Mendes, A,R & Serôdio, H, M. (2004). *Educar para a sexualidade*. Porto Editora. Porto.
- Andrade, M. I. (1996). *Labirintos da Sexualidade*. Porto. Porto Editora.
- Andrade, M. I. (1997). Idade Chamada Desejo: Perspectivas culturais para a Prevenção da SIDA na Adolescência. *Revista Inovação*. 10, 327-342.
- Associação de Planeamento Familiar (1998). Educação Sexual nas Escolas. *Revista Sexualidade*. 2; 17-18. Lisboa.
- Associação de Planeamento Familiar (2001). Educação Sexual e Planeamento Familiar. *Revista Sexualidade e Planeamento Familiar*. 5, 5-8. Lisboa.
- Associação de Planeamento Familiar (2005). *Enquadramento Histórico e Legal da Educação Sexual em Portugal*. Consultado a 2 Março de 2011, em [www.apf.pt](http://www.apf.pt).
- Associação de Planeamento Familiar (2009) – Falemos de Sexualidade. *Guia para Pais e Educadores*: 3, 9-10.Lisboa.
- Barragán, M, F (1995). El programa itaka de Educacion Sexual: Enseñar a creer o aprender a crear. In I Encuentro Internacional de Educación Afectivi-sexual y Callidad de Vida: 13 al 18 de septiembre de 1993, Las Palmas de gran Canaria. Las Palmas,Canárias: *Consejería de Educación Cultura y Deportes del Gobierno de Canárias, Direccion General de Ordinación Innovación Educativa*; 2, 175-184.
- Bastos, A. P. (2001) – *Afectividade na adolescência. Sexualidade e educação para os valores*. Lisboa. Edições Paulinas.
- Bee, H.(1996). A criança em desenvolvimento. *Revista Artes Médicas*. 7, 23-28.
- Branco, M. F. (1999). Metodologia em Educação Sexual nos Diferentes Graus de Ensino. *Revista Sexualidade e Planeamento Familiar*. 21; 12-17. Lisboa.
- Brás, M. A. M. (2002) *Razão e Emoção a Sexualidade do Adolescente a Perspectiva do Profissional de Enfermagem*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. ICBAS. Porto.
- Brás, M, A, M. (2005). *Fragâncias da sexualidade na Adolescência*. Biblioteca digital do IPB. Consultado em 3/09/2011 em <http://hdl.handle.net/10198/5869>.

- Brás, M.A.M (2008). *A Sexualidade do Adolescente: A perspectiva do Profissional de Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto. ICBAS. Porto.
- Brás, M.A.M (2012). *Adolescência e Sexualidade: turbilhão de coloridos sentimentos, emoções e alguns salpicos negros!* | | Jornadas da UCC de Macedo de Cavaleiros, 17 Março. Macedo de Cavaleiros.
- Cabrita, M. F & Custódio, J.(2002) Educação para a saúde: prioridade em cuidados de saúde primários. *Revista Sinais Vitais*. 44;55-58.
- Centro de Vigilância Epidemiológica doenças transmissíveis (2004) – Infecção VIH SIDA- A Situação de Portugal a 31 de Dezembro de 2003 - *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*. 1-38. Lisboa. <http://saude.centralblogs.com>.
- Coelho, A.M.S.G.O.(2010). *Educar para a sexualidade. Um imperativo ético*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de medicina da Universidade do Porto. Porto.
- Cortesão, I; Silva. M & Torres, M.(2005). *Educação para uma sexualidade humanizada: Guia para professores e pais*. 2ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Crawford, M (2006). *Sexo sem Tabus*. 5ª Edição. Madrid. Esfera dos livros.
- Crawford, M.; Coelho M. F.& Santos, A. M. (2007) *Sociedade Civil. Disfunção Eréctil*. RTP2 Maio 2007.
- Crawford, M (2008). *Viver o sexo com prazer*. Guia da sexualidade feminina. 4ª Edição. Madrid. Esfera de Livros.
- Crawford, M (2009). *Aqui há sexo*. TVI 24
- Crawford, M (2011). *Diário sexual e conjugal de um casal*. 1ª Edição. Madrid. Esfera de Livros.
- Damas, M. (2007). *Sexualidade, afectos e máscaras*. Porto Canal. Porto. Repetição 2010.
- Decreto Lei nº3/84 de 24 de Março (1984), Lei de Bases do Sistema Educativo. Ministério da Educação. Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde. (2001). *Saúde infantil e juvenil*. Programa Tipo. Lisboa.
- Dumas, D. (2010). “ *A sexualidade dos adolescentes contada por eles próprios*”. 1ª Edição. Lisboa. Editorial Bizâncio.
- Duque, C. (1999). *Atitudes e comportamentos*. Consultado em em 25 de Abril 2010 em <http://www.gestiopolis.com/organizacion-talento/atitudes-comportamentos.htm>

- Erickson, F. (1986). *Qualitative methods in research on teaching*. In Wiltrock, M. Handbook of research on teaching. Nova Iorque: Macmillan, 191-161.
- Ferreira, M. F. M. (2004). Educação Sexual na Adolescência: Emoções e Sentimentos –o Papel do Enfermeiro. *Revista Servir*. 3 (52); 132-137
- Fortin, M.F. (1999). Processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Sociência.
- Fuertes, A; Martinez, J.L & Ramos, M. (2002). Factores asociados a las conductas sexuales de riesgo en la adolescência. *Infância y Aprendizaje*, 25 (3), 347-361.
- Galvão, G. J. (2000). *Um olhar sobre a sexualidade humana*. Para uma paternidade responsável. Lisboa. Edições Paulinas.
- Gesell, A.(1996). *Infant and child in the culture of today: The guidance of development* . Oxford. Development.
- Gomes, A. F. (2000). *Educação sexual só para jovens*. Texto editora. Lisboa
- Gomes, A. F. (2004). Paixão amor e sexo. Lisboa. Editora Dom Quixote.
- Gomes, A.F. (2010). Centro de Saúde. Saúde sexual dos Jovens. RTP1, Fevereiro 2010.
- Grande, N. (1999) A grande questão. In *Jornal de Notícias*, pp. 6-7,(Julho), 18. Porto Horizonte.
- Instituto Nacional de Estatística (2010) Classificação Portuguesa das Profissões (2010). Consultado a 8 de Setembro de 2010, em: <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *As pessoas*. Consultado em 1 Março 2011, em: <http://www.ine.pt> .
- International Planned Parenthood Federation (2006). Framework for Comprehensive Sexuality Education. Disponível em [www.ippf.org](http://www.ippf.org)
- Lancaster, M & Stanhope, J (1999). *Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Enfermagem Comunitária. 4ª Edição. Lisboa. Lusociência.
- López, F. & Fuertes, A. (1999). Para compreender a Sexualidade: *Associação para o Planeamento da Família*.4, 4-8. Lisboa.
- Macpherson, Ann (2001) Sexualidade e Adolescência. *Revista Planeamento Familiar*. 2, 26-27.
- Macpherson, Ann & Macfarlane, A. (2004). *Relationships*. The truth. Oxford University Press. London.

- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3ª Edição. Edições Sílabo, Lda. Lisboa.
- Marques, A. M. & Prazeres, V. (2000). Educação Sexual em Meio Escolar: *Linhas orientadoras*. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. 6, 5-10. Lisboa.
- Ministério da educação, Ministério da saúde (2000). Associação para o planeamento da família & centro de apoio nacional, “*Educação sexual em meio escolar – linhas orientadoras*”. Ministério da Educação, Ministério da Saude. Lisboa.
- Ministério da Educação (2000a). *Educação Sexual em meio escolar – Linhas orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Ministério da Saúde (2000) *Associação Para o Planeamento da Família. Raparigas!* Lisboa Julho.
- Ministério da Saúde (2000) – Educação Sexual Em Meio Escolar. Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde. *Associação para o Planeamento da Família. Linhas orientadoras*. Outubro. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2001). *Amar, Amar Perdidamente*. Comissão de Luta Contra a Sida. Agenda. Lisboa.
- Monteiro, M. & Santos, M.R.(2001). *Psicologia*. Porto. Porto Editora.
- Muñoz, F. (1998). La educación afectivo-sexual en la escuela. In M. Isabel Serrano González (Coord-Editora), *La Educación para la Salud del siglo XXI. Comunicación y Salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. 355-364.
- Nodin, N. (2000) Os Jovens Portugueses e a Sexualidade em finais do Século XX. *Revista Associação para o Planeamento da Família*. 25/26, 10 - 18.
- Nodin, N. (2001) Adolescentes, o Sexo e os Outros. *Revista de Sexualidade e Planeamento Familiar*. 31; 37-41.
- Neto, F.(2000). *Psicologia Social*. Lisboa. Universidade Aberta.
- Nunes, R & Rego, G. (2002). *Prioridades na saúde*. 2ª Edição. Lisboa. Mcgran-hill.
- Oliveira, E.F.& Grácio ,M.C. (2005).Analysis regarding the size of the simple sample random: an application in the area of Information Science. DataGramZero. *Revista de Ciência da Informação*. Junho 2005;vol .6, nº3
- Organização Mundial Saúde (1986). Carta de Otawa. Lisboa: Ministério da Saúde. [www.who.int/](http://www.who.int/)

Organização Mundial Saúde (1991) *Educação Sexual – Viver Saudável*. Sessão do Comité Regional da Europa.41.<sup>a</sup> Edição. Lisboa. portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\_texto.cfm?idtxt=25076

Organização Mundial Saúde (1997). Declaração de Jakarta sobre a promoção de saúde no século XXI. www.who.int/

Organização Mundial Saúde (2001). Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\_texto.cfm?idtxt=25076

Organização Mundial Saúde. (2002). Growing in Confidence: Programming for Adolescent health and Development – Lessons from eight countries. Department of Child and Adolescent Health and Development. www.who.int/

Pordata, (2010). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Consultado em 12 de Maio de 2011 em [www.pordata.pt/portugal](http://www.pordata.pt/portugal).

Preciosa, E. (1999) Conhecimentos e Percepção da Sexualidade na Adolescência. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. 5; 17-25.

Prazeres, V. (1998a). Saúde dos Adolescentes *Princípios Orientadores*. 5, 6-10. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.

Prazeres, V. (1998b). Os Adolescentes, os Oceanos e a Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 16(2); 13-16.

Prazeres, V. (2002). Adolescentes, pais e tudo o mais. Cacém, Lisboa. Texto Editores.

Prazeres, V. (2003). Saúde Juvenil no Masculino: Género e saúde sexual e reprodutiva. *Princípios Orientadores*. 4, 10-12. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.

Prazeres, V. (2008). O voo desordeiro de Eros. Lisboa. Dom Quixote.

Ribeiro, J.L.P. (2010). *Metodologia da Investigação em psicologia e Saúde*. 3.<sup>a</sup> Ed.ção. Porto: Legis/livpsic.

Rosa, J.(2001). Deveraneios. *Revista Saúde e Bem Estar*. 88; 6-33. Lisboa.

Rodrigues, C; Teixeira, M.& Gomes, M.F.(1989). *Afectividade: Elementos Básicos de Psicologia Científica*. Porto. Edições Contraponto.

Rodrigues, I.T. (1999) *Educação Sexual na Escola. Um caso de insucesso educativo*. Dissertação de Mestrado, em Promoção/Educação para a Saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

- Sá, E. (2001) – O que Seria do sexo dos Anjos se no Céu Existissem antes Parabólicas? *In Adolescentes*. 20. Lisboa. Press Mundo.
- Sampaio, D. (2000). O Direito dos Jovens à Contraceção. *Revista Planeamento familiar*. 9,12-23.
- Sampaio, D. (2002). Vozes e ruídos. “ Dialogo com adolescentes”. Lisboa. Editorial Caminho.
- Sampaio, D. & Gameiro, J. (2002). Terapia Familiar. Porto. Editora Afrontamento.
- Sampaio, D. (2003). Não existe Educação Sexual em Portugal. Crónica Porque sim. *Revista Pública*. 194, 14-25.
- Sampaio, D. (2004). De novo a Educação Sexual. Crónica Porque sim. *Revista Pública*. 242, 24-48.
- Sampaio, D. (2006) – *Lavrar o Mar*. 1.ª Edição. Lisboa. Editorial Caminho.
- Sampaio, D; Baptista, M.I.C.A.M; Matos, M.G. & Silva, M.O. (2005). *Relatório Preliminar*. Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Ministério da Educação. Lisboa.
- Sampaio, D; Baptista, M.I.C.A.M; Matos, M.G. & Silva, M.O. (2007a). *Relatório de Progresso*. Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Ministério da Educação: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Lisboa.
- Sampaio, D; Baptista, M.I.C.A.M; Matos, M.G. & Silva, M.O. (2007b). *Relatório Final*. Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Ministério da Educação: Direcção Geral de inovação e de Desenvolvimento Curricular. Lisboa.
- Sampaio, D. (2009a). Porque sim. “ Os pais com maturidade sabem que os filhos não lhe pertencem”. Lisboa. Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2009b). Jovens com saúde. Dialogo com uma geração. Cacém, Lisboa. Texto Editores.
- Sampaio, D. (2011). Da família, da escola e umas quantas coisas mais. Lisboa. Editorial Caminho.
- Santos, J. O. (2000) Opiniões e realidades, filhos do silêncio, o adolescente, a família, o enfermeiro, algumas reflexões. *Revista Enfermagem*. 2ª série 19; 8-10
- Sassetti, L. (1991) Que pensam os Adolescentes dos Serviços de Saúde? Opiniões dos Alunos do 8º ano do concelho de Almada. *Revista Portuguesa de Pediatria*. 22; 157 – 161.
- Serrão, D. & Nunes, R. (1998) *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto. Porto Editora.

- Sousa, F. (2000) *Sexualidade na Adolescência – Comportamentos, Conhecimentos e Opiniões/Atitudes de Adolescentes Escolarizados*. Tese de Mestrado. Porto. ICBAS, Universidade do Porto.
- Sousa, B. L. & Ferreira, S. J. (2003) Atitude dos Adolescentes Face à Sexualidade. *Revista Sinais Vitais*. 48; 35-38.
- Tilsley, L. (1998) A Saúde Sexual e os Adolescentes. *Revista Nursing*. 123; 10-14.
- Vaillant, M. (2000) *O Adolescente no Quotidiano, Princípios Úteis Para os Pais*. 1.<sup>a</sup> Edição. Lisboa. Editora Pergaminho.
- Vaz, J. M. (1996) *Educação Sexual na Escola*. Lisboa. Universidade Aberta.
- Vaz, J. M. (2007). *Olhos nos olhos. Histórias de sexo e vida*. Buenos Aires. Editora Bocket
- Vicente, L. F.& Lopes, J. D. (1999) Preservativo: Falar para não esquecer. *Revista Sexualidade e Planeamento Familiar*. (23/24); 14-16.
- Vilar, D. (1994). Comunicação Pais, Filhos. Adolescentes Sobre Sexualidade. *Revista Sexualidade & Planeamento Familiar*. 1; 14-18.
- Vilar, D. (2000). As posições recentes de Daniel Sampaio sobre a educação sexual nas escolas. *Associação de Planeamento Familiar*. Lisboa.
- Young, I. (1995) – Promover a saúde da juventude Europeia. Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde. Oxford. Development.

**ANEXOS**

**ANEXO I – Instrumento de Recolha de Dados (Questionário)**



**APNOR**

**Instituto Politécnico de Bragança**

Mestrado em Gestão das Organizações

Ramo de Unidades de Saúde

QUESTIONÁRIO

***“Sexualidade na Adolescência:***

***Análise da perspectiva do Adolescente Face à Sexualidade.”***

**Mestranda:** Maria de Fátima Morais Brás

**Orientadores:** Professora Doutora Ana Galvão  
Professora Mestre Adília Silva

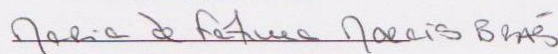
Exmo.(a) Aluno(a)

**Maria de Fátima Morais Brás**, aluna do Mestrado em Gestão das Organizações Ramo de Unidades de Saúde, da Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), no âmbito do trabalho de investigação, que conduzirá à elaboração da dissertação, pretendo realizar um estudo sobre: “*Sexualidade na Adolescência: Análise da perspectiva do Adolescente Face à Sexualidade*”.

Proponho analisar os conhecimentos/informação/comportamentos/attitudes dos adolescentes face à sexualidade.

Pelo que levar a bom porto este estudo é indispensável a sua inestimável colaboração, a qual desde já agradeço.

Muito atentiosamente



Maria de Fátima Morais Brás

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO:

1. O questionário é anónimo e absolutamente confidencial, pelo que não carece de assinatura.
2. Leia por favor todas as questões antes de responder.
3. Responda a todas as questões com o máximo de sinceridade.
4. As informações recolhidas destinam-se exclusivamente a tratamento estatístico.
5. Não deixe nenhuma questão por responder, pois deixará de ter interesse para o estudo.
6. Nas questões em que existe um  responda, colocando uma X na resposta (s) que achar mais conveniente (s).
7. Nas questões de resposta aberta, responda no espaço que está destinado para o efeito.

Muito atentamente

*Maria de Fátima Morais Brás*

Maria de Fátima Morais Brás

**Dados pessoais**

1 - Idade \_\_\_\_\_ anos

2 - Sexo:

- 1 - Masculino-----   
2 - Feminino -----

3 - Ano escolar que frequenta

- 1 - 10.º Ano -----   
2 - 11.º Ano -----   
3 - 12.º Ano -----

4 - Escola que frequenta:

\_\_\_\_\_

5 - Área científica do curso que frequenta

- 1 - Científico natural -----   
2 - Humanidades -----   
3 - Artes visuais -----   
4 - Económico-social -----   
5 - Outro -----

Qual? \_\_\_\_\_

6 - Local de residência

- 1 - Rural -----   
2 - Urbana -----

7- Com quem vive?

- 1 - Pais -----   
2 - Pai -----   
3 - Mãe -----   
4 - Irmãos -----   
5 - Outros familiares ----   
6 - Outras (pessoas/Instituição) -----

Qual? \_\_\_\_\_

**8 – Habilitações literárias/académicas dos Pais:**

**8.1 Mãe**

- 1 – 1º Ciclo (4º ano) -----
- 2 – 2º Ciclo (9º ano) -----
- 3 – Secundário -----
- 4 – Bacharelato -----
- 5 – Licenciatura -----
- 6 – Mestrado -----
- 7 – Doutoramento -----
- 8 – Outra Habilitação  Qual? \_\_\_\_\_

**8.2 Pai**

- 1 – 1º Ciclo (4º ano) -----
- 2 – 2º Ciclo (9º ano) -----
- 3 – Secundário -----
- 4 – Bacharelato -----
- 5 – Licenciatura -----
- 6 – Mestrado -----
- 7 – Doutoramento -----
- 8 – Outra Habilitação  Qual? \_\_\_\_\_

**9 – Profissão**

- 1 – Pai \_\_\_\_\_
- 2 – Mãe \_\_\_\_\_
- 3 – Pessoa(s) com quem vive \_\_\_\_\_

**10 – Estado civil dos pais:**

- 1 – Solteiros -----
- 2 – Casados -----
- 3 – União de facto -----
- 4 – Divorciados -----
- 5 – Viúvo(a) -----

**II Parte**

**11– Tem conhecimentos/informação sobre sexualidade?**

- 1 – Sim -----
- 2 – Não -----

**11.1 – Se sim obteve esses conhecimentos/informação sobre sexualidade através de:**  
(pode assinalar mais que uma resposta).

- 1 – Pai -----
- 2 – Mãe -----
- 3 – Irmãos mais velhos -----
- 4 – Amigos -----
- 5 – Enfermeiros -----
- 6 – Médicos -----
- 7 – Psicólogos -----
- 8 – Professores/educadores ---
- 9 – Leitura -----
- 10 – Televisão -----
- 11 – Outros -----  Quais? \_\_\_\_\_

**12 – Conversa frequentemente com os seus pais sobre assuntos relacionados com a sexualidade?**

- 1 – Sim -----   
2 – Não -----

**13– Se sim, como considera essa comunicação**

- 1 – Muito Boa -----   
2 – Boa -----   
3 – Nem boa/Nem má -----   
4 – Má -----   
5 – Muito má -----

**14 – Em sua opinião, qual o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente?**

- 1 – A família -----   
2 – Os amigos -----   
3 – Os professores/educadores -----   
4 – Sistemas de saúde -----   
5 – Os modelos apresentados pelos média -----   
6 – Vedetas de filmes e desporto -----   
7 – Outros -----  Quais? \_\_\_\_\_

**15 – Escolha uma palavra (ou expressão) que para si defina sexualidade:**

- 1 – Atração física -----       2 – Envolvimento sentimental -----   
3 – Relação sexual -----       4 – Descoberta -----   
5 – Fascínio -----       6 – Amor/paixão -----   
7 – Prazer -----       8 – Desafio -----   
9 – Outra -----  Qual? \_\_\_\_\_

**16 – Como se considera quanto à informação que possui sobre sexualidade?**

- 1 – Muito informado/a -----   
2 – Informado/a -----   
3 – Nem muito nem pouco informado/a -----   
4 – Pouco informado/a -----   
5 – Não informado/a -----

**17 – Fala mais facilmente de sexualidade com:**

- 1 – Profissional Saúde -----       2 – Professor/Educador -----   
3 – Pais -----       4 – Amigos (grupo) -----   
5 – Irmãos -----       6 – Outros -----  Quais? \_\_\_\_\_

**18- Considera importante a existência de locais onde possa com profissionais avalizados ter “desabafos” sobre os seus problemas de índole sexual?**

- 1 – Sim -----   
2 – Não -----

**18.1 – Se sim, onde gostaria que fossem?**

- 1 – Centro de Saúde -----
- 2 – Escola que frequenta -----
- 3 – Outro local fora destas duas instituições -----  Qual? \_\_\_\_\_

**18.2 – Qual ou quais os profissionais que gostaria que o atendessem no âmbito desses “desabafos” sobre sexualidade?**

- 1 – Psicólogos -----
- 2 – Enfermeiros -----
- 3 – Médicos -----
- 4 – Assistente social -----
- 5 – Outros profissionais -----  Quais? \_\_\_\_\_

**19 – Na sua opinião há idade para se iniciar a vida sexual?**

- 1 – Sim -----
- 2 – Não -----
- 3 – Não sabe -----

**20 – Na sua opinião os adolescentes iniciam-se sexualmente:**

**20.1 – Rapariga com:**

- 1 – Parceiro mais velho -----
- 2 – Parceiro mais novo -----
- 3 – Parceiro próximo da sua idade -----

**20.2 – Rapaz com:**

- 1 – Parceira mais velha -----
- 2 – Parceira mais nova -----
- 3 – Parceira próxima da sua idade -----

**21 – Já iniciou a sua vida sexual (relações sexuais)?**

- 1 – Sim -----
- 2 – Não -----  (*Passa para a questão 22*)

**21.1 – Se sim, iniciou a sua actividade sexual ?**

- 1 – Num flirt (encontro ocasional) -----
- 2 – Na fase do namoro -----
- 3 - Outra Situação -----  Qual? \_\_\_\_\_

**21.2 – Quando iniciou a sua actividade sexual, tinha conhecimentos sobre sexualidade?**

- 1 – Sim -----
- 2 – Não -----

**22 – Considera que a idade da primeira relação sexual?**

**22.1 – Na rapariga:**

- 1 – É cada vez mais precoce -----
- 2 – É cada vez mais tardia -----
- 3 – Se tem mantido ao longo do tempo -----

**22.2 – No rapaz:**

- 1 – É cada vez mais precoce -----
- 2 – É cada vez mais tardia -----
- 3 – Se tem mantido ao longo do tempo -----

**23 – Se já se iniciou sexualmente que valor atribui à sua primeira relação sexual no contexto da sua vida sexual? (se não se iniciou passe à questão 24)**

- 1 – Muito valor -----
- 2 – Algum valor -----
- 3 – Nem muito nem pouco valor -----
- 4 – Nenhum valor -----
- 5 – Pouco Valor -----

**24 – Como é que habitualmente lida com os seus problemas de índole sexual? (indicar apenas uma resposta)**

- 1 – Isola-se -----
- 2 – Recorre ao grupo de amigos -----
- 3 – Aconselha-se com técnicos de saúde -----
- 4 – Recorre aos pais -----
- 5 – Recorre a irmãos mais velhos -----
- 6 – Outros -----  Quais? \_\_\_\_\_

**25 – Considera a sua orientação sexual como:**

- 1 – Heterossexual -----
- 2 – Bissexual -----
- 3 – Homossexual -----
- 4 – Outra -----  Qual? \_\_\_\_\_

**26 – Considera que uma relação homossexual pode ser uma relação sexual como qualquer outra?**

- 1 – Sim -----
- 2 – Não -----
- 3 – Não tem opinião ---

**27 – Considera que a rapariga e o rapaz têm a mesma forma de expressar a sua sexualidade?**

- 1 – Sim -----
- 2 – Não -----
- 3 – Não sabe -----

**28 – Qual considera ser o local mais frequente para os adolescentes fazerem sexo?**

- 1 – Quarto (casa) -----
- 2 – Carro -----
- 3 – Praia -----
- 4 – Campo -----
- 5 – Outros -----  Quais? \_\_\_\_\_

**29 – Como se considera relativamente ao esclarecimento de uso de métodos contraceptivos?**

- 1 – Muito esclarecido(a) -----
- 2 – Esclarecido(a) -----
- 3 – Nem muito nem pouco esclarecido(a) -----
- 4 – Pouco esclarecido(a) -----
- 5 – Não esclarecido(a) -----

**30 – Em sua opinião quem mais recorre a métodos contraceptivos?**

- 1 – Rapariga -----
- 2 – Rapaz -----
- 3 – Ambos os sexos por igual ----

**31 – Se tem, e, quando tem relações sexuais, costuma utilizar algum método contraceptivo? (senão tem relações sexuais passa à questão 32)**

- 1 – Sim -----
- 2 – Não -----

**31.1 – Se Sim qual o método contraceptivo?**

- 1 – Preservativo -----
- 2 – Pílula -----
- 3 – Diafragma intra-uterino -----
- 4 – Espermicidas -----
- 5 – Preservativo mais pílula -----
- 6 – “Pílula do dia seguinte” -----
- 7 – Outro -----  Qual? \_\_\_\_\_

**32 – Sente dificuldades em abordar esta temática com os profissionais de saúde?**

- Sim -----
- Não -----  (Passar á questão 33)

**32.1 – Se sim, qual pensa ser o factor limitante na comunicação entre adolescentes e profissionais de saúde sobre sexualidade**

- 1 – Falta de abertura por parte dos profissionais -----
- 2 – Medo de sermos mal interpretados -----
- 3 – Medo da quebra de sigilo -----
- 4 – Falta de conhecimentos por parte dos profissionais para poderem falar livremente do assunto -----
- 5 – Outro -----  Qual? \_\_\_\_\_

33 – Em sua opinião, qual o aspecto que deve caracterizar o atendimento aos adolescentes, pelos profissionais de saúde?

- 1 – Confidencialidade -----
- 2 – Confiança -----
- 3 – Respeito -----
- 4 – Conhecimento científico -----
- 5 – Disponibilidade -----
- 6 – Todos os anteriores -----
- 7 – Outro -----  Especifique? \_\_\_\_\_

34 – Considera que o maior conhecimento sobre DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis e SIDA) veio “Alterar” os comportamentos sexuais dos jovens adolescentes?

- 1 – Sim -----
- 2 – Não -----
- 3 – Não sabe -----

35 – Quando vai ao Centro de Saúde ou Instituto Português da juventude que assunto(s)/questões costuma frequentemente colocar?

- 1 – Substâncias aditivas (ex. droga) -----
- 2 – Sexualidade/afectividade -----
- 3 – Doenças Sexualmente transmissíveis -----
- 4 – Contraceção -----
- 5 – Corporalidade -----
- 6 – Outras.....  Quais? \_\_\_\_\_

36 – Sabe se no seu Centro de Saúde (ou assistida por profissionais de saúde do seu Centro) existe consulta para adolescentes?

- 1 – Sim -----
- 2 – Não -----

37 – Pensa que as crenças e valores dos pais e da sociedade influenciam a sua liberdade sexual?

- 1 – Sim, porque ainda vivemos muito em função dos valores sociais instituídos ---
- 2 – Sim, especialmente nos pequenos meios -----
- 3 – Não, os adolescentes vivem os seus valores da maneira que lhes parece ser a mais adequada -----
- 4 – Não sabe -----

38 – Considera que quando profissionais avalizados lhe falam de sexualidade/afectividade o(a) estão a incentivar a:

- 1 – Experimentar mais cedo -----
- 2 – Adiar para mais tarde a sua primeira experiência sexual -----
- 3 – Não tem qualquer tipo de influência nas suas decisões deste cariz -----
- 4 – Outra -----  Qual? \_\_\_\_\_

**39 – Em sua opinião, qual pensa ser a principal zona potencialmente erógena para o sexo oposto?**

- 1 – Boca -----
- 2 – Nádegas -----
- 3 – Órgãos genitais -----
- 4 – Olhos -----
- 5 – Coxas -----
- 6 – Cabelos -----
- 7 – Outras -----  Quais? \_\_\_\_\_

**40 – Em sua opinião durante a adolescência qual o órgão dos sentidos mais importante na esfera da sexualidade?**

- 1 – Tacto -----  2 – Olfacto -----  3 – Visão -----
- 4 – Audição -----  5 – Paladar -----

**41 – Considera essencialmente manifestações físicas/psíquicas do amor ou paixão na adolescência?**

- 1 – Excitação -----  2 – Insónias -----
- 3 – Falta de apetite -----  4 – Variações do humor -----
- 5 – Outros -----  Quais? \_\_\_\_\_

**42 – Para si são sobretudo armas “sensuais/sexuais” aspectos como:**

- 1 – Cabelos -----  2 – Roupas -----  3 – Perfumes -----
- 4 – Arte de saber falar -----  5 – Postura física -----  6 – Sorriso -----
- 7 – Olhar -----  8 – Andar -----
- 9 – Outros -----  Quais? \_\_\_\_\_

**43 – Considera a masturbação na adolescência como:**

- 1 – Um acariciar dos órgãos genitais com o fim de obter prazer sexual -----
- 2 – Uma expressão normal da sexualidade -----
- 3 – Um acto que se deve reprimir na adolescência -----
- 4 – Um acto inócuo -----
- 5 – Uma forma de aliviar a tensão sexual /stress -----
- 6 – Uma forma de descoberta a familiarização com o próprio corpo -----
- 7 – Outra -----  Qual \_\_\_\_\_

**44 – A masturbação enquanto expressão normal da sexualidade é mais frequente?**

- 1 – Na rapariga -----  2 – No rapaz -----  3 – Ambos os sexos -----

**ANEXO II – Pedido de Autorização para Adaptação do Questionário à Amostra em Estudo**

Ex<sup>mo</sup> Senhor Professor Doutor

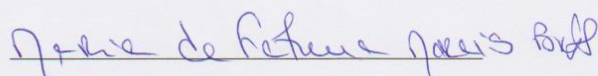
Manuel Alberto Morais Brás

**Maria de Fátima Morais Brás**, aluna do Mestrado em Gestão das Organizações Ramo de Unidades de Saúde, a realizar o trabalho de investigação da Dissertação de Mestrado com o tema " *Sexualidade na Adolescência: Análise da perspectiva do Adolescente Face à Sexualidade.*"

Vem solicitar a V.<sup>a</sup> Excelência, autorização para adaptação do seu Questionário à minha amostra.

Com os melhores cumprimentos

Maria de Fátima Morais Brás



Bragança, 8 de Setembro de 2010

Para os devidos e legais efeitos, declaro autorizar a  
D<sup>ca</sup> Maria de Fátima Morais Brás a adaptar o  
Questionário à sua amostra



**ANEXO III – Pedido de Autorização para Aplicação do Questionário às Escolas**

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho Executivo  
da Escola Secundária de Carvalhais

N.º Ordem	1514
Data	27/10/2010
Classificação	4.2.1.
Despacho	

Assunto: Aplicação de Instrumento de Colheita de dados

**Maria de Fátima Morais Brás**, aluna do Mestrado em Gestão das Organizações Ramo de Unidades de Saúde vem muito respeitosamente, solicitar a V.<sup>a</sup> Excelência, se digne autorizar a aplicação de um Instrumento de Colheita de dados aos Alunos dos 10, 11 e 12º anos dessa Escola Secundária, a fim de realizar o trabalho de investigação da Dissertação de Mestrado com o tema “ *Sexualidade na Adolescência: Análise da perspectiva do Adolescente Face à Sexualidade.*”

Em anexo: Segue o Instrumento de colheita de dados

Com os melhores cumprimentos

Bragança, 8 de Outubro de 2010

A requerente



Maria de Fátima Morais Brás

**ANEXO IV – Pedido de Autorização aos pais dos Alunos em Questão, para Aplicação dos Questionários**

Caros Pais

**Maria de Fátima Morais Brás**, aluna do Mestrado em Gestão das Organizações Ramo de Unidades de Saúde, a realizar o trabalho de investigação da Dissertação de Mestrado com o tema "*Sexualidade na Adolescência: Análise da perspectiva do Adolescente Face à Sexualidade.*"

Vem solicitar a V.<sup>a</sup>Excelência, autorização para o vosso educando preencher o questionário no âmbito do trabalho supracitado.

Autorizo/ Não autorizo (riscar o que não interessa)

Encarregado de Educação \_\_\_\_\_

Bragança, 8 de Novembro 2010

Com os melhores cumprimentos,

Maria de Fátima Morais Brás

Caros Pais

**Maria de Fátima Morais Brás**, aluna do Mestrado em Gestão das Organizações Ramo de Unidades de Saúde, a realizar o trabalho de investigação da Dissertação de Mestrado com o tema "*Sexualidade na Adolescência: Análise da perspectiva do Adolescente Face à Sexualidade.*"

Vem solicitar a V.<sup>a</sup> Excelência, autorização para o vosso educando preencher o questionário no âmbito do trabalho supracitado.

Autorizo/ Não autorizo (riscar o que não interessa)

Encarregado de Educação \_\_\_\_\_

Bragança, 8 de Novembro 2010

Com os melhores cumprimentos,

Maria de Fátima Morais Brás

**ANEXO V – Tabela de Grupos Profissionais**

GRANDE GRUPO	SUB-GRANDE GRUPO	DESIGNAÇÃO
0		<b>PROFISSÕES DAS FORÇAS ARMADAS</b>
	01	Oficiais das Forças Armadas
	02	Sargentos das Forças Armadas
	03	Outro Pessoal das Forças Armadas
1		<b>REPRESENTANTES DO PODER LEGISLATIVO E DE ÓRGÃOS EXECUTIVOS, DIRIGENTES, DIRECTORES E GESTORES EXECUTIVOS</b>
	11	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes superiores da Administração Pública, de organizações especializadas, directores e gestores de empresas
	12	Directores de serviços administrativos e comerciais
	13	Directores de produção e de serviços especializados
	14	Directores de hotelaria, restauração, comércio e de outros serviços
2		<b>ESPECIALISTAS DAS ACTIVIDADES INTELECTUAIS E CIENTÍFICAS</b>
	21	Especialistas das ciências físicas, matemáticas, engenharias e técnicas afins
	22	Profissionais de saúde
	23	Professores
	24	Especialistas em finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais
	25	Especialistas em tecnologias de informação e comunicação (TIC)
	26	Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais
3		<b>TÉCNICOS E PROFISSÕES DE NÍVEL INTERMÉDIO</b>
	31	Técnicos e profissões das ciências e engenharia, de nível intermédio
	32	Técnicos e profissionais, de nível intermédio da saúde
	33	Técnicos de nível intermédio, das áreas financeira, administrativa e dos negócios
	34	Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, desportivos, culturais e similares
	35	Técnicos das tecnologias de informação e comunicação

GRANDE GRUPO	SUB-GRANDE GRUPO	DESIGNAÇÃO
4		<b>PESSOAL ADMINISTRATIVO</b>
	41	Empregados de escritório, secretários em geral e operadores de processamento de dados
	42	Pessoal de apoio directo a clientes
	43	Operadores de dados, de contabilidade, estatística, de serviços financeiros e relacionados com o registo
	44	Outro pessoal de apoio de tipo administrativo
5		<b>TRABALHADORES DOS SERVIÇOS PESSOAIS, DE PROTECÇÃO E SEGURANÇA E VENDEDORES</b>
	51	Trabalhadores dos serviços pessoais
	52	Vendedores
	53	Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares
	54	Pessoal dos serviços de protecção e segurança
6		<b>AGRICULTORES E TRABALHADORES QUALIFICADOS DA AGRICULTURA, DA PESCA E DA FLORESTA</b>
	61	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e produção animal, orientados para o mercado
	62	Trabalhadores qualificados da floresta, pesca e caça, orientados para o mercado
	63	Agricultores, criadores de animais, pescadores, caçadores e colectores, de subsistência
7		<b>TRABALHADORES QUALIFICADOS DA INDÚSTRIA, CONSTRUÇÃO E ARTÍFICES</b>
	71	Trabalhadores qualificados da construção e similares, excepto electricista
	72	Trabalhadores qualificados da metalurgia, metalomecânica e similares
	73	Trabalhadores qualificados da impressão, do fabrico de instrumentos de precisão, joalheiros, artesãos e similares
	74	Trabalhadores qualificados em electricidade e em electrónica
	75	Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato

GRANDE GRUPO	SUB-GRANDE GRUPO	DESIGNAÇÃO
8		<b>OPERADORES DE INSTALAÇÕES E MÁQUINAS E TRABALHADORES DA MONTAGEM</b>
	81	Operadores de instalações fixas e máquinas
	82	Trabalhadores da montagem
	83	Condutores de veículos e operadores de equipamentos móveis
9		<b>TRABALHADORES NÃO QUALIFICADOS</b>
	91	Trabalhadores de limpeza
	92	Trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta
	93	Trabalhadores não qualificados da indústria extractiva, construção, indústria transformadora e transportes
	94	Assistentes na preparação de refeições
	95	Vendedores ambulantes (excepto de alimentos) e prestadores de serviços na rua
	96	Trabalhadores dos resíduos e de outros serviços elementares