



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Saúde, Sexualidade e Educação Sexual em Adolescentes do Alto Minho

Rosa Sandra Barbeitos Reis

Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Saúde, Sexualidade e Educação Sexual em Adolescentes do Alto Minho

Rosa Sandra Barbeitos Reis

Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Trabalho efetuado sob orientação de:

Professora Doutora Maria Luísa Ramos Santos

Viana do Castelo, Maio de 2013

Reis, Rosa Sandra Barbeitos.

Saúde, Sexualidade e Educação Sexual em Adolescentes do Alto Minho / Rosa Sandra Barbeitos Reis - 2012.

Dissertação (mestrado) - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo - 2012.

Orientação: Professora Doutora Maria Luísa Ramos Santos.

Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo – 2012.

Palavras-chave: ADOLESCÊNCIA; EDUCAÇÃO SEXUAL; FAMÍLIA; SAÚDE; SEXUALIDADE

DEDICATÓRIA

Ao Eduardo, por fazer parte da minha vida e estar sempre a meu lado,
prestando-me apoio infinito e constante.

À Carolina e ao Pedro, por acreditar que é possível ensinar-lhes
que vale a pena crescer em qualquer altura da vida.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria-luís Santos, um agradecimento pela constante disponibilidade, pelo apoio, pela competência e pela amizade demonstradas ao longo desta caminhada.

Ao Mestre Jorge Ribeiro pela generosidade na partilha de saberes.

Ao Professor Doutor Luis Graça pela disponibilidade e cooperação.

À Professora Doutora Cidália pelo incentivo, apoio e amizade.

Ao professor Doutor Luís Paulo Rodrigues pela colaboração.

Às Direções das Escolas pela simpatia e constante disponibilidade.

Aos Professores das escolas que colaboraram no estudo, pelo empenho.

À Alexandra pelo “resgate”.

À Lina pelos pontos nos i (s).

À Cândida pelo carinho

Às colegas da UCC - Deu La Deu, Gorete, Paula, Teresa e Susana, pelo suporte emocional prestado e pelo permanente incentivo.

À D. Augusta pela eficiência, pelo sorriso sincero, pela preocupação verdadeira e constante paciência.

De forma especial:

Aos Adolescentes que participaram no estudo, sem os quais não seria possível sua realização.

À minha família pelo encorajamento constante e apoio logístico na gestão familiar, sem os quais não teria sido possível enfrentar o desafio.

Aos meus sogros, que de sogros só tem o nome, pois são, desde sempre, os meus segundos pais.

Aos meus pais que fizeram de mim quem sou e o que sou.

Ainda mais especial

Aos meus filhos Carolina e Pedro pela paciência, capacidade de entender e suportar as minhas ausências e impaciências.

Ao meu marido pelo constante incentivo, apoio, eterna paciência e dedicação.

A TODOS, O MEU MAIS SINCERO OBRIGADO!

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA -----	VIII
AGRADECIMENTOS -----	X
ÍNDICE DE TABELAS -----	XIV
ÍNDICE DE ANEXOS -----	XVI
ÍNDICE DE FIGURAS -----	XVIII
ÍNDICE DE APÊNDICES -----	XX
ABREVIATURAS -----	XXII
RESUMO -----	XXIV
ABSTRACT -----	XXVI
INTRODUÇÃO GERAL -----	1
CAPITULO I – SEXUALIDADE, ADOLESCÊNCIA, FAMÍLIA E ADOLESCENTE -----	3
1 – Sexualidade -----	3
2 – Adolescência -----	5
3 – Família e o Adolescente -----	10
3.1 – Atitudes, Conhecimentos, Comportamento, dos Adolescentes face à Sexualidade -----	17
3.2 – Fatores de Risco Específicos do Adolescente no Comportamento Sexual -----	23
CAPITULO II – SAÚDE E EDUCAÇÃO SEXUAL NO ADOLESCENTE -----	25
1 – Saúde -----	25
2 – Saúde Sexual - Reprodutiva -----	27
2.1 – Pressupostos Legais da Saúde Sexual e Reprodutiva -----	28
3 – Saúde do Adolescente -----	31
3.1 – Necessidades de Saúde na Adolescência -----	31
3.2 – Determinantes dos comportamentos de saúde dos adolescentes -----	33
3.3 – Promover a Saúde do adolescente -----	34
4 – Educação para a sexualidade -----	38
4.1 – Educação Sexual - Definição de um Conceito -----	38
4.2 – Enquadramento legal da Educação sexual em Portugal -----	39
4.3 – Educação Sexual como Imperativo na Educação para a Saúde -----	41
4.4 – Articulação entre Parceiros -----	45
CAPITULO III – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO -----	51
1 – Pertinência do estudo -----	51

2 – Objetivo do estudo	51
3 – Desenho de Investigação	52
3.1 – Tipo de estudo	52
3.2 – População Alvo e Amostra	52
3.3 – Variáveis	56
3.4 – Instrumento de Recolha de Dados	57
3.5 – Procedimentos	60
CAPITULO IV – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	61
1 – Grau de comunicação com os pais	61
2 – Perceção das atitudes parentais	63
3 – Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos face à Sexualidade	64
3.1– Atitudes	70
4 – Comportamentos	72
5 – Análise dos fatores que influenciam a perceção das atitudes parentais	80
6 – Análise das correlações entre a perceção das atitudes parentais e as atitudes sexuais	82
CAPITULO V – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
BIBLIOGRAFIA	95
ANEXOS	109
APÊNDICES	127

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos adolescentes segundo sexo, idade, local de residência, tipo de ensino e ano escolar (n=343)	54
Tabela 2 – Distribuição dos adolescentes segundo o estado civil dos pais e nível de escolaridade dos mesmos (n=343)	55
Tabela 3 – Distribuição dos adolescentes segundo a percepção dos estilos parentais (n=343)	55
Tabela 4 – Distribuição dos adolescentes conforme o grau de comunicação com os progenitores (n=343)	61
Tabela 5 – Distribuição dos alunos segundo a comunicação com os pais (n=343)	62
Tabela 6 Média, Desvio Padrão, Mediana e Moda para cada uma das dimensões da Percepção das atitudes parentais	63
Tabela 7 – Distribuição percentual dos sujeitos em função da Intensidade de Percepção para cada dimensão do YPI	64
Tabela 8 – Distribuição dos adolescentes de acordo com a comunicação sobre sexualidade na escola (n=343)	65
Tabela 9 – Distribuição dos adolescentes segundo o <i>tipo de informação que consideram ter de onde foi obtida e por quem foi transmitida</i> (n=343)	66
Tabela 10 – Distribuição dos adolescentes segundo o conhecimento acerca dos serviços de obtenção de informação sobre sexualidade (n=343)	67
Tabela 11 – Distribuição dos alunos segundo o conhecimento do método de contraceção que evita gravidez e IST (n=343)	68
Tabela 12 Distribuição dos adolescentes segundo os conhecimentos das vias de transmissão do VIH, (n=343)	68
Tabela 13 Distribuição dos adolescentes segundo a atribuição de significado ao planeamento familiar (n=343)	69
Tabela 14 – Importância da educação sexual na escola (n=343)	70
Tabela 15 – Distribuição dos adolescentes face à escala de atitudes sexuais. Subescalas Sexo sem Compromisso (n=331) e Sexo Ocasional (n=327)	71
Tabela 16 – Distribuição dos adolescentes face as questões “ o que faria se a rapariga com quem andas ficasse grávida” e “ que farias se ficasses grávida” (n=343).	72
Tabela 17 – Distribuição dos adolescentes segundo o grau de satisfação face a sua sexualidade/ orientação sexual (n=343)	73
Tabela 18 – Distribuição dos adolescentes segundo a frequência de relacionamento sexual, idade de iniciação sexual e parceiro sexual (N=343)	74
Tabela 19 – Idade média para a primeira relação sexual	74
Tabela 20 – Distribuição dos adolescentes segundo idade de iniciação sexual, parceiro sexual e utilização de contraceção na primeira relação sexual (n=343)	74

Tabela 21 – Distribuição dos adolescentes segundo a utilização de métodos contraceptivos nas relações e o tipo de método utilizado (n=343)	75
Tabela 22 – Distribuição dos adolescente segundo a prática de relações sexuais sob efeito de bebidas alcoólicas e /ou substancias aditivas (n=343)	76
Tabela 23 – Distribuição dos adolescentes face a questão <i>No ultimo ano, tiveste relações sexuais com uma pessoa que:</i>	76
Tabela 24 – Distribuição dos adolescentes segundo a postura perante o conhecimento da existência da SIDA (n=343).....	77
Tabela 25 – Distribuição dos adolescentes segundo a procura às consultas de atendimento a jovens (n=343).....	77
Tabela 26 – Distribuição dos adolescentes segundo o local onde recorrem para um atendimento e técnico a quem solicitam ajuda (n=343).....	78
Tabela 27 – Distribuição dos adolescentes segundo a recorrência a uma consulta de planeamento familiar (n=343).....	78
Tabela 28 – Distribuição dos adolescentes segundo a opinião acerca das consultas de atendimento a jovens e a concordância no seu modo de funcionamento (n=343).....	78
Tabela 29 – Distribuição dos adolescentes segundo o consumo de bebidas/substâncias (n=343)	80

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Autorização para a utilização do questionário de ramos et al (2008) no estudo “atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens em Matosinhos”	111
Anexo 2 – Autorização para a utilização do questionário de sousa (2000) no estudo “sexualidade na adolescência/comportamentos, conhecimentos e opiniões/atitudes de adolescentes escolarizados”	115
Anexo 3 – Pedido de autorização para a aplicação do estudo na escola secundaria de monção	119
Anexo 4 – Pedido de autorização para a aplicação do estudo na escola profissional.....	123

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1– Distribuição dos adolescentes de acordo com a idade e gênero	54
--	----

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO	129
APÊNDICE II - ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO À DECOMUNICAÇÃO COM OS PAIS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO.....	141
APÊNDICE III - DIFERENÇAS ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE E O SEXO	145
APÊNDICE IV - TABELAS DE CONTINGENCIAENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE E O SEXO	149
APÊNDICE V - DIFERENÇAS ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE E IDADE.....	153
APÊNDICE VI - DIFERENÇAS ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE E TIPO DE ENSINO	157
APÊNDICE VII - ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO À CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS PELO ALUNOS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO	161
APÊNDICE VIII - DIFERENÇAS ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE NA ESCOLA, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO.....	165
APÊNDICE IX - TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE NA ESCOLA E O SEXO	169
APÊNDICE X - ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO À INFORMAÇÃO QUE POSSUEM SOBRE SEXUALIDADE, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO.....	173
APÊNDICE XI - ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO AOS CONHECIMENTOS SOBRE SERVIÇOS ONDE PODEM OBTER INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO	177
APÊNDICE XII - TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE CONHECIMENTOS QUE SOBRE SERVIÇOS ONDE PODEM OBTER INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE, TENDO EM CONTA O SEXOE TIPO DE ENSINO	181
APÊNDICE XIII - DIFERENÇAS ENTRE OS CONHECIMENTOS SOBRE METODOS CONTRACETIVOS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO	185
APÊNDICE XIV - TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE O CONHECIMENTO SOBRE O METODO CONTRACETIVO QUE EVITA SIMULTANEAMENTE A GRAVIDEZ/DSTS E O SEXO, A IDADE E O TIPO DE ENSINO.....	189
APÊNDICE XV - DIFERENÇAS QUANTO AOS CONHECIMENTOS SOBRE HIV, TENDO EM CONTA O SEXO.....	195
APÊNDICE XVI - TABELAS DE CONTINGENCIA SOBRE CONHECIMENTOS DE HIV, TENDO EM CONTA O SEXO	199
APÊNDICE XVII - DIFERENÇAS QUANTO À IMPORTANCIA DA EXISTENCIA DE EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO.....	203
APÊNDICE XVIII - TABELAS DE CONTINGENCIA SOBRE A IMPORTANCIA DA EXISTENCIA DE EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO	207
APÊNDICE XIX – DIFERENÇAS ENTRE AS ATITUDES SEXUAIS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO.....	213
APÊNDICE XX – TABELA DE CONTINGENCIA ENTRE AS ATITUDES SEXUAIS E SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO	217
APÊNDICE XXI - DIFERENÇAS ENTRE FREQUENCIAS DE RELACIONAMENTO SEXUAL, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO.....	223
APÊNDICE XXII - TABELAS DE CONTINGENCIA SOBRE FREQUENCIAS DE RELACIONAMENTO SEXUAL, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO	227
APÊNDICE XXIII - DIFERENÇAS QUANTO À UTILIZAÇÃO DE METODOS CONTRACETIVOS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO.....	233

APÊNDICE XXIV - DIFERENÇAS ENTRE COMPORTAMENTOS APÓS CONHECIMENTO DA EXISTENCIA DA SIDA, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO.....	237
APÊNDICE XXV - DIFERENÇAS ENTRE COMPORTAMENTOS DE CONSUMOS DE BEBIDAS ALCCOLICAS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO.....	241
APÊNDICE XXVI - DIFERENÇAS ENTRE COMPORTAMENTOS DE CONSUMOS DE BEBIDAS ALCCOLICASE O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO.....	245
APÊNDICE XXVII - DIFERENÇAS ENTRE COMPORTAMENTOS DE CONSUMOS DE SUBSTANCIAS ADITIVAS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO.....	251
APÊNDICE XXVIII - DIFERENÇAS ENTRE COMPORTAMENTOS DE CONSUMOS DE SUBSTANCIAS ADITIVAS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO.....	255
APÊNDICE XXIX – DIFERENÇAS ENTRE AS CARACTERISTICAS DA AMOSTRA E A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO	261
APÊNDICE XXX – TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE AS ATITUDES PARENTAIS E AS CARACTERISTICAS DA AMOSTRA, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO	265
APÊNDICE XXXI – DIFERENÇAS ENTRE A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS E A IDADE DA INICIAÇÃO SEXUAL, TENDO EM CONTA A IDADE.....	269
APÊNDICE XXXII – TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE AS ATITUDES PARENTAIS E A IDADE DE INICIAÇÃO SEXUAL	273
APÊNDICE XXXIII – DIFERENÇAS ENTRE A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS E A COMUNICAÇÃO COM OS PAIS	277
APÊNDICE XXXIV – TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS E A COMUNICAÇÃO COM OS PAIS	281
APÊNDICE XXXV – DIFERENÇAS ENTRE AS ESCALAS DE ATITUDES SEXUAIS E OS COMPORTAMENTOS.....	285
APÊNDICE XXXVI – TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE AS ESCALAS DE ATITUDES SEXUAIS E OS COMPORTAMENTOS DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOOLICAS.....	289
APÊNDICE XXXVII – ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS E AS SUBESCALAS DE ATITUDES SEXUAIS	293
APÊNDICE XXXVIII – CONSISTENCIA INTERNA DA ESCALA DE PERCEÇÃO DE ATITUDES PARENTAIS E ESCALA DE ATITUDES SEXUAIS	297

ABREVIATURAS

Cit.	Citado
ed.	Edição
.º	Número
p.	Página
pp.	Páginas
Vol.	Volume
%	Porcentagem
&	E

SIGLAS E ACRÓNIMOS:

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde
APF – Associação de Planeamento para a Família
AS – Atitudes Sexuais
ARS - Administração Regional de Saúde
CS – Conhecimento sobre Sexualidade
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DGS - Direção Geral de Saúde
EAS – ES – Escola Secundária
EE – Encarregados de Educação
ES – Educação Sexual
EpS – Educação para a Saúde
EUA – Estados Unidos da América
GA – Gravidez na Adolescência
GTES – Grupo de Trabalho para a Educação Sexual
IP- Intensidade de Perceção
ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis
MCSP- Missão para os Cuidados de Saúde Primários
ME – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PAP – Perceção da Atitude Parental
PES – Programa de Promoção e Educação para a Saúde
PF – Planeamento familiar

PNS - Plano Nacional de Saúde
PrS – Promoção de Saúde
RNEPS – Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS - Serviço Nacional de Saúde
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho
UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
USF- Unidade de Saúde Familiar
USP- Unidade de Saúde Pública
URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humano
YPI – Youth Perception Inventory

RESUMO

A sexualidade como energia indiscutivelmente presente no ser humano, apresenta-se não só como fenómeno físico, mas também como um fenómeno social e psicológico, que deve ser compreendido como universal e situado no âmbito e nas regras da cultura onde vivem os indivíduos (Paiva,1996)

A importância da educação sexual é hoje uma realidade aceite e compreendida como fundamental e necessária. É reconhecida a sua importância, quer no âmbito da formação da personalidade, quer do desenvolvimento do indivíduo no seu todo. Deve ser compreendida numa perspetiva holística, no âmbito dos conceitos de Educação e de Saúde, revestindo-se do propósito de educar os adolescentes para a vivência de uma sexualidade saudável, centrando-se no diagnóstico das necessidades dos adolescentes nesta área e apoiando-se na articulação dos diferentes agentes educativos.

Tendo por base o referido, o presente estudo tem como objetivo identificar as atitudes conhecimentos e comportamentos sexuais dos adolescentes e observar fatores determinantes dos mesmos, evidenciando o papel relevante da família no processo de educação para a sexualidade. Apresenta-se como estudo de abordagem quantitativa, de carácter descritivo transversal. Os dados foram obtidos através de um questionário de autopreenchimento. A recolha de informação decorreu no período de Maio a Junho de 2012, tendo sido inquiridos para o efeito 360 adolescentes escolarizados com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos.

As dimensões em análise foram o conhecimento e comportamento na área da sexualidade, as atitudes sexuais e a relação dos adolescentes com os pais. A análise dos resultados quantitativos possibilita identificar que os rapazes apresentam menos conhecimentos corretos que as raparigas, que a idade de iniciação sexual dos adolescentes varia tendo em conta o sexo, por volta dos 14 anos para os rapazes e 16 anos para as raparigas. Permite ainda verificar que os rapazes apresentam-se mais favoráveis ao sexo ocasional e que a perceção das atitudes parentais, nomeadamente na dimensão do *Controlo*, parece influenciar a iniciação sexual dos adolescentes, assim como a dimensão de amor parece interferir com a posição dos adolescentes face ao sexo ocasional/sexo sem compromisso, verificando-se que os adolescentes que percecionam mais *Controlo*, por parte dos pais, iniciam as relações sexuais mais tarde, e os adolescentes que percecionam mais amor, não são tão favoráveis ao sexo ocasional / sexo sem compromisso.

Estes resultados apresentam-se importantes, na medida em que permitem refletir sobre as práticas na área da educação para a sexualidade junto dos adolescentes, por parte dos vários agentes educativos, promovendo a reflexão conjunta no sentido de definir estratégias articuladas por parte da escola e serviços de saúde, com especial envolvimento da família.

Palavras-chave: Adolescência, Sexualidade, Saúde, Família e Educação sexual

ABSTRACT

There are no doubts that sexuality is part of human beings' life. It is not only a physical, but also a social and psychological phenomenon that should be simultaneously understood as being dependent on specific contexts, such as individuals' cultural context and inherent rules (Paiva, 1996).

Education for sexuality has been increasingly recognised by academics and professionals as critical and necessary to individuals' development, specifically in terms of personality (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001; GTES, 2005). Education for sexuality is a broader subject and it involves different areas of investigation and participants and/or parties (e.g. school and family). Thus, in order to be fully understood, education for sexuality should be understood in a holistic perspective including Education and Health concepts and the perspective of the different parties involved. Thus, and given the above, this study considers these two areas of investigation and its purpose is twofold. First, the study aims to identify teenagers' knowledge, attitudes, and behaviours with regard to sexuality. Second, the purpose is to determine the influencing factors on teenagers' knowledge, attitudes, and behaviours with regard to sexuality.

This study adopts a quantitative research approach. Data was collected through a self-completion questionnaire between May and June 2012 from 360 teenagers, more specifically from secondary school students whose age ranged from 15-19 years old.

With regard to students' knowledge, the results indicate that male respondents have less knowledge about "correct practices" than female respondents. In addition, regarding sexual behaviours, male respondents tend to initiate their sexual behaviours earlier than female respondents and they are more favourable (attitudes) to casual sex than female students. Also, the results indicate that teenager' perceptions about their parents' attitudes, especially regarding control and love-related attitudes, seem to be related to teenagers' behaviour in relation to causal sex/sex without commitment. Those students that perceived their parents having more controlling attitudes indicated that they initiated their sexual behaviour later than those who perceived less controlling attitudes. Additionally, those teenagers that perceive more love from their parents were not so favourable to casual sex/sex without commitment as those students that perceived less love from their parents.

At a practical level these results are important to those involved in education for sexuality aiming at teenagers as they allow a more thorough evaluation of what is the current situation with regard to teenagers' perceptions, attitudes, and behaviour towards sexuality. In addition, based on these results, future plans and actions could be developed by the different involved parties, namely school, health services and family, with the latter having a key role on education for sexuality. By identifying teenagers' needs and informing them in relation to this issue, education for sexuality can influence them to choose a healthy sexuality in the future.

Keywords: Adolescence, Sexuality, Health, Family, Sexual Education

INTRODUÇÃO GERAL

A adolescência, como etapa de mudanças e metamorfoses tanto ao nível físico, como sociopsicológico, que se contextualizam na família, na escola, no grupo de pares e na comunidade onde os adolescentes se encontram inseridos, apresenta-se não só como fase de incomparável aquisição de experiências aos vários níveis, mas também como etapa de riscos acrescidos, exigindo à sociedade um olhar atento aos seus adolescentes (Braconnier 2000; Fleming, 2005). Face a isto, os diferentes agentes educativos são chamados a responder de forma adequada e eficiente, articulando distintas competências e promovendo estratégias capazes de responder mais e melhor às necessidades decorrentes desta fase de desenvolvimento.

No domínio da sexualidade dos adolescentes, no que respeita às alterações atitudinais e comportamentais, pode dizer-se que estas emergiram de forma relativamente rápida, pondo em causa concepções que até há pouco tempo eram tidas como válidas, (López & Oroz, 1999). Apresentam-se em várias vertentes, seja na idade de iniciação à vida sexual (Nodin, 2001a; Matos, M. e Equipa do Projeto Aventura Social & Saúde. (2003)), seja nos conhecimentos dos adolescentes, na área da saúde sexual e reprodutiva (Freitas, 2002), ou nos valores que presentemente influenciam o comportamento (López & Oroz, 1999).

A atividade sexual, nomeadamente, dos adolescentes, envolve riscos reconhecidos como importantes no contexto mundial (Fundo das Nações Unidas para a População, 2005), tais como, a utilização de forma inconsistente de contraceção e do preservativo. De igual forma, o elevado número de parceiros, ou a presença de parceiros ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e/ou drogas e o comportamento sexual, convertem os jovens num grupo vulnerável do ponto de vista da saúde e especificamente na área da saúde sexual e reprodutiva (Matos et al, 2003). - Desta forma importa, não só, alertar os diferentes agentes educativos para o seu papel, valorizando a intervenção de todos, nomeadamente da família, como pilar determinante no desenvolvimento físico, psicológico e social do adolescente, e no relacionamento deste com os outros (Relvas, 2000), como reunir ferramentas capazes de alicerçar de forma consistente, estruturada e contínua, a intervenção junto dos adolescentes nomeadamente no âmbito da sexualidade. Procura-se assim, muni-los e capacita-los para a vivência da sexualidade, nesta etapa do ciclo de vida, de forma prazerosa e responsável (Frade et al, 2001; GTES, 2005).

A problemática em causa motivou-nos por várias razões. Por um lado, como profissional de saúde, pelas implicações pessoais e sociais inerentes à perda de saúde sexual e reprodutiva. Por outro lado, pelo presente envolvimento no âmbito da saúde escolar e ainda, do ponto de vista da saúde comunitária, pelo desafio de abordar a sexualidade dos adolescentes como intervenção articulada, envolvendo os diferentes agentes educativos, numa valorização da intervenção da família na educação sexual, não só informal, mas também formal, fundamental ao desenvolvimento pessoal e social, entendido na sua plenitude, capaz de traduzir, ganhos em saúde a médio e longo prazo.

Apresentamos uma investigação centralizada na identificação dos conhecimentos, dos comportamentos e das atitudes dos adolescentes que vivem numa localidade rural do Alto Minho, face à sexualidade, com a identificação e compreensão de fatores que os podem influenciar.

O presente estudo está dividido em duas partes fundamentais: a primeira aborda uma revisão da literatura onde são apresentados aspetos considerados de especial interesse para sustentarem a investigação a realizar, e a segunda parte corresponde ao estudo empírico.

Para um melhor entendimento da problemática “Saúde, Sexualidade e Família”, optamos por desenvolver alguns conceitos e analisá-los. Desta forma, a primeira parte é constituída por dois capítulos. No primeiro, observamos os conceitos de Sexualidade e Adolescência à luz das suas evoluções, e apresentamos a família, os adolescentes e suas vivências. No segundo capítulo, apresentamos uma abordagem à saúde no seu domínio global com ligação à saúde sexual e reprodutiva. É observada a saúde dos adolescentes com ênfase nos determinantes de comportamentos com risco para a mesma, nomeadamente na área da saúde sexual e por último, surge um enfoque na educação sexual sustentada na articulação entre parceiros.

A segunda parte inicia-se com o terceiro capítulo que expõe toda a Investigação Empírica, apresenta o percurso metodológico, evidenciando os objetivos, o desenho do estudo e os aspetos éticos da investigação. O quarto capítulo apresenta os resultados obtidos tendo em conta os objetivos propostos e o quinto expõe a discussão dos mesmos. Finalmente nas conclusões, apresentam-se considerações sustentadas na revisão da literatura e nos resultados obtidos com o estudo empírico.

CAPITULO I – SEXUALIDADE, ADOLESCÊNCIA, FAMÍLIA E ADOLESCENTE

Ao longo deste capítulo iremos aportar o conceito de sexualidade e adolescência tendo em conta as suas diversas perspetivas, pretendemos, ainda, abordar a família, o adolescente, e as suas vivências neste contexto.

1 – Sexualidade

“ Que mal fez aos homens a função genital, tão natural e tão necessária, para a proscreeverem e a evitarem, para que não osem falar dela sem vergonha e a excluam das conversas? Pronunciam-se descaradamente as palavras matar, roubar, trair, cometer adultério, etc., e não se ousa pronunciar o ato que dá vida a um ser. Ó falsa castidade! Vergonha hipocrisista!... Não serão mais sinceros os que nomeiam brutalmente o ato que lhe deu o ser?

Montaigne

A sexualidade apresenta-se como uma palavra carregada de secretismo, de mitos e tabus ou de pontos de interrogação que, por vezes, se associam apenas ao ato sexual em si. Quantas vezes, e ao longo de quanto tempo, terão sido questionados este conceito procurando então saber o que é“ (...), esta realidade que tanto nos motiva e condiciona, que pode impedir o adolescente de dormir” (López & Fuertes, 1999, p.8), que pode não só revolucionar a vida do individuo em fase de enamoramento, como também “ (...) levar o adulto a fazer loucuras, encher os cartazes dos nossos cinemas, ajudar a vender um produto, exercer violência sobre os outros ou fomentar vínculos afetivos extraordinariamente fortes?”(Ibidem, p.8).

A sexualidade é considerada como sendo uma das características mais importantes do ser humano, este é impulsionado por estímulos libidinais que se direcionam na procura do prazer, que se manifesta muito cedo, desde as manifestações que ocorrem no espaço intrauterino, como seja a ereção peniana nos fetos masculinos ou a lubrificação vaginal nos fetos do sexo feminino (Duarte, 1997). Tabora (1959) também refere que, já para Freud, a função sexual aparecia logo após o nascimento, sem desvalorizar a importância de todos os outros instintos, “nenhum deles lhe pareceu possuir a maravilhosa plasticidade do instinto sexual. O sexual, que não é mais que a preparação do genital, existe desde o início da vida e não é qualquer coisa que mais tarde lhe seja acrescentada” (p.7).

De acordo com Duarte (1997), todos os seres humanos buscam prazer em diferentes fases da vida, ao longo do ciclo de vida do individuo nas diferentes etapas do desenvolvimento. Desde bebé, o homem procura fonte de prazer, que encontra, no ato de mamar. Mesmo não sendo sexo, vive durante este ato, a sua sexualidade. São várias as necessidades que a criança ou o adulto precisam de preencher e que produzem prazer sem ser o próprio ato sexual, como nos diz o mesmo autor “alimentar-se quando há fome; beber água quando há sede – tudo proporciona prazer sempre renovado e bom; é sexualidade mas não é prazer sexual” (p.30.) O mesmo autor

expõem a ideia da sexualidade não poder ser vista apenas como um produto inventado, decorrente de uma criação histórica, política ou científica, descartando-a como fenómeno natural já presente à nascença, pois, desta forma, apresentar-se-ia o seu entendimento reduzido a “ (...) um produto de relações de poder que produzem o atual contexto; que vai produzir um sujeito portador da sexualidade (p.31) ”.

O prazer encontra-se, possivelmente como palavra que se liga de imediato à sexualidade quando nela pensamos, desta forma para Duarte (1997) a sexualidade apresentar-se-ia como tudo o que está relacionado “(...) com prazer – sexual ou não – ou, pelo menos, que estimule esse prazer. Numa reflexão simplista, poderíamos dizer que o produto da sexualidade é que chamamos de felicidade humana, buscada a princípio nas relações de prazer” (p. 31).

Este olhar mais vasto alerta-nos para o facto que é necessário ter em conta que, para além de a sexualidade influenciar direta ou indiretamente a nossa saúde, influencia a nossa interação com o outro. Abarcando o conceito de saúde, Bastos (2003, p.67), acrescenta que a OMS define sexualidade como sendo

“ (...) uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos e sentimentos, ações e interações e, por isso, também influencia nossa saúde física e mental”.

Apresenta-se, assim, a sexualidade, não só como fenómeno físico, mas também como um fenómeno social e psicológico, que deve ser compreendido e situado no âmbito e nas regras da cultura onde vivem os indivíduos. Cada sociedade desempenha de forma específica uma atitude que exerce repressão ou permissão junto dos indivíduos que nela se inserem, no que respeita à sexualidade e à atividade sexual e que interfere em todo o processo de adaptação cultural do indivíduo ao seu meio, condicionando desta forma o seu comportamento nesta dimensão.

Ao longo dos tempos a sexualidade tem sido contemplada de diversas perspetivas. São hoje consideradas suas várias grandezas, tendo em conta as componentes fisiológicas, as psicoafectivas e socioculturais, sendo desta forma, cada vez mais entendida como fenómeno universal e cultural, moldável às influências económicas e políticas (Paiva, 1996).

Numa dimensão tão ampla, a intervenção apresenta-se repartida em diferentes eixos e, como tal, carece de cuidados específicos. Nunes (1997) refere que a abordagem à sexualidade como uma tarefa que nada tem de fácil, pela própria complexidade, esta dimensão humana, quando abordada, pode revestir-se de subjetividade e colocar em evidência a sexualidade daquele que aborda e discute o tema. O mesmo autor acautela para o facto da sexualidade estar impregnada “ (...) de valores morais, determinados e determinantes de comportamentos, usos e costumes sociais que dizem respeito a mais de uma pessoa” (p.13).

2 – Adolescência

O termo “adolescência” tem origem no latim “*adolescentia*” e pretende denominar o período do desenvolvimento do ser humano, que se situa entre o início da puberdade e o estado adulto. Consequentemente, o indivíduo que se encontra nesta fase é denominado adolescente, palavra que provem do latim “*adolescere*” e que significa crescer (Nabais, 2005).

Com a entrada do indivíduo na puberdade e o aparecimento dos caracteres secundários, aumenta o interesse sexual, sendo que este último se encontra influenciado, quer pelas alterações hormonais inerentes a esta fase de desenvolvimento, quer pelo contexto psicossocial (Silber, 1985). Esta fase, marcada pelo crescimento e desenvolvimento físico, evidencia que o ser humano se encontra preparado biologicamente e se torna apto a alcançar a sexualidade completa através do ato sexual que irá permitir ao indivíduo obter, quer prazer lúbrico, quer gerar (procriar). É esta possibilidade de obtenção de prazer, com o ato sexual sem obrigatoriamente existir finalidade de se reproduzir, que permite diferenciar o ser humano dos outros animais e que, como tal, não deve ser descorada no entendimento da sexualidade humana, muito menos na adolescência (Dolto, 1977).

A adolescência como termo representativo, surge durante o século XIX. Ainda que sempre assente na representação de classe de idade, suscitou profunda reflexão, somente a partir do século XX, ao serem consideradas as suas várias dimensões.

Como refere Nabais (2005), alguns autores entre os quais Stanley Hall e Ana Freud, descrevem a adolescência e, consequentemente, o início da vida adulta, como sendo o período em que o adolescente se apresenta como ser emocionalmente instável, mórbido e volúvel, de tal forma que se mostra manifestamente egoísta e que, apesar de apresentar gosto intenso pela vivência em comunidade, manifesta necessidade de solidão e tem dificuldade em aceitar a autoridade, embora possa procurar e seguir de forma incompreensível um líder. O mesmo autor menciona também que para Stanley Hall caracteriza esta etapa de desenvolvimento humano como um estado natural de “embriagamento comportamental” e “um impulso natural para experimentar estados psíquicos ardentes e inflamados e caracteriza-se pela emocionalidade (...) a instabilidade e as flutuações são características neste período” (Nabais, 2005, p.20).

Seguindo este conceito, Muuss (1976) equiparou este período a uma tormenta ou tempestade de emoções, sensações, vontades e atitudes, caracterizando esta fase como repleta de:

“(...) energia, exaltação e superatividade e indiferença, letargia e desprezo. Uma alegria exuberante, gargalhadas e euforia cedem lugar à disforia, depressão e melancolia. O egoísmo, a vaidade e a presunção são tão característicos desse período como o abatimento, humilhação e timidez” (p.23).

Pondo em evidência uma perspectiva mais biológica, para Pagès-Poly e Pagès (1997), a adolescência começa por volta dos treze ou catorze anos, denominando-se pré-adolescência” até à “maturidade sexual”, sendo esta apresentada como o aparecimento dos ciclos menstruais nas raparigas e a ejaculação no rapaz.

No que respeita aos limites etários, a adolescência provoca algumas discussões, quer na referência ao seu início, quer na atribuição do seu fim. Sugar, refere que este período emerge entre “ (...) os 12 ou 13 anos até, aproximadamente, aos 22 ou 25 anos (...) ” (Sugar, 1992,p.17) No entanto tal como expõem Dias (1984),(...) é usual determinar os 18 anos como fim e apresentar o período que se segue como intermediário, sendo o indivíduo nesta fase, denominado “adulto jovem” (p.35).De acordo com a Organização Mundial de Saúde e UNICEF (como citado em UNESCO, 2010) a adolescência apresenta-se como a etapa de desenvolvimento do indivíduo compreendida entre os 10 e 19 anos.

Embora permaneçam diferenças neste contexto, parece ser unânime, que a puberdade, apresentada como mudança marcante em termos biológicos, coincide com o início da adolescência. Desta forma deverá ser determinado o seu início e fim de forma individual em cada indivíduo tendo em conta o desenvolvimento do mesmo.

A adolescência, apresentada como ciclo vital intermédio entre a infância e a e a fase adulta, evidencia um desenvolvimento global do indivíduo com inúmeras mudanças aos vários níveis, evidentes neste período. Expressa-se por uma fase de inúmeras perguntas e dúvidas sobre imensos aspetos da vida, que passam, tanto por questões ligadas à sociedade em geral, como à escola, à religião, à família, aos relacionamentos, ao sexo ou à sexualidade.

Assim para Medeiros (2000), a adolescência inicia com “transformações biológicas e anátomo-fisiológicas universais (com vivências culturalmente diversas e individualmente específicas), as mudanças que se operam no pensamento, na construção da identidade e na construção de um sistema ético de valores” (p. 24). O adolescente encontra-se numa modificação ao nível interno e externo, com capacidade de conduzir “ (...) o desenvolvimento progressivo para a entrada num curso ou a escolha de uma profissão e/ou na escolha de uma opção afetiva (...)” (Ibidem, p.24).

Na adolescência, as alterações de carácter biológico são traduzidas em transformações pubertárias, a puberdade apresenta-se de facto como marco do seu início. O conjunto de transformações biológicas que a caracteriza, acentua-se na mudança, seja do formato do corpo e do rosto, ou dos órgãos reprodutores ou sexuais, que crescem e se desenvolvem, envolvendo diferentes mudanças corporais nos rapazes e nas raparigas, designadamente, a primeira menstruação na rapariga e a primeira ejaculação no rapaz.

A idade de início da puberdade é variável, tendo geralmente, o seu começo mais cedo nas raparigas do que nos rapazes. A primeira menstruação das raparigas costuma surgir a partir dos 10 anos enquanto nos rapazes a possibilidade da primeira ejaculação é a partir dos 12 anos.

As mudanças físicas nas raparigas traduzem-se no alargamento das ancas, aumento do volume das nádegas e das coxas, desenvolvimento do tecido adiposo, crescimento das glândulas mamária, aparição dos primeiros pelos púbicos, assim como crescimento de pelos nas axilas.

Ainda do ponto de vista interno do aparelho reprodutor feminino, verifica-se o aumento de volume dos ovários e libertação dos primeiros óvulos, inicia-se a ovulação e as alterações do endométrio e do colo do útero, sucedendo-se a menarca e as secreções vaginais (Gt-Pressé, 2012).

Nos rapazes as mudanças físicas caracterizam-se pelo alargamento dos ombros e do peito, pelo desenvolvimento dos músculos, desenvolvimento dos órgãos sexuais com aumento do volume do pênis e aquisição de uma coloração mais escura, assim como o aumento de volume dos testículos e início da produção de espermatozoides. Verifica-se, ainda uma alteração na voz, o aparecimento dos pelos em diferentes zonas, como seja no rosto (barba, bigode), na zona axilar e púbica. Pode ainda surgir o desenvolvimento de forma ligeira de uma ou de ambas as glândulas mamárias. Ocorrem nesta altura os “sonhos molhados” ou poluções noturnas.

Comuns nos dois sexos, encontramos como mudanças o crescimento acelerado do corpo, por vezes com alguma disformidade. Frequentemente surge o aparecimento de acne, ativam-se as glândulas sudoríparas, aumenta a transpiração e intensifica-se o cheiro da mesma, a pele e o cabelo apresentam-se grande parte das vezes oleosos e surge a possibilidade da expressão física, através da excitação e do orgasmo, assim como dos desejos sexuais (GT-Pressé, 2012).

A puberdade revela-se como início de uma nova fase modificadora do indivíduo, que vai para além da alteração corporal, como refere Claes (1985,p.8), “(...) o pensamento também modifica o seu modo de abordar o real, a vida social evolui com o duplo movimento de emancipação da tutela parental e do estabelecimento de novas relações com os seus iguais.”

No que respeita à mudança psicológica do adolescente, Almeida (1987) refere, que esta se processa paralelamente em quatro campos, sendo evidente no campo emocional, no sexual, no intelectual e no social. Desta forma, todos estão profundamente ligados, e os passos fundamentais neste desenvolvimento apresentam-se pela interiorização das mudanças físicas e o estabelecimento de um novo tipo de relações, primeiro “isossexuais” e, depois “heterossexuais” (p.57). Surge o comportamento social responsável, assim como a evolução de uma personalidade em equilíbrio com a sociedade envolvente e a capacidade tanto para planear, como para orientar as suas atividades futuras (ibidem).

Nesta linha de pensamento, e numa perspetiva que acentua toda a mudança no adolescente, seja ela física ou psicológica Fleming (1993) apresenta-nos a adolescência nestes termos:

“Após um longo Período de imaturidade, dependência e proteção, o filho do homem conhece, num curto período de tempo, um surto rápido de crescimento – a puberdade – que pelas mudanças biológicas, fisiológicas, cognitivas e outras, o prepara finalmente para a autonomia. No entanto, uma longa moratória o aguarda antes do reconhecimento do seu status de adulto”.

A adolescência apresenta-se, então, como uma fase de desenvolvimento e maturação, seja do ponto de vista físico, psicológico ou relacional, que patenteia uma passagem entre as vinculações da infância, que são estabelecidas essencialmente no contexto da relação que se estabelece entre pais e filho, e as outras ligações de afeto que se estabelecem fora do relacionamento familiar (Soares, 1992)

Estas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais influenciam a forma como é vista a adolescência e os adolescentes. Se por um lado, esta fase foi sempre observada como um período “cômico” em termos físicos, mais ainda foi durante muito tempo realçado como período “negro” em termos comportamentais. Vários estudos no âmbito da Antropologia Social, ao introduzir a componente “ambiente” como influente na construção da personalidade, vieram abrir caminho para outra forma de pensar, evidenciando ser possível entender a adolescência numa perspetiva diferente e nova, apresentando esta fase, não necessariamente como conturbada, turbulenta ou conflituosa, frisando a disparidade que se manifesta nas características inerentes ao desenvolvimento psicossocial (Erikson, 1968).

Nesta linha de pensamento, Margulis (2001, p.42) aponta para o fato da adolescência poder ser vivida de inúmeras formas, enunciando que a adolescência resulta de uma construção histórica que depende de um conjunto de variáveis, nomeadamente a condição social, o género e a geração.

São assim observáveis duas tendências na Psicologia do Desenvolvimento: uma que concebe a adolescência como fase ou período universal e, uma outra, que concebe a adolescência influenciável e resultante de um contexto histórico e cultural, com interação efetiva do meio ambiente. Assim sendo, esta última tendência da psicologia do desenvolvimento não classifica a adolescência como obrigatoriamente tortuosa ou conflituosa. Ao encontro desta forma de pensar, Cárdenas (2000, p.22) refere que os meios de comunicação através de um discurso sensacionalista, e tendo por base situações esporádicas ou ocorrências caudadas por pequenos grupos de adolescentes, generalizam o comportamento dos mesmos estereotipando-o como tempestuoso, o que pode segundo o autor:

(...) levar a tornarem-se turbulentos muitos sujeitos, pelo único motivo das expectativas: por ser o que se espera do adolescente e o que se prognostica que vai ser. Assim como em outros âmbitos, a imagem e as expectativas sociais de um facto de conduta influem, por sua vez, na incitação e desenvolvimento do mesmo: é a profecia que se auto cumpre”.

Günther (1999), também critica a visão negativa dominante em relação à adolescência, afirmando que, constantemente se abordam as questões pelo lado negativo, observando apenas o que de mal decorre dos comportamentos dos adolescentes. “Assim, uso de álcool, de drogas ilícitas, dificuldades na aprendizagem ou evasão escolar, sexo sem proteção, gravidez, paternidade ou maternidade adolescentes, delinquência, violência e criminalidade são sempre relatados” (p. 87), no entanto não se expõem nem se evidenciam publicamente as boas ações que são realizadas. Esta atitude ” como que corresponde a uma regra invertida do escutismo, em

que os elogios devem ser tornados públicos e as críticas privadas. No caso do adolescente, ao contrário, os elogios quase nunca vêm a público” (p. 87).

De forma consensual, verifica-se que a adolescência envolve a superação de diferentes etapas com características próprias, sendo o desenvolvimento sexual uma delas. Nesta última, espera-se que o adolescente, tendo por base uma bagagem de valores, no relacionamento com os outros, inicie uma evolução na aprendizagem das trocas de afeto, na vivência de amor e na partilha de intimidade procurando, assim, atingir um equilíbrio com o par (Direção-Geral da Saúde, 2003).

A adolescência é, ainda, definida como um período que se caracteriza pela grande vulnerabilidade do indivíduo em diferentes dimensões, seja ela social ou psicológica, associada ao desenvolvimento físico e funcional do aparelho reprodutor, bem como à determinação do próprio indivíduo enquanto ser único e decisor das suas ações, com valores próprios, e ainda aspetos básicos ligados à definição de personalidade, identidade sexual e papéis que desempenha na sociedade (Prazeres, 1998; Sampaio, 2006).

Para além das diversas transformações sofridas pelo jovem, é diário o seu confronto com a confusão e instabilidade de sentimentos, que o levam a interrogar-se sistematicamente acerca das suas emoções (Fonseca, 2002). Como tal, é fácil entender a adolescência como um período da vida que impõe ao indivíduo a aquisição de competências e habilidades que lhe permitam adaptar-se, durante esta fase de transformações, sejam elas físicas ou psicológicas, às imposições sociais. (Anastácio, 2010). O processo do “adolescer” requer especial atenção dos diferentes parceiros educativos junto dos adolescentes no âmbito da sexualidade. Uma vez que esta interação se apresenta tão complexa como as inúmeras transformações que os adolescentes sofrem, deve ser encarada tendo em conta o contexto onde sucede. O adolescente entra num processo influenciável de construção de si mesmo, vincula a sua presença na sociedade como membro participativo e com um determinado projeto de vida. Como tal, a adolescência deve ser compreendida como uma fase de transição, situada entre a infância e a fase adulta, com transformações de carácter físico e psicológico, assente e dependente de um contexto social e histórico (Soares, 1992).As transformações que ocorrem neste período demandam maior atenção porque, este processo de “adolescer”, está forçosamente aliado ao meio onde vivem esses adolescentes. (Souza, Fernandes, Barroso, 2006).

De forma conclusiva e abrangente, López & Fuertes (1999,p.83), referem-se à adolescência como sendo “um período da vida no qual se produz um conjunto de alterações bio fisiológicas, psicológicas, intelectuais e sociais que situam o indivíduo perante uma nova forma de se encarar a si próprio e tudo o que o rodeia.”

Sendo assim, parece-nos pertinente concluir que a adolescência pode ser analisada a partir de diferentes perspetivas, tendo em conta as múltiplas transformações do adolescente, sendo que todas elas se apresentam como válidas e cruciais no crescimento do jovem. É fundamental reconhecer que, seja qual for a perspetiva, não pode ser considerada de forma isolada na definição desta etapa do desenvolvimento do ser humano. É necessário expor que, estas múltiplas metamorfoses sofridas pelo adolescente, de carácter físico, psicológico e social,

ligadas a aproximação ao outro, potenciam o início de relações afetuosas que, grande parte das vezes, termina no começo da atividade sexual (Pereira (2010). Como tal, apresenta-se fulcral uma intervenção dos vários educadores, adequada, capaz de traduzir equilíbrio entre estas transformações e proporcionar ao adolescente, nomeadamente no campo da sexualidade, uma vivência prazerosa e segura, isenta de culpa e por conseguinte, saudável. As diferenças que encontramos na vivência da sexualidade dos adolescentes decorrem sobretudo da influência do meio social, visto que os grupos sociais nos meios urbanos e nos meios rurais são distintos. Encontramos nas cidades um vasto e complexo número de grupos sociais que se apresenta pela pluralidade de raças e/ou de povos, o que não acontece nos grupos rurais, caracterizados pela uniformidade neste mesmo ponto, assim como na religião ou na linguagem (Amaral, Fonseca 2006).

Ainda que as manifestações da sexualidade durante a fase da adolescência se apresentem em todas as sociedades e sejam universais em todas elas, são, como já foi referido, diferentes. Como tal, torna-se importante conhecer os diversos fatores que tendo em conta o tempo e o contexto, interferem com a vivência do adolescente. Estes fatores que podem ser de carácter pessoal, cultural, social e/ou económico que, de forma direta ou indireta, intervêm na orientação do processo de “adolescer”, por forma a desenvolver atuações e atividades educativas centradas na saúde, nomeadamente no âmbito da sexualidade capazes de ir ao encontro das necessidades dos adolescentes, evitando uma abordagem desta apenas centrada na sua dimensão reprodutiva e reconhecendo, cada vez mais, a necessidade de ser compreendida, especialmente como componente do indivíduo presente ao longo de todo o desenvolvimento humano e que espelha nas diferentes relações do indivíduo, seja consigo próprio, seja com os outros. (Martins, Trindade, Almeida, 2003)

3 – Família e o Adolescente

Nos últimos anos, a natureza da família e o papel dos pais alterou-se de forma muito evidente e em diversos países da Europa, existindo agora, mais do que nunca, um maior número de modelos familiares, embora isto não altere as necessidades de cuidados considerados fundamentais para as crianças, como seja: “ (...) a alimentação, o amor, a segurança e o estímulo” (Young, 1996, p.61). Como refere Alarcão, (2006), a família mantém-se como espaço favorecido para a aprendizagem ao nível de hábitos, valores, crenças ou interações, apresenta-se como unidade de referência ao longo do todo o ciclo de vida do indivíduo

A família pode ser observada como um sistema semelhante, a um organismo vivo, como tal, passível de sofrer um processo de desenvolvimento de carácter evolutivo, tanto no seu crescimento, como na sua organização (Relvas, 2000). Enquanto se desenvolvem as famílias passam por várias alterações, sendo estas normativas ou não-normativas. Desta forma as normativas referem-se mudanças que decorrerem das várias etapas pelas quais a família vai passando durante o seu ciclo de vida, e que se traduzem pela formação do casal até ao momento

que os filhos saem de casa. Assim sendo, estão relacionadas com o aparecimento de novos elementos no seio familiar, com conseqüente criação de novos subsistemas dentro da família, bem como necessidade de se reorganizarem em termos de estrutura e de funcionamento, e a saída de elementos do núcleo familiar. As alterações não normativas são relacionadas com situações de *stress* decorrentes de acontecimentos críticos que afetam a família do ponto de vista global, com a possibilidade de criar tanto disfunções a nível individual, como conflitos dentro da família ou até ruturas familiares (Alarcão, 2006). Evidenciando esta dinâmica verificamos a importância da família, sua estrutura, organização e funcionamento, no desenvolvimento do indivíduo, nomeadamente no adolescente.

A família é observada como um pilar básico na formação da identidade dos adolescentes. A forma como os pais exercem o seu papel de progenitores, bem como a história familiar, influenciam o adolescente, não só a partir da adolescência, mas mesmo antes, seja do ponto de vista físico, psicológico, emocional e social. Da mesma forma, é no seio da família que o percurso de saúde se desenvolve, começando no processo de socialização precoce aí ocorrido, seguindo-se do primeiro contacto com a escola e passando, mais tarde, às influências decorrentes de fatores adicionais como sejam o estabelecimento de ensino, os amigos ou os parceiros (ibidem).

Os pais, como figuras que, normalmente, durante os primeiros anos de vida, garantem os cuidados das crianças, estabelecendo desta forma intensos vínculos afetivos, são, para além dos primeiros modelos reais de aprendizagem, figuras “ (...) de apego e identificação (...) ”, apresentando-se como fundamentais para a criança, nomeadamente durante o processo da aquisição de identidade sexual e do papel de género (Vaz. J.M, Vilar. D. e Cardoso. S.1996, p.18).

A adolescência enquanto etapa do ciclo vital, apresentada como fase de desenvolvimento, que patenteia uma passagem entre diferentes vinculações e que evidencia a necessidade da reorganização da família na procura de um equilíbrio, apresentado como indispensável na evolução desta etapa, centrando-se na adaptação à mesma, tanto do adolescente como da família. Mais do que em qualquer outra etapa, para a família com adolescentes, torna-se elementar, alargar os espaços individuais dentro desta sem que isso leve à destruturação do espaço atribuído a mesma. A distinção dos sujeitos enquanto ser individuais, com espaço próprio apresenta-se fundamental, ao mesmo tempo que a sua valorização não deve pôr em causa a coesão interna da família. Assim sendo, exige dos vários membros familiares um esforço acrescido que se expõe na maneira como as famílias encararam estas transformações e se reorganizam face às novas exigências deste período e expectativas formuladas para o mesmo, do ponto de vista pessoal, familiar ou social (Relvas, 2000). Alarcão (2000) apresenta a esta etapa do ciclo vital da família como sendo a mais morosa e também a mais difícil, exigindo, um constante ajuste da família, entre o que o sistema familiar exige, e o que espera cada membro da família nesta fase.

Para a família, a adolescência apresenta-se como uma fase de transição entre dois estádios, o da infância e o do estado adulto, evidenciando também, a transição que ocorre entre os vínculos que se estabelecem na relação entre pais e filhos, predominantemente inerentes do

contexto familiar, e os vínculos que surgem de outros relacionamentos afetuosos que não sejam ligados diretamente à família (soares, 1992).

Estes relacionamentos que se estabelecem, ao longo da vida, com outras pessoas para lá do ciclo familiar vão, em grande parte, estar dependentes da forma como foram vividas as primeiras relações afetivas e condicionar, desta forma, o comportamento do indivíduo de forma mais ou menos saudável na definição mais ampla da palavra.

Vaz, Vilar. e Cardoso (1996) referem um estudo acerca das atitudes e comportamentos face à sexualidade que indica que os jovens, apesar de identificarem os pais como uma fonte escassa no que diz respeito à mesma, referem que os pais, de alguma forma, exercem influência sobre as suas atitudes no âmbito da sexualidade realçando o carácter negativo desta influência com a presença de sentimentos de culpa. No entanto, o mesmo estudo reforça o poder de influência dos pais quando é apresentada a escolha dos jovens em obter informação dos mesmos no âmbito da sexualidade.

Se, por um lado parece que para os jovens, nesta fase, é importante estabelecer com os pais uma comunicação mais aberta, no âmbito da sexualidade, por outro, existe uma parte significativa de pais que afirma existir um impedimento no processo de diálogo com os adolescentes, centrado na falta de conhecimento no tema, embora também se verifique que, quando são detentores de saber nessa área, os pais também encontram dificuldades em estabelecer diálogo com os seus filhos (Ibidem). Mesmo nas famílias onde se verifica uma comunicação mais intensa e eficaz, é necessário pensar que as práticas parentais e a comunicação realizada entre progenitores e adolescentes continuarão a ter principalmente, um carácter informal e também que, muitos deles (adolescentes e progenitores) permanecerão com dificuldades na comunicação dentro do âmbito da sexualidade, que seja, pelas características específicas da adolescência, pelas inaptidões ou carências dos progenitores neste campo (Vilar, 2005).

Herbert (1991), no entanto, alerta que é provável que, devido à inibição existente quando se trata de abordar a sexualidade, seja por parte dos pais ou dos adolescentes, é possível que os pais se apresentem como os últimos com quem os adolescentes tencionem debater os seus problemas sexuais.

A adolescência apresenta-se como uma fase de notória divisão e até de contrariedade quanto ao relacionamento dos adolescentes com os pais. Subsiste, neste período, a indispensabilidade do adolescente encontrar a sua individualidade procurando afastar-se do domínio dos pais, embora queira manter o apoio dos mesmos. A necessidade que o adolescente sente de resistir à dependência dos pais e a uma regressão nesse sentido pode levar ao afastamento dos pais numa evidente rejeição dos mesmos (Alarcão, 1987). Esta nova experiência de se relacionar com os pais apresenta-se caracterizada por uma nova dinâmica entre a relação estabelecida entre pais e filhos e as diferentes necessidades destes últimos na vivência desta etapa, que se expõem na vertente da vinculação, da exploração ou da autonomia. É vivida, grande parte das vezes, de forma angustiante, repartida entre a vontade dos pais em verificar a

independência e autonomia dos seus filhos aos vários níveis, e a insegurança que sentem perante isso (Soares, 1992).

Fleming (1988) refere, que com mais ou menos discordâncias, e de uma forma mais ou menos contínua entre gerações, a socialização dos adolescentes se apresenta como fator relevante na forma como os dois atores, adultos e adolescentes, gerem a problemática da autonomia (Fleming, 1988). A forma como a família desempenha, durante a adolescência, as suas funções perante o adolescentes, nomeadamente no apoio na aquisição de autonomia e na preparação dos adolescentes para a sua assunção nos vários domínios, seja social, pessoal ou profissional, apresentam-se como fatores externos marcantes no desenvolvimento do adolescente e na sua passagem para vida adulta (Sprinthall & Collins, 2003).

A influência que os pais exercem sobre os seus filhos é evidente, coloca estes últimos numa posição de responsabilidade na aprendizagem de padrões sócias e valores, vinculando todas as interações ocorridas na família, como fatores marcantes do desenvolvimento psicossocial do adolescente, sendo que a perceção das atitudes dos pais por parte do adolescente se afirma como importante no desenvolvimento da personalidade do mesmo (Fleming 1993.)

Generalizado, cada sociedade deseja que os seus membros adolescentes se tornem indivíduos autónomos das suas famílias de origem, venham a integrar a comunidade adulta e a partilhar os seus valores básicos, que assegurem a reprodução biológica da espécie e a reprodução cultural da sociedade. Não devemos esquecer que (...) as atitudes e valores face à sexualidade são culturalmente impostos sendo definidos pela família (...), como tal, é imprescindível o reconhecimento desta influência, pelo que se torna fundamental trabalhar os próprios pais no desenvolvimento de competências no âmbito da sexualidade. (Young, 1996, p.139)

Face à sexualidade, existe uma parte significativa de pais que afirma existir um impedimento no processo de diálogo com os adolescentes, centrado na falta de conhecimento no tema, embora também se verifique que, quando são detentores de saber nessa área, também encontrem dificuldades em estabelecer diálogo com os seus filhos (Gameiro, 1994; Vilar, 2003). A comunicação apresenta-se fundamental no processo de desenvolvimento do jovem, uma vez que “fatores como a falta de supervisão e o controle familiar, a escassa comunicação com os pais, (...) podem estar na origem de comportamentos desajustados inclusivamente criminosos (Oliva, 2004, p.348). Vários autores afirmam que, tanto a atenção/acompanhamento dos pais, como as linhas orientadoras fornecidas pela escola funcionam como “bagagem” e permanece a necessidade dos vários parceiros educativos promoverem de forma efetiva, junto dos adolescentes, a discussão referentes às questões ligadas à sexualidade.

Estudos realizados em vários países, nomeadamente em Portugal, evidenciam a dificuldade sentida no diálogo entre pais e filhos face à sexualidade, vincada na presença de vergonha, tabus, padrões culturais e ainda o receio dos pais em não deter informação/competência suficientes para responder às questões e dúvidas levantadas pelos filhos adolescentes. Esta situação agrava as dificuldades de comunicação neste âmbito. Desta forma continuamos a verificar que, embora seja comum referir o diálogo no âmbito da sexualidade, na

prática assim não se passa, pois os educadores e pais apresentam dificuldades em abordar o tema com os adolescentes (Pereira, 1993).

A parentalidade como processo evolutivo, desde que é assumida, apresenta-se obrigatoriamente ligada ao desenvolvimento do adolescente, influenciando, positiva ou negativamente, o mesmo em todos os processos que o envolvem, nomeadamente no campo da sexualidade, pelo que o investimento nesta área se apresenta fulcral (Sá, 2002). A parentalidade apresenta-se como. “ (...) a qualidade relacional que consolida a personalidade da criança. Neste processo, as experiências positivas (...) reforçam a capacidade de superar as situações de risco (ibidem, p.213). As apostas de intervenção devem, como tal, iniciar-se numa fase muito primitiva, direcionando-se no sentido de promover experiências positivas junto dos indivíduos, num trabalho com a família e a criança aos vários níveis, centrado na aquisição de competências sem nunca esquecer a componente relacional, vinculada desde o nascimento até à fase adulta, e o empoderamento dos mesmos nas várias etapas do ciclo de vida. A sexualidade adota um papel marcante no crescimento global do adolescente, sendo que a sua vivência é marcada pela forma como vão sendo vividas e aceites as transformações inerentes à mesma, quer pelo indivíduo ou pela própria família (Papalia & Olds, 2000).

Se por um lado, as famílias, são tidas como fundamentais no processo de socialização do adolescente, por outro, não são sempre o primeiro, nem muito menos o único agente influente no desenvolvimento sexual do adolescente.

Como referido anteriormente, na adolescência acentua-se o desenvolvimento e o crescimento do corpo. A sexualidade, que surge de forma mais intensa, faz-se acompanhar de um conjunto de transformações que distanciam gradualmente os adolescentes em relação ao grupo familiar, expandindo as suas relações com os colegas da escola, com quem partilham as mudanças que vivem, as expectativas que têm e as inúmeras incertezas que os invadem. Estas alterações sofridas desenvolvem a capacidade do adolescente e dos seus pares funcionarem como figuras de vinculação, uns em relação aos outros (Soares, 2007).

O grupo de pares desempenha uma influência marcante na opção do adolescente por um estilo de vida saudável. Os vários estudos realizados nesta área apontam para uma associação entre a relação com os pares e a aquisição de competências durante a adolescência, nomeadamente autonomia, a formação da identidade, a exploração da sexualidade ou as expectativas de familiar (Wilkinson, 2009).

Como refere Vaz., Vilar., e Cardoso. (1996,p.19), os pares surgem como “modelos sexuais reais” que apoiam processos de identificação dos adolescentes, centrando-se na semelhança de idades entre os mesmos, gostos e interesses e a forma como estes se encontram atraídos por “modelos intermediários” patenteados entre eles, como seja o vestuário.

Segundo Matos (2008), são vários os autores que referem que numa duplicidade de relação, os adolescentes que apresentam um relacionamento estreito com o grupo de pares, evidenciam uma tendência para manifestar e optar por atitudes que se encontrem enquadradas nas do grupo. Por outro lado, também é referido que os adolescentes escolhem o grupo de pares

por este evidenciar atitudes, comportamentos, posturas ou pensamentos que se enquadram com as suas.

A relação que o adolescente estabelece com o grupo de pares pode, assim, apresentar – se como um fator de marcada influência na sua saúde, pela manifesta importância que o adolescente atribui aos amigos. Segundo Stiles & Raney (2004), os problemas ligados à saúde mental que decorrem da relação com os amigos são evidentes para adolescentes de ambos os sexos. Assim sendo, podem, as relações com os pares, atuar de forma positiva ou negativa junto do adolescente com reflexo na sua saúde mental ou física e na aquisição de competências sociais. Reforçando isto, Field, Diego e Sanders (2002) aferiram que os adolescentes que evidenciavam amizades mais sólidas, comparados com aqueles que não as tinham, possuíam menos pensamentos suicidas e também níveis mais baixos de depressão. Stocks (2010) acrescentam que os amigos durante o período da adolescência, são uma necessidade básica que se apresenta como facilitadora da aquisição de competências sociais que somente podem ser desenvolvidas entre pares.

O relacionamento que o adolescente estabelece com o grupo de pares é salutar, na medida em que esta aprendizagem é realizada de igual para igual de uma forma mútua, apresentando-se para o adolescente como aprendizagem alternativa à que provem dos pais. O grupo de pares pode atuar de forma positiva no adolescente engrandecendo o seu bem-estar (Padilla-Walker & Bean, 2009).

A influência dos pares é evidente e apresenta-se preponderante na adolescência, principalmente na fase de transição para o ensino secundário, pois é nessa altura que o adolescente se encontra com jovens de idades superiores, que as pressões dos pares aumentam e se iniciam atividades novas de experimentação, podendo ser no sentido de vivenciar comportamentos novos assentes no risco, como seja o uso de substâncias, atividades sexuais de risco e outros, com a gravidade de poderem perdurar (Bourne, 2001). Num estudo realizado por Maxwell (2002) com 1969 adolescentes entre os 12 e os 18 anos, verificou-se que os adolescentes que tinham amigos que se envolviam em comportamentos de risco tinham, mais tarde, maior probabilidade de se envolver comportamentos deste tipo.

No âmbito da sexualidade, os aspetos negativos da influência dos pares na mesma prendem-se, essencialmente, com a informação deficitária, imprecisa e, muitas vezes, contraditória que é apreendida pelos adolescentes com os seus pares. Podem ainda ser evidenciados outros aspetos tais como o conteúdo irónico que, frequentemente, acompanha os assuntos sexuais relacionados com a sexualidade, a pressão exercida pelo grupo na questão da vivência de experiências no âmbito da sexualidade, o que leva muitas vezes ao descobrimento das mesmas de forma prematura, despreparada e desprotegida. (Vaz, Vilar, e Cardoso, 1996).

Em vários estudos, nomeadamente num estudo levado a cabo por Phelps et al., (1994), citado por Harrison (2000), foram verificadas mudanças positivas nos adolescentes no âmbito dos conhecimentos, competências e atitudes através da formação entre pares. Assim sendo a influência do grupo de pares nas atitudes, comportamento e valores dos jovens, vem sendo aceite e é assumida, e de forma consensual. Entendendo o grupo de pares como agentes, também eles

educativos, de marcada influência, torna-se importante apostar na formação de grupos de jovens na área da sexualidade, nomeadamente no domínio da educação para os valores (Pires, 2001)

Atualmente, os *mass-media* apresentam-se, também eles, como inegáveis agentes de influência junto dos jovens, nomeadamente na educação sexual. Nos países considerados desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, assumem hoje uma posição fulcral, como fonte de informação e difusão de valores e/ou contravalores por se apresentarem como uma atividade diária na criança e no jovem e como tal um forte “meio educativo”. A sexualidade é apresentada pelos *mass-media* de forma reducionista, circunscrita a genitalidade apresentando, essencialmente “comportamentos sexuais perversos, violentos e sem contexto afetivo, com pormenor e repetição”, desprovida da sua visão ampla e integradora da sexualidade humana. (Vaz, et al,1996,p.19)

Vários autores referem que, muitas das mensagens divulgadas pela televisão, têm caráter sexual, as cenas exibidas em novelas ou filmes não apresentam um modelo de comportamento, mas um leque de alternativas raramente as mais apropriadas (Sampaio; 1987; Ribeiro, 1990; Lickona, 1991; Alberoni, 2000). Também Vilar (2003a) partilha esta ideia e refere que no âmbito da sexualidade, embora em algumas mensagens da televisão e das revistas se possa encontrar continuidade na informação e algum sentido, de uma maneira geral isto não acontece, pois este não é o objetivo destes meios de comunicação, como tal “(...) não fornecem (nem podem fornecer, porque não é essa a sua natureza), um encadeado lógico de mensagens. Fornecem alguma informação, mas esta informação é parcelar, espartilhada, seletiva, superficial e, muitas vezes confusa na sua apresentação” (p.167).

Mais ainda este autor alerta para o perigo de delegar nos *mass media* o papel principal da socialização sexual das crianças e jovens, evidenciando esta atitude como sendo muito redutora e perigosa, uma vez que “ (...) estes meios influenciam muito pouco o domínio dos conhecimentos da literacia e das competências”(*ibidem*,p.168)

Os *mass-media* vinculam a existência de uma sociedade permissiva que incentiva a vivência de uma sexualidade assente na experimentação no campo físico, despida da sua componente afetiva ou envolvimento emocional, expondo a prática sexual sempre como gratificante, sem expor a preocupação com a contraceção, as doenças sexualmente transmissíveis ou a gravidez. Desta forma, influencia o adolescente no desenvolvimento saudável e equilibrado da sua sexualidade assente na construção de um código moral próprio inerente a uma sexualidade humanizada (Brook (1985), Lickona (1991), Strasburger (1995) e França (1991).

O adolescente *palmita* um percurso relacional durante esta fase de crescimento. A aproximação ao outro, envolvida pelas diferentes alterações sofridas pelo mesmo nas mais diversas dimensões, tendo em conta a sua bagagem de valores, irá interferir em todo o seu desenvolvimento, nomeadamente no seu desenvolvimento sexual. Espera-se que nesta fase o adolescente seja capaz de gerir as suas necessidades com as dos outros e aprenda a vivenciar e expressar de forma equilibrada a intimidade, afeto ou amor (DGS, 2003). Por outro lado é fundamental valorizar os sentimentos dos adolescentes, que nesta fase emergem e, como tal, potenciam a sua vontade em se darem a conhecer ao outro, serem aceites por um grupo que não seja a família, com a eventualidade de estabelecerem um relacionamento especial, como refere

Dias (2002) “de um ponto de vista afetivo, os adolescentes autonomizam-se em relação aos vínculos primordiais, sobretudo estabelecidos com os pais, e investem mais profundamente na construção do próprio Eu (p.52-53). Vivem desta forma, uma contrariedade de sentimentos, que os leva, por um lado a procurarem e definirem a sua identidade, e por outro revelam a necessidade premente de se aproximarem e de se sentirem aceites pelos iguais, ou seja pelo grupo de pares.

Segundo Anastácio (2010), esta aproximação ao outro, nesta fase de desenvolvimento, onde se encontra exacerbada a descoberta de sentimentos, sensações e onde se evidencia a necessidade de afirmação termina, muitas vezes, no início da atividade sexual.

3.1 – Atitudes, Conhecimentos, Comportamento, dos Adolescentes face à Sexualidade

“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio têm qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?”

(Fernando Pessoa)

Atitudes

Expondo a atitude como termo proveniente do latim “antitudo, o Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora cita três sentidos da palavra atitude. Desta forma, apresenta primeiramente, a atitude como forma de agir, proceder ou designar uma intenção. O outro significado prende-se com a postura/a posição do corpo, e por último, a atitude define-a como um estado mental, que é estruturado com base na experiência e que exerce influência no sentido de orientar as respostas do indivíduo face a objetos e/ou situações. Sendo assim afigura-se como uma pré-disposição com o fim de responder um objeto, que se apreende no meio social, e se adquire no processo de integração do indivíduo na sociedade configurando-lhe, desta forma, uma motivação social, mais do que um intuito biológico (Allport, 1996). Distinguem-se três componentes das atitudes, sendo a primeira a componente cognitiva, que abrange um conjunto de perceções e crenças relativamente a um objeto, assim como a informação que temos sobre o mesmo. A segunda, a componente afetiva, evidencia os sentimentos positivos ou negativos face ao objeto sustentada no sistema de valores. Por último, a componente comportamental, traduz a propensão para reagir ou para se comportar de determinada forma, que pode ser ou não favorável, perante os objetos. Uma vez que as atitudes não são realmente observáveis, é através do comportamento exteriorizado pelo indivíduo que depreendemos as mesmas (Fishbein, M. & Ajzen, 1975).

Desta forma, podemos concluir que as atitudes se apresentam como formas descritivas do indivíduo se posicionar favoravelmente ou desfavoravelmente, através de expressões verbais ou não verbais relativamente a um objeto. Afiguram-se como um resultado das vivências dos sujeitos tendo em conta o seu contexto social, cumprem com várias funções na vida social, sejam elas de carácter instrumental, expressivo, de ajuste social ou defensivo (Monteiro e Santos 1995, Lima, 2007), que podem traduzir inúmeros significados, podendo desta forma ser utilizado o termo para

denominar ou caracterizar quando representa um comportamento ou uma postura respetivamente (Nodin, 2001).

As atitudes e comportamentos dos adolescentes variam de acordo com o desenvolvimento cognitivo e emocional dos mesmos e com o modo como eles estabelecem os relacionamentos, seja com os pais, seja com o grupo de pares. O adolescente percorre fases que transitam entre a negação da realidade, percorrendo pela romantização até à assunção de uma atitude realista e norteada pela visão do futuro.

Ao falarmos de atitudes no âmbito da sexualidade, López e Fuertes (1998), apresentam a distinção destas em dois tipos, sendo elas as atitudes conservadoras e atitudes liberais. As primeiras caracterizam-se por uma visão da sexualidade no sentido da procriação e as segundas aceitam a sexualidade de forma positiva, reforçando a possibilidades ao indivíduo: constituir “ relações amorosas, formas de comunicação íntimas, sentimentos e expressões de ternura e afeto”(Sousa,2000,p.57).

Relativamente à atitude dos adolescentes face à sexualidade, podemos referir que, são as relações interpessoais que interferem de forma mais evidente na componente afetiva, e as fontes de informação, de educação ou de formação sobre sexualidade transmitidas através dos vários agentes interferem mais nas opiniões e crenças, ou seja, na componente cognitiva. A relação familiar interfere em ambas (Bastos, 2001).

Antunes (2007) refere a influência do tipo de informação ao nível da sexualidade, modificando as atitudes dos indivíduos face à mesma, sendo que hoje traduz-se na crescente permissividade em relação a questões como sejam a valorização da virgindade, a tolerância das relações sexuais pré-matrimoniais ou as expressões da sexualidade. Sousa (2000) estudou as atitudes de 1732 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos do Ensino Secundário da Região Norte Interior que evidenciaram posições liberais nas suas opiniões atitudinais face à sexualidade, assim como Coleman e Testa (2008), ao estudarem um grupo de 3007 adolescentes com idades compreendidas entre 15 e 18 anos, efetuado no Reino Unido, verificaram o mesmo, sendo que neste estudo os rapazes são os que evidenciam atitudes mais liberais que as raparigas. (Lemos, 2002).

No âmbito das atitudes face à sexualidade (AS), num estudo de Ramos et al. (2008) foram estudados 1792 alunos do 9º, 10 e 11º ano com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, da Região do Porto e verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta os géneros, sendo que os rapazes revelaram atitudes mais favoráveis face ao sexo sem compromisso e as raparigas mostraram atitudes mais favoráveis face ao sexo com compromisso afetivo, observando-se a existência de comportamento coincidente com “ (...) um posicionamento face á sexualidade típico do Duplo padrão” (Ibidem, p. 8), conceito criado por Reiss em 1964 que evidencia a representação social da sexualidade de forma diferenciada face ao género, em que aos homens é concedida uma maior liberdade sexual. Desta forma apontam para uma sexualidade vivenciada de forma diferente pelos dois sexos, inerente à diferença existente na educação afetiva e sexual de rapazes e raparigas, o que concebe atitudes e comportamentos diferentes. Embora, hoje, vários autores apontem para o desaparecimento gradual deste duplo

padrão, nomeadamente Petersen e Hyde (2010). Podemos dizer que nos dias de hoje, já se verifica uma atitude mais favorável em relação à sexualidade por parte das raparigas e que os rapazes valorizam mais a afetividade que envolve a relação sexual (Sousa, 2000).

Tendo por base o referido por (López, 2009, p. 105) salienta-se que “A promoção das atitudes que se consideram adequadas e a alteração daquelas que não se consideram saudáveis é um dos objetivos gerais da Educação Sexual”.

Conhecimentos

A adolescência deve ser considerada como uma fase decisiva no desenvolvimento do indivíduo. Estando diretamente ligada à segunda década da vida, faz da mesma um período de transição da maior importância, quer em termos de aquisição de hábitos de conduta, quer de modelos de socialização. Para qualquer comunidade, o desenvolvimento saudável dos adolescentes afigura-se como muito importante, pois muitos dos comportamentos que fazem parte dos estilos de vida dos adolescentes podem influenciar, direta ou indiretamente, a sua saúde a curto ou a longo prazo.

Ao encontro desta realidade apresenta-se como necessário dotar os adolescentes, de ambos os géneros de conhecimentos, uma vez que, segundo Lemos (2002), os resultados dos estudos sobre os conhecimentos dos jovens apontam para o facto de serem poucos e grande parte das vezes se evidenciam errados e/ou incompleto. A Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade (Unesco, 2010a), revela através do relatório Global do ONUSIDA 2008, referente a epidemia da SIDA, que em jovens entre os 15 e 24 anos, apenas 40% possuíam conhecimentos corretos acerca do VIH e da sua forma de transmissão.

Lemos (2002), refere que durante a adolescência, os conhecimentos são fundamentais para a o processo de adaptação psicológica e são “ (...) também pré-requisitos para um comportamento seguro”(Lemos, 2002,p.44). Também Vilar & Ferreira (2009), verificaram que os graus de conhecimentos estão associados aos comportamentos de prevenção, referindo que os melhores conhecimentos, traduzem, não somente, maiores comportamentos preventivos, como também maior procura de apoio e uma perspetiva positiva da sexualidade. É a “à aquisição de conhecimento científico que substitui a ignorância, os erros e as mentiras relativas à sexualidade e às relações pessoais” (López, 2009, p. 76), como tal, é essencial que os conhecimentos acompanhem o desenvolvimento psicológico e físico dos mesmos e que se, apresentem como corretos e adequados, capazes de facilitar a adaptação do adolescente à fase em que se encontram, de influenciar decisões e que traduzam tomadas de posição responsáveis, nomeadamente no âmbito da sexualidade (Lemos, 2002).

Comportamentos

A relação que os adolescentes estabelecem com o círculo que os envolve, nomeadamente os pais, os amigos ou os professores apresenta-se como fundamental na construção e afirmação da identidade e maturidade sexual, bem como na construção do carácter, da personalidade, da autoestima ou da forma de encarar a vida (Nodin, 2001; Santos, 2002). Na adolescência os jovens encontram-se mais suscetíveis às várias influências do meio externo, do ambiente, seja familiar, seja escolar ou do grupo de amigos, refletindo-se esta influência na sua saúde de forma positiva ou negativa, pelo que deve ser considerado como período de grande importância, capaz de influir em diversos indicadores de saúde, como sejam as taxas de homicídio, o consumo de álcool e outras substâncias ilícitas, os acidentes de viação e as infeções sexualmente transmissíveis (Mulye, Park, Neson, Adams, Irwin, & Brindis, 2009). Sendo assim, este período apresenta-se como uma fase de grandes oportunidades, mas também de imensos riscos

Vários dados estatísticos permitem reconhecer que as principais causas de morte e incapacidade na adolescência têm origem em comportamentos de risco. “Em 1996, em Portugal, cerca de 53% dos óbitos ocorridos entre os 10 e os 19 anos aconteceram por causas externas, em que os acidentes rodoviários representam cerca de dois terços do total de casos” (Prazeres, 1998, p.19). Outros autores, como Conner & Norman, (1996) apresentam o consumo de tabaco, de álcool, o sedentarismo e uma alimentação desequilibrada como sendo alguns dos antecipadores das doenças cardiovasculares e/ou do cancro, e desta forma constituem as principais causas de morte nos países ocidentais.

Segundo a DGS, (2002,) identificam-se como problemas principais, aqueles que podem resultar de comportamentos de risco, nomeadamente “sedentarismo, desequilíbrios alimentares, condutas violentas, morbidade e mortalidade por acidentes, maternidade e paternidade precoces (em particular, nascimentos em mães adolescentes com menos de quinze e dezassete anos), e comportamentos potencialmente aditivos (nomeadamente, álcool, tabaco e drogas ilícitas)” (p.26).

Na segunda metade do século XX, os adolescentes alteraram os seus comportamentos. A sexualidade que até aí se encontrava submetida a uma repressão, libertou-se e passou a ser aceite de forma mais natural, sendo até exibida (Braconnier & Marcelli, 1998) Assim sendo, dá lugar a valorização da intimidade que se apresenta como influenciadora dos padrões e dos hábitos dos adolescentes. Assim, Vilar (2003, p.65) vincula esta ideia citando Mitchell (1976):

“A necessidade de intimidade influencia todos os padrões e hábitos dos adolescentes, especialmente os que se relacionam com as amizades profundas e os interesses românticos (...) à medida que o adolescente se vai tornando capaz de explorar o seu mundo interior, ele (a) deseja partilhar experiências emocionais profundas”.

Esta busca de intimidade expõe o adolescente a riscos, assim como, e sua vivência se apresenta arriscada. A sociedade caracterizada por um grau de permissividade, contrário ao que existia até então, e a falta efetiva de apoio dos agentes educativos, tem levado a que os adolescentes adotem na satisfação das suas necessidades sexuais comportamentos de risco (López & Fuertes, 1999).

A vivência da sexualidade apresenta-se como alicerce fundamental do desenvolvimento do indivíduo, nomeadamente do jovem, mas, de facto, nos últimos anos, tem mudado muito (Antunes, 2007). Em Portugal, tal como verificado noutros países, a idade média da primeira relação sexual tem descido (Nodin, 2001a; Matos et al, 2003) surgindo de forma mais precoce a iniciação á atividade sexual genital, apresentando-se entre os 13, 14 anos nos rapazes e entre os 15, 16 anos nas raparigas. Torna-se relevante evidenciar que essa precocidade pode acarretar riscos para a saúde, quer do foro físico ou psicológico (Matos, et al., 2003).

Nodin, (2001) também evidencia como problemas, por um lado, a iniciação sexual dos jovens, expondo que cerca de 23% da população jovem inicia-se sexualmente numa idade inferior a 16 anos, e até aos 18 anos 70% tem a sua primeira relação sexual. Por outro, o uso inconsistente de contraceptivo, referindo que cerca de 24% dos adolescentes não o utiliza. Fazendo ênfase à iniciação da atividade sexual, o estudo de Ramos, D.R., Eira, C., Martins, A., Machado A., Bordalo, P., Z. (2008) realizado em Portugal com 1792 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e 17 anos revelou que, relativamente à experiência sexual coital, ela está presente em 4,5% dos jovens de 14 anos, 11,9% dos jovens de 15 anos, 22,2% aos 16 anos, 35,8% aos 17 anos e 52,4% aos 18 anos. A Associação para o Planeamento da Família (Granja, 2009) refere, em estudos mais recentes, que os rapazes iniciam a sua vida sexual por volta dos 14 anos e as raparigas por volta dos 15 anos.

Verifica-se a existência de vários comportamentos sexuais de risco na adolescência que contribuem na afetação da saúde dos jovens (OMS, 2006). O elevado número de casos de gravidez na adolescência, bem como o crescimento de portadores do vírus HIV/AIDS, apresentam-se como motivo suficientemente fortes para necessidade de intervenções articuladas entre as escolas, unidades de saúde e famílias, capazes de traduzir mudanças de comportamento nos jovens.

Segundo Sukiennik, (2000) é preocupante a grande percentagem das mortes na adolescência que está direta ou indiretamente ligada ao consumo de substâncias psicoativas, mencionando a *overdose*, os acidentes de viação, o suicídio e o homicídio. Windle, Shope & Buskstein, (1996) associam ao consumo das referidas substâncias, a comportamentos sexuais de risco, a SIDA ou outras doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez na adolescência e o insucesso ou abandono escolar, indo ao encontro do que expõe Eaton et al, (2005), quando referem a ligação entre o consumo das substâncias psicoativas e a desinibição do comportamento, aumentando a probabilidade do número de parceiros sexuais nos relacionamentos dos adolescentes e o uso inconstante do preservativo e dos métodos contraceptivos.

Nos EUA, no que se refere à última década, o relatório Youth Risk Behavior (1995) refere que surgem, anualmente, 3 milhões de casos de doenças sexualmente transmissíveis e 1 milhão de casos de gravidez entre os adolescentes, estando a ocorrência destes dados epidemiológicos relacionados com a prática de relações sexuais desprotegidas entre os adolescentes. O referido evidencia, mais ainda, a importância do que refere Feijó & Oliveira (2001) e a UNAIDS (2006) quando expõem que desde 1981, a nível mundial, foram infetadas pelo HIV, cerca de 65 e morreram 25 milhões, e que, atualmente, vivem com HIV/SIDA cerca de 40 milhões de pessoas e que houve mais de quatro milhões de novas infeções em 2005. As infeções sexualmente transmissíveis (IST) permanecem como problema mundial de saúde pública. Os *Center for Disease Control and Prevention* nos Estados Unidos calculam que, anualmente 19 milhões de novos casos de IST são verificados, e alertam para o facto de cerca de metade dos casos se verifique em indivíduos dos 15 aos 24 anos. (CDC, 2010). Segundo a WHO (2004), Portugal, face a União Europeia, ainda apresenta uma taxa de incidência elevada, o que justifica a continuidade das intervenções na área.

A nível mundial, o número de partos ocorridos em adolescentes equivale a cerca de 10% do total de nascimentos por ano (Codepps, 2006). Em Portugal, embora nestes últimos anos se evidencie uma ligeira diminuição da gravidez na adolescência (Matos et al., 2010), no ano de 1999, engravidaram com menos de 19 anos, mais de 7 mil adolescentes (INE, 1999). Segundo Rebelo (2008), a maternidade na adolescência constitui um fenómeno bem visível no nosso país, encontrando-se entre os primeiros a nível da Europa com maior número de adolescentes grávidas evidenciando-se também, a nível europeu na questão do aborto voluntário. O mesmo autor refere que em 2007, foram registadas 1690 gravidezes ocorridas em adolescentes até aos 17 anos e na Maternidade Alfredo da Costa, no período compreendido entre Julho de 2007 e Maio de 2008, 90 adolescentes recorreram ao aborto.

Inúmeros autores referem a gravidez na adolescência como condicionante do desenvolvimento e na vida da adolescente grávida ou mãe, levando a uma repulsa pelo micro sistema familiar e/ou suporte afetivo mais próximo, assim como à rejeição pela estrutura social tanto a nível escolar, como a nível profissional e contribuição evidente na manutenção de um estatuto socioeconómico baixo (Deschamps, 1976; Xarepe, 1990). Também Silva (1992) expõe a gravidez na adolescência como fator que reforça e evidencia uma exclusão social já existente assim como pode ser desencadeador da mesma. É também apresentada por outros autores como Araújo, (1987) e Lourenço, (1998), a evidência de problemas de saúde, quer para a jovem mãe, quer para a criança, destacando, entre outras, como principais patologias obstétricas a prematuridade e baixo peso do recém-nascido, a toxemia gravídica, a anemia, o descolamento prematuro da placenta e as altas taxas de morbidade/ mortalidade perinatais. Referem, ainda, existência de perturbação na componente relacional entre a criança e a mãe, com todas as consequências que podem daí advir como seja, a negligência e/ou maus tratos (Ibidem).

Ventura (1991) salienta que a gravidez de uma adolescente deve ser vista como uma gravidez de alto risco, uma vez que a jovem grávida se encontra num período de desenvolvimento que pode ser alterado e comprometido por este acontecimento. Para além disso, na maioria das

vezes, a mesma, devido a imaturidade psicológica inerente a esta faixa etária, não se encontra preparada para as múltiplas alterações decorrentes da gravidez, sejam elas físicas ou psicológicas.

Mais recentemente, reforça – se esta ideia mencionando que a gravidez na adolescência acarreta consequências graves na saúde da jovem grávida, que envolve um risco não só biológico pela imaturidade física da jovem, mas também psicológico e social que pode afetar gravemente a adolescente. Este último está também associado a uma imaturidade, neste caso psicológica, para absorver o acontecimento e lidar com ele e á fragilidade das relações sociais, traduzindo –se grande parte das vezes pelo isolamento da família, dos amigos, pelo estado depressivo e abandono escolar .(Codepps, 2006). Estas situações realçam outra problemática, a do aborto na adolescência. Como apresenta Cordellini (2007), os adolescentes, embora se mostrem como informados acerca das possíveis implicações decorrentes de um aborto, sejam elas físicas ou psicológicas, não canalizam esta informação no sentido de alterar práticas de risco, nem se inibem de recorrer ao mesmo. Os comportamentos colocam-se assim como condicionantes da saúde dos adolescentes.

3.2 – Fatores de Risco Específicos do Adolescente no Comportamento Sexual

Existem fatores de risco caracterizados como específicos da adolescência no âmbito do comportamento sexual que devem ser evidenciados na abordagem ao jovem e que se agrupam em fatores fisiológicos, psicológicos e baixa perceção de risco (Pereira e col., 2010).

Apresentam - se como fatores fisiológicos relevantes, por um lado, a predisposição da mulher para contrair mais infeções que o homem ligada a própria anatomia feminina, por outro, a imaturidade do epitélio do colo do útero das jovens adolescentes que as torna mais frágeis e suscetíveis de contrair IST do que a mulher adulta (Pereira e col., 2010). Outros autores, tais como Miranda, 2003, apresentam uma relação entre o começo da atividade sexual e a probabilidade de adquirir uma IST evidenciando que esta aumenta quanto mais cedo ocorrer iniciação sexual.

Pereira e col., (2010) referem que os fatores psicológicos aparecem associados à construção da identidade pessoal que se encontra sustentada pela experimentação. Sendo assim, é esta necessidade de experiência que os adolescentes sentem, combinada com a curiosidade inerente a esta fase do desenvolvimento, que culmina no campo da sexualidade em vivências como as várias relações monogâmicas de curta duração, ou relacionamentos com vários parceiros sexuais (Miranda, 2003).

Existem escolhas e tomadas de decisão que podem traduzir risco para os adolescentes, nomeadamente no uso de contração nas relações sexuais. Segundo Lourenço (1998) o conjunto de várias variáveis, sejam elas de carácter psicológico, social ou cultural, encontram-se ligadas ao uso efetivo de métodos contraceptivos por parte dos adolescentes, sendo que, tanto a informação como a formação no âmbito da contraceção estão presentes nesta escolha ou decisão.

Por último, apresenta-se como fator a baixa perceção de risco na medida em que, tal como expõem Pereira & col (2010), o adolescente, devido à sua perceção de imortalidade como

indivíduo, não depreende as consequências do seu comportamento como sendo graves, nem encara como possível que eventuais resultados negativos, resultantes dos seus comportamentos lhe possam ocorrer a ele. Assim sendo, para Matos (2010) ao apresentar uma baixa percepção de risco para si próprio e para os outros, o adolescente torna-se mais suscetível ou mais exposto ao mesmo, pois uma vez que não é capaz de perceber o custo negativo que pode advir do seu comportamento, mais facilmente poderá incorrer em comportamentos de risco e colocar em causa a sua saúde e a dos outros.

CAPITULO II – SAÚDE E EDUCAÇÃO SEXUAL NO ADOLESCENTE

Este capítulo irá abordar a saúde e sexualidade de uma forma global na definição e articulação destes conceitos, centrando-se, depois, saúde sexual e reprodutiva, nas necessidades de saúde do adolescente, na promoção da saúde do mesmo e na Educação sexual.

1 – Saúde

A saúde é um desígnio considerado essencial para que cada pessoa seja capaz de desenvolver uma vida ativa e plena. Hoje dia, a saúde é reconhecido como um direito humano fundamental imprescindível na sua aquisição.

Ao longo do tempo a saúde foi apresentando muitas definições desde “a simples ausência de doença” (Boorse, 1977), numa visão tradicionalista assente num modelo biomédico, a uma visão que descreve a saúde como um:

“ (...) estado caracterizado pela integridade anatómica, fisiológica e psicológica; capacidade para desenvolver um papel importante no seio da família, do trabalho e da comunidade; capacidade para lidar com o stress físico, biológico, psicológico e social; um sentido de bem-estar; e liberdade do risco de doença e da morte prematura” (Stokes et al, 1982, citado em Last, 2001, p.81).

A evolução do conceito de Saúde comprovou progressos significativos ao longo dos anos, afirmando sempre o seu cariz permanente. A sua evolução pode ser destacada, pelo emergir, no âmbito das Nações Unidas, em 12 de Setembro de 1978, da Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários, no âmbito da Conferência de Alma Ata, rerepresentando a vertente positivista do conceito de saúde ao ser definida como o “Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1978). Assim sendo, esta Conferência salienta a Saúde como um direito fundamental, apresentando, para a sua obtenção ao mais alto nível, a necessidade de uma intervenção de vários setores, nomeadamente de âmbito social e económico. Os Cuidados Primários de Saúde são enfatizados e evidencia-se a necessidade de serem desenvolvidos e aplicados em todo o mundo, como essenciais à Saúde.

A saúde é um pressuposto essencial para que cada pessoa desenvolva uma vida ativa e plena. Ela é, hoje em dia, reconhecida como um direito humano fundamental, e como tal, todas as pessoas devem ter acesso a serviços básicos que lhes permitam ter qualidade de vida. A ideia “Saúde para todos” representa um projeto desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que teve início em 1977 e se prolonga até aos dias de hoje, tendo por objetivo melhorar a saúde e o bem-estar de cada ser humano, de modo a que tenham uma vida social e económica

produtiva, através de várias estratégias, entre as quais se destacam a promoção e a educação para a saúde.

No entanto, definir saúde é algo que ainda apresenta dificuldade, pela complexidade do próprio ser humano, pelo facto da pessoa se apresentar como um somatório enquanto ser biológico, social, cultural, espiritual e financeiro. Como nos refere Coelho (1997, p.5), “ (...) trata-se, portanto, de um fenómeno extremamente complexo, que tem sido encarado, ao longo dos tempos, de diferentes modos, consoante os conhecimentos e as características sociais – culturais de cada época (...) e a Organização mundial da Saúde sempre a definiu como “ um estado de completo bem-estar, físico, mental e social, que pode ser aplicado ao individuo e/ou família”.

A saúde descrita como um estado da pessoa em interação com o ambiente evidencia o facto de que a pessoa que viva em família é mutuamente influenciada pela conduta dos seus membros, e é este conjunto de relações que descreve o comportamento da mesma. Assim, se pensarmos no processo de doença, facilmente poderemos perceber de que forma as suas complicações/ implicações influenciam o todo, o individuo, o grupo, a família, e, sociedade. A doença aparece como um fator de risco para a manutenção do equilíbrio global, e a recuperação do mesmo depende de um conjunto de fatores intrínsecos à pessoa com doença, assim como a família ou comunidade onde se encontra inserido (Phipp, 1995)

Facto é que a saúde não pode ser tida apenas como conceito antagónico à doença, quer para o indivíduo, quer para a família ou comunidade. A visão positiva da saúde evidencia a potencialização das capacidades de todos para se desenvolverem e influenciarem de forma positiva o que os rodeia (Costa & López, 1986). A saúde, definindo-se, assim, por uma configuração de bem-estar, manifesta-se no domínio físico, psicológico e relacional, dimensões estas, que estão juntas numa ligação consistente, que as torna interdependentes e valida a influência de umas sobre as outras.

Estes domínios, como já foi referido, estão afetos à sexualidade, e esta vivida na sua plenitude, abraça o conceito de saúde sexual e reprodutiva e conseqüentemente o conceito de direitos sexuais.

A saúde sexual apresenta-se como uma das componentes fulcrais na aquisição e manutenção do bem-estar inerente a este conceito global de saúde que põem em evidência a vertente física, psíquica e social e desta forma adquire espaço na agenda de preocupações da saúde pública ao nível mundial (Oliveira,1982).

2 – Saúde Sexual - Reprodutiva

A saúde sexual anuncia-se como característica que qualifica a qualidade das relações estabelecidas entre indivíduos, do ponto de vista físico e psicológico, que passa pelo aspeto de envolvimento corporal, práticas sexuais, sensações do corpo, experiências afetivas, separadas ou não de questões que envolvem a concepção (Ramoset al., 2001).

Como conceito multifacetado, saúde sexual envolve eixos paralelos que se evidenciam, por um lado, na valorização e satisfação das relações interpessoais desenvolvidas entre os indivíduos e a parentalidade desejada, traduzindo desta forma a obtenção de resultados positivos e por outro a pretensão de evitar resultados negativos como sejam as gravidezes indesejadas ou IST (Health Canada, 2004, citado em Sieccan, 2004).

Durante muito tempo, essencialmente nas sociedades de religião judaico-Cristã, a abordagem à sexualidade, era obrigatoriamente, consagrar a procriação na discussão acerca da mesma, valorizando um modelo reprodutivo do sexo, expondo, assim a prática sexual fora do âmbito da procriação como “ patológico”. A abertura da sociedade para a questão do planeamento familiar reforça a visão global da sexualidade, uma vez que: “ (...) ao permitir que o casal possa ter a sua atividade sexual, sem risco de uma gravidez indesejada, coloca-o, sem ambiguidade, perante a realidade de uma prática sexual exclusivamente ao serviço do prazer (...)” (Oliveira, 1982, p.34)

Assim sendo, a saúde sexual centrada no conceito da OMS implica uma visão positiva da sexualidade que consagra ao indivíduo a aquisição das várias vertentes associadas ao mesmo, numa perspetiva de desenvolvimento pessoal satisfatório e que vão, desde o direito a informação sexual, até a obtenção de prazer, uma vez que a define como “ Integração dos aspetos somáticos, emocional, intelectual e social do ser sexual, de modo a enriquecer e engrandecer positivamente a personalidade, a comunicação e o amor.” (OMS, citado em Oliveira, 1982, p.42)

Evidencia-se desta forma que, a intervenção no âmbito da saúde sexual, nomeadamente pelos serviços de saúde, não deve limitar-se às questões relativas à reprodução ou às doenças sexualmente transmissíveis, mas sim centrar-se na resolução de problemas sexuais aos vários níveis, através da ajuda sexual que possa enriquecer a personalidade e as relações humanas (Oliveira, 1982)

A saúde sexual e reprodutiva, por implicar uma abordagem positiva da sexualidade humana, apresenta-se relevante na escolha das intervenções nesta área nomeadamente com jovens. Remete-se para um objetivo focado na promoção da vivência da sexualidade com carácter saudável.

A sexualidade, apesar de ser vivenciada por todo o ser humano e caracterizada por um conjunto de fenómenos que intervêm em todos os aspetos da existência do mesmo, continua a ser vista, primeiramente como um fenómeno biológico, de modo preconceituoso, muito particular, limitando desta forma o espaço para o diálogo claro, isento de julgamentos, que promova junto dos jovens o esclarecimento de dúvidas, a partilha de medos, a desmistificação de mitos e a

aquisição de competências sustentadas em bases sólidas que promovam a escolha e vivência de uma sexualidade livre, autónoma, isenta de culpa, consciente, segura e, conseqüentemente saudável. Desta forma, promover a saúde sexual e reprodutiva será defender também os direitos sexuais.

2.1 – Pressupostos Legais da Saúde Sexual e Reprodutiva

O enquadramento legal no âmbito da educação sexual surge em 1984 e 1985, através da publicação da Lei 3/84 sobre Educação sexual e planeamento familiar e da portaria 52/85 que a regulamentava, apresentando-se assim a preocupação de expor um enquadramento legal da prestação de cuidados de planeamento familiar e implementação da educação sexual nas escolas (Prazeres, 1998). Definem - se assim, as competências dos serviços de saúde sendo, desta forma, possível dotá-los de meios necessários para desenvolver funções, nomeadamente junto dos jovens, criando programas de informação e educação sexual.

As garantias do direito à saúde reprodutiva foram reforçadas pela Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de Outubro.

A política oficial encara as atividades de Planeamento Familiar como componente basilar da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva, sublinha que a consulta de Planeamento Familiar deve assegurar atividades de promoção da saúde, no âmbito da informação, do aconselhamento sexual, da prevenção e diagnóstico precoce das IST, do cancro do colo do útero e da mama e prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério (DGS, 2008).

São apontados pela DGS (2008) no documento, Orientações técnicas – Programa de Saúde Reprodutiva, por um lado, os objetivos e as atividades a desenvolver e por outro a importância do aconselhamento nas consultas de planeamento familiar, cujos objetivos se centram em melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família, regularizar a fecundidade conforme o desejo do casal, preparar os indivíduos para a maternidade e a paternidade responsáveis, atenuar a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil, diminuir a incidência das IST e suas respetivas conseqüências, designadamente, a infertilidade e promover a vivência da sexualidade de forma saudável. Apresentam -se, desta forma, atividades a desenvolver fundamentalmente focalizadas na informação sobre os benefícios do espaçamento adequado das gravidezes, esclarecimento sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade e sobre as conseqüências da gravidez não desejada, informação no âmbito da anatomia e a fisiologia da reprodução, disponibilização de informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos, acompanhamento clínico(independente do método contraceptivo escolhido), fornecimento gratuito dos contraceptivos, prestação de cuidados pré-concepcionais tendo em vista a redução do risco numa futura gravidez, identificação e orientação dos casais com problemas de infertilidade, prevenção, diagnóstico e tratamento das IST, execução do rastreio do cancro do colo do útero e da mama(quando estes não se encontrem organizados de forma autónoma), reconhecimento e orientação dos

indivíduos/casais com dificuldades sexuais e promoção da adoção de estilos de vida saudáveis. (Oliveira, 1982).

O planeamento familiar é reconhecido como um direito humano e uma medida de Saúde e determina que as opções sobre meios e métodos contraceptivos são totalmente do foro pessoal e conjugal, assim como assegura o livre acesso ao planeamento familiar no que se refere às consultas ou outros meios e prevê a disponibilização de métodos de contraceção, sendo estes, os hormonais, mecânicos, químicos, naturais e cirúrgicos. É apresentada a esterilização voluntária, quer feminina quer masculina, como método contraceptivo de escolha possível apenas para maiores de 25 anos. Reconhece-se aos médicos o direito à objeção de consciência em relação à prática da esterilização voluntária.

A Lei de Base da Saúde, em 1990, no âmbito da política de saúde, colocou em evidência os adolescentes ao considerá-los como um dos grupos sujeitos a maiores riscos, junto dos quais devem ser tomadas medidas especiais (alínea c) do nº1 da Base II).

“1 - A política de saúde tem âmbito nacional e obedece às diretrizes seguintes:

c) São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique;”.

Em 1997, o documento sobre “Saúde em Portugal – Uma estratégia para o virar do século (orientações para 1997)”, do Ministério da Saúde, avança mais ainda e aponta, claramente, o grupo dos adolescentes como um dos grupos de intervenção prioritária no campo da proteção e da promoção da saúde.

Por fim em 1998, o documento “Saúde em Portugal – Uma estratégia para o virar do século 1998 – 2002 (Orientações para 1998)”, apresenta em relação aos adolescentes, metas e objetivos específicos sobre ganhos em saúde, designadamente, metas para 2002:

“O número de nascimentos de mães com idade inferior a 17 anos deverá ser, pelo menos, inferior ao valor tendencial esperado para esse ano” e o “nível de saúde dos adolescentes, medido através de indicadores específicos, deverá ter registado melhorias relativamente ao verificado em 1997”.

Hoje, em Portugal, a Constituição Portuguesa afirma (artigo 67º, n.º 2, alínea d)), que compete ao Estado:

“Garantir, no respeito da liberdade individual, o direito ao planeamento familiar, promovendo a informação e o acesso aos métodos e aos meios que o assegurem, e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade consciente”.

As políticas de promoção, no âmbito da saúde reprodutiva, devem refletir e estimular o desenvolvimento de atitudes positivas face à sexualidade humana. Implica, assim, a valorização das múltiplas dimensões inerentes à sexualidade dos adolescentes, como seja a ética, a afetiva e a dimensão comunicacional. Devem ser criadas condições que proporcionem o desenvolvimento de capacidade de decisão pessoal dos adolescentes sobre comportamentos face à sexualidade, assentes em valores e atitudes individuais (Prazeres, 1998).

Tanto a saúde como o bem-estar dos adolescentes são premissas cruciais do desenvolvimento humano. Desta forma, nos últimos quinze - vinte anos, tem sido inúmeras as iniciativas centralizadas na promoção da saúde ao adolescente e na prestação de cuidados aos mesmos. Sincronicamente, o contorno legal reforça esta orientação, sendo que tem sido aprovada matéria legislativa e normativa que evidencia a necessidade de incrementar programas que comprovem para além da qualidade na promoção e prevenção da doença, qualidade nos cuidados prestados, tendo em conta o grupo etário a que se destinam (Prazeres, 1998) e o conceito de saúde sexual, como sendo:

“ (...) a capacidade para gozar e controlar o comportamento sexual e reprodutor de acordo com a ética pessoal e social, cada jovem deve: manusear os riscos do seu percurso com prejuízo mínimo para a saúde; estar livre de doenças que interfiram com as funções sexuais e reprodutoras; estar livre de medos e culpas, falsas crenças que inibam a resposta sexual” (OMS).

Percebemos uma abordagem positivista face à sexualidade e a vivência da sexualidade em sua plenitude, de forma saudável, assume-se como um elemento fundamental para a saúde e qualidade de vida do indivíduo. Deve ser trabalhada, de forma específica na adolescência, uma vez que se apresenta como período caracterizado pela crescente curiosidade em debater temas ligados ao crescimento físico e psicológico, à vivência de novas emoções, sensações e experiências sociais ou corporais no âmbito da sexualidade e do desenvolvimento. Sobressai a intervenção vinculada na procura de uma preparação do adolescente na questão da responsabilidade para consigo próprio e para com a sociedade, na vivência da sua sexualidade, apelando para estilos de vida saudáveis que determinem saúde individual e coletiva.

Sendo assim, é fundamental que nas escolas se identifiquem os fatores determinantes na saúde dos jovens, que se entenda os que se encontram associados ao seu bem-estar e, conseqüentemente, que se compreenda os respetivos mecanismos que o facilitam (GTES, 2007b).

Apresenta-se como indispensável, nomeadamente na área da sexualidade, a abordagem às necessidades e problemas específicos dos adolescentes, conjugada com as potencialidades encontradas nos próprios e no que os rodeia, para a resolução dos mesmos, inseridos num programa especializado e adequado, com intervenção multisectorial articulada localmente, tendo a família, a escola, os serviços de saúde e restante comunidade como suporte basilar.

3 – Saúde do Adolescente

A particularidade do adolescente como indivíduo situado num etapa do ciclo de vida também ele muito particular, reveste-se de necessidades de saúde específicas resultantes do processo decrescimento e desenvolvimento do jovem, que adquirem expressão diferente de acordo com o meio ou circunstâncias de vida. Muitos comportamentos relacionados com a preservação da saúde adquirem-se nesta etapa, pelo que se apresenta como fundamental desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco o mais cedo possível (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Prazeres (1998) refere que, nos adolescentes muitos comportamentos que podem pôr em causa a sua saúde estão associados de forma muito marcada a uma componente social, refere ainda que as principais causas de morte e incapacidade na adolescência têm como por base comportamentos de risco. “Em 1996, em Portugal, cerca de 53% dos óbitos ocorridos entre os 10 e os 19 anos aconteceram por causas externas, em que os acidentes rodoviários representam cerca de dois terços do total de casos” (p.19) dimensionando, assim, a componente externa como determinante. Vinculam-se as componentes sociais, económicas e culturais da sociedade como possíveis desencandadoras de problemas de saúde (Buss, 1999).

Uma vez que esta etapa de vida se reveste da aprendizagem e consolidação de muitos comportamentos e atitudes, os programas dirigidos aos jovens nesta fase adquirem um carácter particularmente importante, e a atenção dada ao tipo de adesão dos adolescentes às práticas de saúde é pertinente, quer do ponto de vista do bem-estar físico e psicológico dos mesmos, quer também pela influência que estes podem ter nos outros jovens e, conseqüentemente, nos estilos de vida adotados enquanto adultos (Gaspar, Matos, Gonçalves Ferreira, & Linhares, 2006)

3.1 – Necessidades de Saúde na Adolescência

Existem várias necessidades de saúde na fase da adolescência que se mostram como gerais, nomeadamente a alimentação adequada e equilibrada, a vacinação prevista no Plano Nacional de vacinação (PNV) ou a atividade física exercida de forma regular e apresentam-se como fundamentais não só na intervenção dos serviços de saúde, mas também da escola. No entanto, apresenta-se deficitária se só forem encaradas neste parâmetros, pois é necessário ter em conta “ (...) outros requisitos de saúde cuja vertente psicossocial é de particular importância nestas idades” (Prazeres, 1998,p.15), nomeadamente as necessidades cognitivas, como sejam a aquisição de saberes, a construção e/ou a reconstrução da identidade pessoal, a definição de projetos futuros, assim como não devem ser desvalorizadas as motivações ligadas à estética, à questão afetiva ou sexual, encarando-as na singularidade de cada indivíduo e que se baseiam, quer nos fatores de ordem pessoal, como seja o sexo ou idade, quer nos fatores ligados à condição de saúde ou ao contexto familiar/social e económico (idem).

Nesta perspetiva Prazeres (1998) realça a necessidade de sustentar as intervenções no âmbito da promoção da saúde dos adolescentes, em vetores considerados fundamentais. Por um

lado, valoriza componente psicossocial das necessidades biológicas, interpretando-as, desta forma, na sua totalidade e respetiva complexidade. Prazeres apresenta-nos como exemplo de fácil entendimento a alimentação, referindo que a abordagem à mesma ,vai muito para lá do enfoque sobre as propriedades dos alimentos ou sobre o tipo de alimentação adaptado a cada indivíduo tendo em conta a sua idade, peso ou sexo. É necessário identificar também os padrões alimentares da comunidade, os hábitos da família, e até mesmo dos pares, como os que são instituídos na escola, não esquecendo as idealizações dos adolescentes e os modelos de referência considerados pelos mesmos. Promover uma alimentação saudável junto dos jovens passa por estimular uma alimentação adequada e corrigir aquela que se expõe como desadequada, deficitária ou nociva e implica forçosamente (...) compreender a dimensão social do ato de comer “ (ibidem, p.16), encarnando – o para lá do próprio ato. Por outro lado apresenta-se fundamental que se desenvolvam ações integradas em programas e projetos sustentados na coerência, consistência e continuidade, não em meras intervenções de carácter simbólico em “dias de festa” incapazes de serem avaliadas e de produzirem ganhos de saúde efetivos e direcionados as necessidades reais dos adolescentes.

Existem necessidades de saúde dos adolescentes que podem ser generalizadas a todos numa satisfação básica do conceito. No entanto, as necessidades de saúde em certos jovens apresentam-se como específicas tendo em conta problemas também eles específicos ligados a uma questão de cronicidade da doença, derivante da duração do problema de saúde ou ainda do carácter permanente do mesmo, subsequente ou não de uma origem genética ou ainda ligados a problemas de comportamento (ibidem).

Nos adolescentes a doença aguda não se apresenta como relevante, uma vez que a sua taxa de incidência é baixa. No entanto, existem problemas de saúde tais como: infeções do foro respiratório, problemas no âmbito da estomatologia ou dermatologia considerados vulgares que obrigam ou condicionam a recorrência ao serviço de saúde, com resolução clínica simples, e evolução positivamente na maioria das vezes. Porém, as questões ligadas ao foro mental apresentam-se como uma preocupação tendo em conta não só a sua incidência, mas também a forma como ,hoje em dia é encarada a questão da saúde mental. Tanto o aumento da prevalência dos problemas que estão ligados à toxicodependência, como às situações de depressão, distúrbios alimentares, aos comportamentos suicidas ou para suicidas, ou situações de diagnóstico de esquizofrenia, frequentemente com a sua manifestação inicial nesta etapa da vida, alertam para a necessidade de um olhar mais atento neste âmbito, exigindo dos profissionais de saúde e da escola, em colaboração com a família e círculo de amigos, uma atitude mais efetiva, na deteção e encaminhamento dos casos, assim como uma abordagem valorizada do ponto de ético. Os problemas ligados à doença crónica, à deficiência ou aos maus tratos apresentam-se também como relevantes uma vez que hoje que é colocado como desafio, quer aos profissionais de saúde, quer às escolas, a integração e socialização dos jovens com necessidades específicas ligadas a uma doença crónica ou a uma deficiência do ponto de vista físico ou psicológico, procurando responder às mesmas de forma adequada, assim como é reforçada como premissa junto destas entidades, garantir os direitos de cidadania quer das crianças, quer dos adolescentes,

através de um esforço conjunto, multisectorial com várias outras entidades, nomeadamente com justiça e a segurança social (Prazeres, 1998).

As estatísticas da mortalidade focadas na adolescência, já referidas anteriormente, evidenciam a importância que deve ser dada aos estilos de vida adotados pelos jovens e aos comportamentos individuais dos mesmos, expondo os acidentes, os suicídios, os homicídios e outras violências como “causas externas”, responsáveis pela maioria das mortes ocorridas na segunda etapa da vida. No entanto, para além desta questão, os estilos de vida e os comportamentos podem estar ligados a vários problemas de saúde de forma simultânea como seja: as condutas violentas, a iniciação precoce da atividade sexual, as relações sexuais desprotegidas e, conseqüentemente, as gravidezes não desejadas ou a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis.

No âmbito da sexualidade, as necessidades dos jovens não devem, nem podem, ser vistas apenas no campo da contraceção ou na aquisição de conhecimentos centrados no crescimento e desenvolvimento biológico do indivíduo. A promoção em saúde sexual e reprodutiva junto dos adolescentes implica a valorização das “dimensões ética, afetiva, comunicacional e enriquecedora da personalidade que caracterizam a sexualidade juvenil” (Prazeres, 1998, p.17). Deve espelhar e fomentar o desenvolvimento de atitudes positivas perante a mesma, reforçada através duma intervenção centrada no contexto social dos adolescente, incitando os jovens à manifestação e vivência responsável da sexualidade, expondo a importância da prevenção de riscos, sem que isto signifique censurar ou penalizar as condutas dos mesmo, respeitando a individualidade de cada um e, conseqüentemente, a sua “bagagem” física, psicológica, social, emocional e espiritual (Ibidem).

3.2 – Determinantes dos comportamentos de saúde dos adolescentes

Para Albuquerque e Oliveira (2002,p.17), entre outros, apresentam-se como principais determinantes dos comportamentos de saúde os “fatores sociocognitivos “, como sejam: as atitudes dos indivíduos face aos comportamentos, crenças, expectativas e a influência dos diversos grupos de referência, sejam da família ou do grupo de pares. Vários estudos apresentam esta perspectiva, nomeadamente um estudo com jovens adultos russos, apresentado por Rose (2000), que evidenciou uma associação entre determinados elementos sociais como seja o envolvimento social, a existência de amigos que proporcionem apoio em períodos de doença, autoeficácia e a confiança., e uma melhor saúde, tanto emocional como física. Em confirmação com isto, Nelis & Era (2009). Referem que a existência de um número reduzido de amigos chegados e a dificuldade em conservar relações sociais apresentam-se relacionadas como uma pior percepção da saúde mental. Também Jackson (2007) observou, num estudo com 281 adolescentes australianos, entre os 12 e os 17 anos, que os adolescentes com pouca ligação aos pares enunciavam o aumento da solidão. Conferido o carácter positivo da existência de relações sociais nas idades seguinte Segrin & Taylor (2007) observaram num estudo realizado com 703 indivíduos, com idades entre os 18 e os 87 anos, uma associação entre as competências sociais e

as relações positivas com outras pessoas e, conjuntamente, uma associação com bem-estar psicológico.

Como tal, os adolescentes necessitam, para o seu desenvolvimento harmonioso, de um conjunto de relações e relacionamentos que acompanhem a sua vivência, nomeadamente no âmbito da sexualidade, e um suporte adequado que oriente, acompanhe, promova e capacite na escolha e tomada de decisão corretas, adequadas e saudáveis, que deve encontrar, quer no apoio nos diversos agentes educativos, quer da acessibilidade à informação e aos serviços de saúde.

3.3 – Promover a Saúde do adolescente

A OMS, a partir dos meados da década de 60, começou a encarar de forma mais atenta os adolescentes, objetivando intervenções específicas para esta faixa etária. Em Portugal, as questões ligadas a saúde dos adolescentes tiveram a primeira abordagem no final dos anos 70. Com várias experiências na área da promoção de saúde, no atendimento, na investigação, na formação no planeamento e na organização de cuidados aos adolescentes, em meados dos anos 80 abre – se um caminho.

Podemos considerar como marcos da promoção de saúde fundamentais os Informes Lalonde e a Carta de Ottawa. No Informe de Lalonde (1974), Canadá, foram determinados os campos de saúde em quatro grandes componentes, sendo eles: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização do cuidado médico. A Carta de Ottawa apresenta-se como um documento que foi cimentado em 1986, por representantes de 38 países, durante a Conferência Internacional de Promoção de Saúde no Canadá, no qual os mesmos se comprometeram em afirmar como condições fundamentais de saúde: a paz, moradia, educação, alimentação, salário, ecossistema favorável, utilização adequada dos recursos públicos, justiça social e igualdade de direitos dos cidadãos. A Carta de Ottawa defende a posição, que as pessoas deveriam ser ativas e, assim sendo, agir no seu processo de doença/saúde. Declina o enfoque tradicional da educação em saúde, na qual o público apenas executa um papel passivo, recebendo as intervenções decorrentes dos programas educacionais que desenvolvem os profissionais e especialistas, e coloca em evidência a ideia que através do reforço de habilidades os indivíduos seriam capazes de aumentar as suas opções para o exercício de um controle maior sobre sua própria saúde e seu meio ambiente. Reforça ainda a necessidade da participação comunitária de forma executada de forma efetiva para o estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e planeamento de estratégias (Cerqueira, 1996).

A Carta de Ottawa identifica 3 estratégias elementares para a promoção da saúde, sendo elas: a defesa da saúde, a capacitação das pessoas para encontrarem todo o seu potencial de saúde; e a mediação dos diferentes interesses de toda a sociedade na procura de saúde. Estas últimas estão sustentadas por áreas de intervenção prioritárias, que são os instrumentos fundamentais para a promoção da saúde. Segundo a Carta acima referida, a ação de promoção da saúde significa traçar uma política de saúde pública, conceber mecanismos

sustentadores de saúde, fortalecer a ação da comunidade para a saúde, desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde.(OMS,1986)

Costa & López (1996) definem a promoção da saúde como um processo abrangente, através do qual os indivíduos e comunidades aperfeiçoam o controlo sobre o que pode afetar a sua saúde, sejam determinantes sociais ou ambientais. A carta de Ottawa (OMS, 1986,p.1) define a mesma como:

“ Processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”.

A Declaração de Jacarta (1997), confirma que estas estratégias e áreas de ação são relevantes para todos os países.

De forma específica Correia et al., (2001) também referem que, nos Cuidados de Saúde Primários, junto dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, integra-se “o processo de promoção da saúde e de prevenção da doença, evidenciando-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade”(p.769).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001), apresenta, nos padrões da qualidade, a sua pertinência, destacando como elementos importantes face à promoção da saúde, a necessidade de se identificarem as situações de saúde das populações, bem como os seus recursos, seja ao nível individual, familiar ou comunitário, de se aproveitarem as oportunidade para promoção dos estilos de vida saudáveis identificados, assim como a necessidade de promover “o potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (p.12).

Desta forma a promoção da saúde pressupõe a implementação e manutenção de comportamentos que, para além de saudáveis, podem potenciar as capacidades dos indivíduos, sejam elas funcionais, físicas, psicológicas ou sociais (Marin, 1996). Pressupõe assim, uma abordagem globalizante, que induz o indivíduo a escolher e adotar comportamentos capazes de refletir ganhos em saúde pela diminuição de riscos, propiciando ao indivíduo sentimentos de bem-estar relacionados com esta escolha (Tones, 1998).Esta promoção deve estar, obviamente, presente na saúde do adolescente e nela podem ser refletidos todos os conceitos, com intervenções específicas e especializadas que permitam traduzir ganhos, quer do ponto de vista da própria saúde do adolescente, quer do ponto de vista social, com intervenções também elas individuais e/ou coletivas que reflitam à posteriori “saúde ” nas populações. As intervenções de promoção da saúde, visam aumentar a consciência dos indivíduos, famílias, comunidades e

sociedades, sobre os vários fatores que têm influência na saúde, sobre as origens psicossociais da doença e demonstrar a capacidade que os mesmos têm, quando informados, para intervir, com tomadas de decisão assertivas, do ponto de vista individuais familiares ou comunitários, capazes de traduzir “bem-estar” aos mesmos no sentido mais abrangente da palavra (Idem, 1998).

As políticas de promoção da saúde envolvem a efetuação estratégica de programas de educação para a saúde, que devem ter como já foi referido, uma investigação básica sobre os comportamentos de saúde fundamentais e o conhecimento do papel que exercem as crenças e atitudes pessoais, as normas familiares e/ou as redes sociais, no sentido de orientar internamente o desenvolvimento das diretrizes que suportam a implementação dos referidos programas. As estratégias de educação para a saúde podem desenvolver-se de acordo com diferentes níveis, passando da atuação ao nível individual, familiar ou comunitário, com intervenções que podem ser pessoais, familiares ou sociais, de forma direta, por campanhas nos meios de comunicação ou divulgações comunitárias. (Salleras, 1985).

Tendo por base a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis na Europa, a OMS estabeleceu metas de saúde para os próximos anos, conferindo ao ambiente escolar o estatuto de setor privilegiado e aos serviços de saúde, nomeadamente aos cuidados de saúde primários, um papel relevante na “promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças e à escolarização.” (DGS, 2006,p.4).Embora não exista uma definição única de cuidados de saúde primários, a declaração de Alma – ata de 1978, define no ponto 6 como sendo:

“Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e os pais possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e auto – determinação (Idem, p.1.).

O Ministério da Saúde tem, desde 2002, a tutela da Saúde Escolar garantindo nos cuidados de saúde primários a intervenção neste nível, imputando a implementação do referido programa aprovado em 1995, no território nacional, aos Centros de Saúde, com orientação vocacionada para um aumento do nível educacional e de saúde da população escolar.

A saúde escolar em Portugal tem-se modificado, reestruturam-se as áreas atuais, e como tal, surgem novos desafios que impulsionam uma adequação do programa a essa realidade. No despacho nº12.045/2006 (2ª série) publicado no Diário Republica nº110 de 7 de Junho, o Alto Comissariado da Saúde aprovou o Programa Nacional de Saúde Escolar dirigido aos profissionais de saúde, estruturas do serviço Nacional de Saúde e respetivos utilizadores (DGS, 2006, p.9). Na procura de uma intervenção sobre fatores determinantes da Saúde relacionados com os estilos de vida, este plano promove uma atuação entre parceiros, sustentada numa abordagem: “(...) integrada, intersectorial e multidisciplinar onde a articulação com sector da educação é indispensável” .

A Organização Mundial de Saúde como refere a DGS (2006), no seu desígnio da “*Saúde para Todos*”, estabeleceu como objetivo operacional que, até 2015, que 50% das crianças e 95% dos adolescentes integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde, reforçando metas de saúde que vinculam a importância de uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, da promoção da saúde e dos estilos de vida saudáveis. Definiu a escola Promotora de Saúde como sendo a escola que procura incluir no seu currículo a educação para a saúde com atividades de saúde escola. Reforçando esta ideia, Sakellarides, em 1999, in Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde, refere-se à escola como espaço fulcral no contexto de saúde, uma vez que é na escola que “(...) aprendemos a configurar as peças do conhecimento e do comportamento [...]. Adquirimos, ou não, equipamento. Adquirimos, ou não, equipamento para compreender e contribuir para estilos de vida mais saudáveis, tanto no plano pessoal como ambiental” (p.2).

A educação para a Saúde apresenta - se como um conjunto de intervenções direcionadas e orientadas às pessoas no sentido de favorecer o desenvolvimento de uma forma de pensar, agir ou sentir, capaz de potenciar a capacidade do indivíduo de se relacionar consigo próprio e com o outro, promovendo o encontro de um equilíbrio integral com o meio, que se apresenta nas diferentes vertentes: físico, biológico, político, social e cultural, ultrapassando uma abordagem inicialmente individual (Young, 1996).

Pereira (2003) apresenta ainda a educação para a saúde como conceito harmonioso capaz de integrar as duas vertentes, a saúde e educação, com base em práticas educativas que procurem a aquisição de autonomia dos indivíduos de forma abrangente, direcionadas à promoção da sua saúde e não apenas entendidas como transmissão de conteúdos. O Ministério da Educação Português apresenta a educação para a saúde em contexto escolar como intervenção que, “ (...) consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao tal bem-estar físico, social e mental (M. E. - Portal da Educação – <http://www.min-edu.pt> - 15/11/2011).

Parece, assim, que a educação para a saúde se encontra necessariamente revestida de articulação entre parceiros no processo educativo, e apresenta-se no âmbito da educação sexual, como determinante nas atitudes dos jovens face à sexualidade, num período de desenvolvimento específico como é a adolescência, e na aquisição de competências nesta dimensão ao longo do ciclo de vida do indivíduo. Desta forma, tanto os objetivos como os níveis de intervenção expressos na Carta de Ottawa parecem adquirir aplicabilidade na nossa sociedade.

Também para Sardinha, Matos e Loureiro (1999, p.12), a educação para a saúde afigura-se como “ (...) uma tomada de consciência das diversas teorias do comportamento e a capacidade de as aplicar na prática é o que distingue um profissional de qualidade de uma outra pessoa que se limita a desempenhar um conjunto de tarefas (...)”,

A compreensão e adequação, quer do ponto de vista teórico, quer do ponto de vista prático das mais diversas teorias vão distinguir a qualidade, a eficiência e a eficácia das intervenções de educação para a saúde. Nesta perspetiva, parece fundamental “ (...) compreender o que os jovens pensam, sabem e querem quanto à saúde, numa perspetiva de

formulação de estratégias que promovam a saúde e o bem-estar, entendidas como condição básica do desenvolvimento” (López, 2000a,p29).

Toda a política de promoção e prevenção é procurar educar (...) gostos, de gestos, de hábitos, de atitudes, de comportamentos, por ordem a evitar certo ou certos riscos, a eliminar ou minimizar certo ou certos perigos”, e só evidencia eficiência, se existir um conhecimento do alvo a quem é dirigida (Matos et al, 2003, p.6).

É também fundamental perceber que para efeitos de “intervenção preventiva, protetora e promocional”, é essencial abordar a saúde dos jovens de forma integrada e torna-se, para tal, necessário que nas escolas, para além de se identificarem os fatores determinantes na saúde dos seus jovens, sejam percebidos quais os fatores ligados ao seu bem-estar e conseqüentemente os mecanismos capazes de o proporcionarem (GTES, 2007b, p 27)

4 – Educação para a sexualidade

Seguramente em todas as sociedades poderá haver

“ (...) quem diga que no capítulo da sexualidade, o conhecimento é algo que lhe retira o encanto; mas poderá haver também quem imagine que o conhecimento é que irá resolver esse problema. Porventura, nem lhe retira encanto, nem a resolve, como por encanto. O amor é também uma forma de cultura, isto é alguma coisa que se tem de cultivar. E, em todo este processo, que é seguramente complexo, o conhecimento sem retalhar encantos pode constituir um ingrediente extremamente importante para a elevação e enriquecimento da qualidade que nos pomos neste modo de habitar o mundo, a história, a vida e a relação de uns com os outros “ (Barata Moura, 2000).

4.1– Educação Sexual - Definição de um Conceito

A Educação sexual, por ser fundamental no processo de formação pessoal e social, pode e deve ser educada (Marques & Prazeres, 2000; Frade, et al, 2001; GTES, 2005). Pode definir-se a Educação Sexual como um processo sobre o qual assenta o desenvolvimento do indivíduo como ser sexuado e sexual, alicerçado em duas vertentes paralelas e específicas, uma que ocorre através de ações estruturadas e formais (educação sexual explícita) e outra pelas ações não estruturadas e informais (educação sexual implícita). Acontece ao longo da vida, desde a nascença e não apenas a partir do início da atividade sexual, é evidenciada em vários contextos seja em família, com os amigos, através dos media, na escola ou nos centros de convívio, contribuindo para a vivência da sexualidade de uma forma informada, autónoma, responsável e

gratificante. Desta forma, foca-se na aquisição de conhecimentos no âmbito das dimensões da sexualidade, das ideias e valores acerca da mesma, do afeto e do amor, dos comportamentos sexuais e suas variedades, da resposta sexual e respetivo mecanismo, da reprodução, da contraceção e da prática de sexo seguro, dos problemas de saúde, da legislação, direitos, apoios e recursos disponíveis na prevenção, no acompanhamento dos mesmos, nomeadamente face à gravidez não desejada, as IST, dos abusos ou da violência sexual. Procura, no âmbito das atitudes, a prevenção face à doença e promoção da saúde, evidenciando uma aceitação, quer do corpo sexuado positiva e confortável, quer do prazer e da afetividade, sem evidência de discriminação perante as diferentes expressões e orientações sexuais dos indivíduos.

No desenvolvimento das competências individuais centra-se na toma decisões responsáveis, no desenvolvimento de competências para escolher ou recusar comportamentos não desejados ou que violem a dignidade e os direitos pessoais; no desenvolvimento das competências de comunicação; na aquisição e utilização de um vocabulário adequado; na utilização, quando necessário, de meios seguros e eficazes de contraceção e de prevenção do contágio de infeções de transmissão sexual; no desenvolvimento de competências para pedir ajuda e saber recorrer a apoios, quando necessário. (Frade et al, 2001)

Como já foi vinculado, a educação para a sexualidade, apresenta-se como uma questão de grande amplitude, que transcende a instrução de informação. Assim sendo, mais do que transmitir conteúdos focalizados na aprendizagem dos órgãos sexuais femininos e masculinos, e respetivo funcionamento, dos métodos contraceptivos, das infeções sexualmente transmitidas ou da sida, surge como conceito impregnado de múltiplas questões, sejam elas éticas, morais, religiosas, familiares, culturais e sociais (Aquilino & Bragadottir,2000).

4.2 – Enquadramento legal da Educação sexual em Portugal

A educação no âmbito da sexualidade apresenta-se como processo, que se inicia numa primeira instância junto da família e se prolonga posteriormente na escola (Nápoles, 2002). As escolas são um contexto de intervenção favorecido, porque para além de permitirem o acesso a um grande número de jovens das mais diversas faixas etárias também possibilita a introdução da educação sexual no seu projeto educativo, favorecendo a abordagem da mesma, considerando as características específicas da escola, dos seus alunos, das famílias e de toda a comunidade. Tal como refere Frade, Marques, Alverca e Vilar (2001), a importância da Educação Sexual na escola é reconhecida, por várias instituições internacionais, com interferência em diferentes campos como sendo o da cultura, o da educação, da infância, da juventude ou da saúde, e assim sendo é alvo de atenção quer da UNESCO, quer da UNICEF ou da OMS.

Em Portugal, o direito a ES foi reconhecido pela Lei n.º 3/84, de 24 de Março de 1984. Na publicação da mesma podemos ler no artigo 1 que: “O estado garante o direito à ES, como componente do direito fundamental à educação” e da mesma forma no artigo 2, podemos verificar como se propõe ser apresentada.

“Os programas escolares incluirão, de acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humanas, devendo contribuir para a superação das discriminações em razão do sexo e da divisão tradicional de funções entre homens e mulheres”.

No entanto, ao longo dos últimos anos, a ES, segundo Vaz (1996), Frade et al, (2009) e Silva (2006), foi sendo realizada de forma casual com atividades programadas pela escola com entidades como a Associação para o Planeamento Familiar (APF) e , pela colaboração existente entre as escolas e os serviços de saúde, subsistindo, assim, dependente da disponibilidade dos mesmos, não se apresentando como atividade sustentada ,contínua e efetiva capaz de ser avaliada.

Foi com o Despacho n.º 172 de 1993 do ME que se criou o Programa de Promoção e Educação para a Saúde e daí surgiram e se desenvolveram projetos no âmbito da Escola, daí também resultaram vários trabalhos, nomeadamente o documento Linhas Orientadoras para a Educação Sexual em Meio Escolar (Frade et al, 2009; Pontes, 2010). Por sua vez, o Despacho nº 15 587 (2ª série) de 1999 anuncia a criação da Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (CCPES), o Ministério da Educação (ME) apresenta-se dotado de uma estrutura competente para “garantir continuidade, consolidar e conferir carácter estrutural e permanente à promoção e educação para a saúde” (Sampaio et al., 2005)).

Numa intervenção de parceria entre ME e o Ministério da Saúde (MS), foi criado um modelo organizativo de implementação da Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar. Surge a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), modelo este que procurou dar respostas as escolas e aos centros de saúde que desenvolvam o empowerment, ou seja, a capacitação das pessoas e das comunidades para tomarem decisões e se responsabilizarem pela sua saúde (Sampaio et al., 2005; Pontes, 2010), dado ênfase ao referido por Precioso, (1992), que anuncia que, se de uma maneira geral, os comportamentos podem ser alterados através da educação, conseqüentemente algumas doenças podem ser prevenidas através da educação para a saúde.

O empowerment tem sido referido como objetivo para a Promoção da Saúde (Tones, 1995), assim como o self-empowerment, designação que o conceito adquire quando é aplicado de forma individual. (Scriven & Stiddard, 2003). Segundo Carvalho (2006), o empowerment pessoal apresenta como requisitos básicos as competências pessoais, o conhecimento e as atitudes. Esta visão de participação ativa do individuo de forma individual e em grupo, como base da promoção da saúde e da tomada de decisão, é desencandadora, por um lado, de vários programas e projetos a nível mundial com o objetivo de desenvolver políticas orientadas para a implementação de ambientes saudáveis, sustentados na ação comunitária, como as Redes de Cidades Saudáveis, as Escolas Promotoras de Saúde e a promoção de saúde no local de trabalho, e por outro, promove a participação dos cidadãos, a colaboração multissetorial e fortalece a necessidade de formar os diversos profissionais para atividades de promoção e educação da

saúde nos diversos locais, como seja nas escolas, nos ambientes de trabalho ou nos serviços de saúde (OMS, 1998).

Desta forma, o GTES apela à importância da educação sexual como fundamental na promoção de atitudes e comportamentos sexuais saudáveis, tendo em conta que tem como objetivos criar e desenvolver nos jovens atitudes e competências, contribuindo para escolhas baseadas na informação e na segurança (GTES, 2005; 2007; 2007a).

A Lei n.º 120/99, publicada em 1999, define que a implementação da ES nos estabelecimentos do Ensino Básico e Secundário (EBS) seja feita em articulação e colaboração com os serviços de saúde da respetiva área, através da execução de um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana. Nesta lei são definidos os conteúdos do programa, numa perspetiva interdisciplinar, sendo que devem os mesmos adequar-se aos diferentes níveis etários (Sampaio et al., 2005).

O Decreto-Lei nº 259/2000 em 2000 veio regulamentar a Lei nº 120/99 nas matérias relativas à organização da vida da escola, com várias medidas e aqui é reforçado a necessidade de parceria entre agentes educativos, nomeadamente entre a escola e serviços de saúde. (Sampaio et al., 2005).

“ (...) o projeto Educativo de Escola deve integrar estratégias de promoção da saúde sexual, tanto no desenvolvimento do currículo, como na organização de atividades de enriquecimento curricular, favorecer a articulação escola - família e dinamizar parcerias com entidades externas à escola, nomeadamente com o centro de saúde (...)”.

4.3 – Educação Sexual como Imperativo na Educação para a Saúde

Uma vez que a sexualidade se aprende não só através de esclarecimentos, ensinamentos ou reforços do comportamento facultados pelos diversos agentes educativos, mas também pela observação dos comportamentos e atitudes de modelos com significado para o indivíduo (Machado Vaz, 1996), é imperativo que todos os agentes educativos como parceiros se consciencializem do seu papel na educação para a sexualidade dos adolescentes, entendendo e valorizando a Educação Sexual como contributo para a formação do indivíduo em todas as dimensões, não devendo nunca, tal como refere Cortesão (1989), ser reduzida aos aspetos relacionados com a anatomia e fisiologia do ser humano e, conseqüentemente resultar em intervenções esporádicas, “avulso” dos técnicos de Saúde. Assim, tanto as atividades extracurriculares executadas de forma pontual, como as ações baseadas apenas na orientação, na transmissão de informação, na ocupação do tempo ou na procura de inculcar normas, são consideradas ineficientes (Relatório Preliminar do GTES, 2005).“ (...) Uma educação para a sexualidade não pode reduzir-se a mera informação científica sobre a morfologia e fisiologia dos órgãos genitais, mas tem que ajudar as crianças a integrar a sua sexualidade na globalidade da pessoa (Cortesão, 1989, p.17).

Também Aquilino & Bragadottir (2000) realçam a importância de não limitar a educação sexual aos aspetos físicos ou ao ato sexual em si, afirmando como fundamental uma abordagem global que insira várias dimensões, sejam elas a dimensão física, a social, a emocional ou a ética.

No entanto, tal como refere Vaz (1993), o processo de aprendizagem apresenta-se complicado, emerge a importância de alertar os diferentes agentes educativos de forma a atuar articuladamente, mobilizando saberes, competências, recursos humanos ou económicos e capacitá-los a estabelecerem um diálogo adequado e adaptado ao seu público-alvo, sem ser estereotipado, que permita respeitar a individualidade de cada aluno, centrando-se na formação dos mesmos e não na transmissão única e exclusiva de informação.

Promover a educação sexual na perspectiva de educar para a vivência de uma sexualidade consciente e responsável, deve ser o alvo de intervenção dos diferentes agentes educativos, quer da família, quer da escola, dos serviços de saúde, ou dos grupos de pares, procurando o desenvolvimento integral e satisfatório do jovem consigo próprio e com os outros, assente na componente social, ética e moral essencialmente adquirida no seio familiar, na busca do crescimento físico e psicológico equilibrado que determine escolhas responsáveis que traduzam estabilidade emocional e afetiva e promovam a saúde (Bastos 2003).

Se, por um lado, verificamos que os objetivos e estratégias de implementação da educação sexual, inserida na área da educação para a saúde sofreram a influência da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (OMS, CE, CCE, 1995), por outro, Dias (2002, p.28), também evidencia que a ES tem como objetivo principal auxiliar e apoiar os jovens durante o seu desenvolvimento, aos vários níveis, seja ao nível "(...) físico, emocional, cultural, moral e espiritual, proporcionando-lhes um clima de confiança e discernimento que lhes facilite a transição da infância para a adolescência e desta para a idade adulta. Apresenta como objetivo, da ES, no sentido dos jovens superarem as suas dificuldades, a aquisição de competências ao nível da autonomia e dos comportamentos responsáveis, visto que somente "(...) assim estarão preparados para corresponder às oportunidades, responsabilidades e experiências da vida adulta" (Ibidem, p.28). Por outro lado, é imposto aos educadores que promovam a educação para a sexualidade assente no respeito à individualidade, ou seja, assente no respeito pelos componentes singulares de cada um, sejam pessoais, familiares ou culturais.

Segundo Marques & Prazeres (2000) constam como valores básicos da educação para a sexualidade, depreender a sexualidade como fonte de prazer e de comunicação, valorizar as suas várias expressões durante o ciclo de vida, observar a realização pessoal e as relações interpessoais pela componente positiva das mesmas, promover o respeito pelo outro enquanto ser individual e diferente, respeitando-o na sua distinção e escolha, seja ela qual for, fomentando o direito de ser diferente e o direito à igualdade de oportunidades aos vários níveis, reconhecer na sexualidade, a importância da comunicação e do envolvimento afetivo nas relações, afirmar o direito a uma maternidade/paternidade, vividas de forma livre, consciente e responsável, reconhecer a autonomia, a liberdade de escolha e a informação adaptada, como aspetos fundamentais para a construção, tanto de atitudes como de comportamentos responsáveis no relacionamento sexual, por último vincular " a recusa de expressões da sexualidade que envolvam

violência ou coação, ou envolvam relações pessoais de dominação e de exploração, a promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, nas esferas sexual e reprodutiva “ (ibidem, p. 14)

Neste sentido, os agentes educativos são chamados a exercer um papel ativo, e a escola apresenta-se como local de eleição. Assim sendo, ao encontro do referido, o PNS 2004-2010 de 30 de junho (2004,p.17) preconiza no volume I:

I – Prioridades – o seguinte:

“A escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, que a intervenção da saúde escolar, dirigida ao grupo específico das crianças e dos jovens escolarizados, pode favorecer, ao mesmo tempo que complementa a prestação de cuidados personalizados” (p.17).

Referindo-se ao campo alargado da promoção e da educação para a saúde, nomeadamente, pela intervenção da saúde escolar, identifica área tão diversas como “(...) a educação alimentar, vida ativa saudável, prevenção da violência, educação para a cidadania e educação sexual e afetiva, SIDA, consumos nocivos, com destaque para o consumo excessivo de álcool, tabaco e drogas, nos diferentes níveis de ensino” (Ibidem,p.17).

No Volume II – Orientações Estratégicas – Uma Juventude à Descoberta de um Futuro Saudável – refere que os adolescentes apresentam-se como grupo ao qual devem ser dirigidas, de forma prioritária, intervenções tanto na área da saúde sexual e reprodutiva como na prevenção do IST, com a adequação e melhoria do atendimento dos adolescentes aos serviços de saúde. Refere ainda que as intervenções devem ter por base a criação de parcerias especialmente com a educação, tendo por finalidade desenvolver, junto dos adolescentes, uma abordagem integrada ao nível saúde, das atividades centradas na promoção da saúde e na prestação de cuidados (DGS, 2004). No mesmo documento (2004,p.18) pode ler-se ainda o seguinte:

“De acordo com a Convenção dos Direitos da Criança, todas as crianças e jovens devem ter assegurado o direito à vida, à saúde, à alimentação e à educação. A educação sexual pode ser entendida, portanto, como um direito que todos têm de ter uma visão positiva da sua sexualidade, ter pensamento crítico e tomar decisões responsáveis acerca da sua vida sexual dando-lhes a oportunidade de adotarem estilos de vida saudáveis.”

O enquadramento legal na área da Educação sexual vem regular e promover o desenvolvimento de atividades que norteiam a atuação dos diferentes agentes educativos. Na Lei nº120/1999 propõe-se:

(...) Conceder maior eficácia aos dispositivos legais que garantam a promoção a uma vida sexual e reprodutiva saudável, mais gratificante e responsável, consagrando medidas no âmbito da educação sexual, do reforço do acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o

combate às doenças sexualmente transmissíveis, designadamente as transmitidas pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C”.

Considerando a educação sexual a forma de prevenir e /ou modificar comportamentos, é necessário ter em conta: todos os atores envolvidos no processo de educação para a saúde, a existência dos riscos e vulnerabilidade dos jovens para os mesmos, a importância, quer das regras sociais e dos grupos de pares, quer da capacidade de aprendizagem de competências que capacitem para modificação ao nível das atitudes, comportamentos e escolhas que traduzam efetiva mudança. Hoje, atuação dos agentes educativos deve, assim, apontar para um modelo biográfico ou de desenvolvimento pessoal por se apresentar mais próximo do conceito de saúde e que desta forma visualiza a sexualidade do ponto de vista global, defendendo princípios tidos como universais, fundamentado nas declarações internacionais, designadamente na Declaração Universal dos Direitos do Homem, e também na Constituição da República Portuguesa, centrando – seno respeito pelo direito à diferença na perspetiva física, no campo dos valores, da orientação sexual, difundindo a igualdade de direitos, valorando, fundamentalmente o espírito crítico, as escolhas de forma informada e livres e o direito de oportunidades entre homens e mulheres, promovendo uma vivência da sexualidade sadia, responsável e consequentemente feliz (López & Torres (2001) citado por. Vilar e Souto, 2008).

Sendo assim, a educação sexual supõe a orientação para comportamentos adequados e corretos e, mais do que nunca, deve aliar-se ao empoderamento, remetendo-se, não só para a o fornecimento de informação mas para o dotar de competências que direcionem escolhas promotoras de saúde no indivíduo e na comunidade. A legislação considera fundamental a criação de condições favoráveis nas escolas, a intervenção da família e a intervenção da comunidade, sobretudo ao nível da criação de parcerias, em particular com o centro de saúde da área geográfica.

A educação sexual deve centralizar -se na articulação efetiva entre as Unidades de Cuidados de Saúde e a Escola e no seu contributo para a assunção de competências do adolescente face à sexualidade. Ao encontro do referido Vasconcelos (1971), evidencia a ES como possibilidade de fornecer informações dos aspetos ligados a fisiologia, mas acima de tudo “informar sobre suas interpretações culturais e suas possibilidades significativas, permitindo uma tomada lúcida de consciência” (p.111).Salienta o mesmo autor que a ES pretende demonstrar a necessidade da intervenção de parceria, suportada legalmente, possibilite a capacitação dos jovens “na escolha de comportamentos que reflitam aquisição de competências e provoquem mudanças na procura dos cuidados de saúde primários como orientadores, nomeadamente na área do planeamento familiar, promovendo ganhos em saúde a curto, médio e longo prazo” (p.111)

4.4 – Articulação entre Parceiros

Foram as várias transformações sociais que estimularam uma mudança não só no conceito de saúde, mas também no que era tido como papel da escola, fundamentalmente ensinar, e dos serviços de saúde, a quem competia cuidar.

Estas mudanças sociais ocorridas nas últimas década provocaram alterações no ponto de vista do que era a responsabilidade da família, da escola e dos serviços de saúde. Hoje, reconhecidos como parceiros, a escola e os serviços de saúde, como agentes educativos, vêm os seus campos de ação alargados e são chamados a intervir, com a comunidade local, de forma ativa, participativa, permanente e articulada, partilhando com a família a premissa de “Educar e de “Cuidar”

Os ministérios da saúde e educação assumem-se como parceiros na educação e na saúde, na comunhão dos conceitos que servem de pilar aos mesmos. A escola surge, para ambos, como campo de atuação no âmbito da promoção da Saúde.

Os documentos no âmbito da Promoção da Saúde, consideram a escola como um local excelente de difusão dos seus ideais de Promoção da Saúde, tendo em conta que, na escola a aprendizagem é gradual, reflexiva e permite aos alunos abordar os aspetos da saúde de acordo com a idade dos mesmos, de várias formas, consoante o seu percurso escolar. Da mesma forma se a aprendizagem das crianças for precoce, aprendem a valorizar a sua saúde e a dos outros, visto que ao aprenderem a respeitar o ambiente, a fazer escolhas ou a desenvolver o sentido crítico, desenvolvem sentido de responsabilidade e adquirem competências e conhecimentos que facilmente, no futuro serão cidadãos capazes de evitar comportamentos e/ou atitudes que ponham em risco a sua saúde.

O Despacho nº 12045/2006 (2ª série), expõe que o Programa Nacional de Saúde Escolar regulamenta, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, a intervenção dos profissionais nesta área. O Programa de Saúde Escolar, centrado na melhoria da saúde, quer das crianças, quer dos jovens ou restante comunidade educativa, apresenta-se com propostas de atividades ancoradas em dois fulcros principais: na vigilância da saúde, proteção da mesma e na aquisição tanto de conhecimento como capacidades e competências no âmbito da promoção da saúde.

Propõe-se que, desta forma, os projetos emergentes do Plano Nacional de Saúde Escolar, orientando-se para apoiar os currículos e trabalhar fatores de saúde relevantes, tenham em conta as prioridades nacionais emanadas para as áreas de promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos prejudiciais á saúde, dirigindo ações conjuntas entre os serviços de saúde e escola, quer para as necessidades dos alunos, quer para as práticas da escola, numa articulação evidente entre agentes de duas áreas que se completam e comungam na essência dos seus propósitos.

O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre fatores determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida, regulamentado através da Circular Normativa nº 09/DSE de 19/07/2006, também se apresenta com relevância, sendo evidente, em algumas das linhas

estratégicas deste programa, a necessidade de estabelecer a cooperação e parceria entre diferentes setores, sejam eles públicos ou não, apresentando-se aqui, entre outros, as escolas e centros de saúde. O programa fomenta uma abordagem integrada ao nível dos vários fatores de risco e de proteção de doenças crónicas que se mostram ligados aos estilos de vida. Delineia intervenções manifestamente orientadas em função do ciclo de vida e do género, dirigidas a ambientes específicos, como sejam, as escolas, os serviços de saúde, os locais de trabalho, cidades e comunidades locais. Reforça – se, ainda, a necessidade da EpS (em locais específicos tais como as escolas (DGS, 2006).

Estes dois programas vêm cimentar a importância dos serviços de saúde na Educação para a saúde, evidenciando a necessidade efetiva e de uma parceria entre estes e as escolas numa articulação local que promove a lógica de intervenções participadas resultantes do trabalho multisectorial colaborativo.

No âmbito da educação sexual também se apresenta vinculada esta ação conjunta dos agentes educativos nas Linhas Orientadoras para a Educação sexual em Meio Escolar dos Ministérios da Educação e da Saúde (2000). Assim sendo, no referido documento a implementação de programas de Educação Sexual em Meio Escolar envolve a integração de vários fatores, que vão desde a formação dos vários agentes educativos (educadores, professores, profissionais de saúde, psicólogos escolares, auxiliares da ação educativa), com o intuito de os capacitar para agirem adequadamente perante as crianças e jovens no âmbito das dúvidas ou manifestações da sua sexualidade, passando também pela certificação da abordagem pedagógica da sexualidade humana, feita em contextos curriculares e extracurriculares, ao nível dos diferentes temas inerentes à mesma. Seguem uma lógica interdisciplinar, que privilegia as características específicas da turma e coloca como prioridade as necessidades das crianças e dos jovens. Sobressai a vinculação de um trabalho de apoio às famílias, com o envolvimento destas no processo de ensino/aprendizagem e/ou promoção de atividades específicas de formação, nas quais surgem, não só como recetores mas sim, fundamentalmente, como agentes ativos, participativos e dinamizadores das mesmas, enquadrados em programas centrados em intervenções na escola, contínuos, com equipas de trabalho multisectoriais, promovendo as competências, tanto pessoais como sociais dos alunos (Relatório Preliminar do GTES, 2005). Por último, apresenta-se como necessário, através da conceção e subsistência de parcerias da escola com a comunidade, especialmente com os serviços de saúde, estabelecer mecanismos de apoio de carácter individual às crianças e jovens que assim o necessitarem (Gt-Pressé 2012).

Hoje em dia, tendo em conta a reestruturação do sistema nacional de saúde, e a criação de unidades funcionais com características bem definidas, que partilham do mesmo objetivo “ o bem-estar do utente”, mas, utilizam diferentes estratégias, vemos de forma mais clara a possibilidade de efetivar a articulação entre a escola e os serviços de saúde no âmbito da promoção da saúde e como tal na educação para a sexualidade garantindo a continua melhoria da qualidade das intervenções.

O Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro agrupou 12 centros de saúde num agrupamento de centro de saúde (ACES) que integra a Unidade Local de Saúde do Alto Minho

(ULSAM, EPE), e que é constituído por várias unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde: Unidade de Saúde Familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Esta reestruturação vem por em causa a verticalidade do sistema de saúde para dar oportunidade a prestação de cuidados executada de forma horizontal entre as instituições, promovendo autonomia das unidades e procurando aproximar os cuidados dos utentes nos mais diversos circuitos inerentes a determinada necessidade, através duma articulação coesa entre as mesmas. (Sakellerides, 2009).

Nesta reorganização, os CSP são o local por excelência de proximidade dos cidadãos, e permitem desenvolver inúmeras atividades visando ganhos em saúde a longo prazo, melhoria de gestão dos cuidados evidenciada por projetos sustentáveis e exequíveis.

As UCCs são unidades funcionais de cuidados de saúde na comunidade com vertente / intervenção psicológica e social do âmbito domiciliário e de intervenção em famílias, grupos de risco, educação para a saúde a grupos e desenvolvimento de ações “cuidativas” dirigidas em situação de dependência física e funcional. Esta unidade funcional, tem por objetivo o bem-estar dos utentes e de toda a comunidade envolvida, uma vez que estes dois atores estão obrigatoriamente ligados um ao outro, e centra a sua atenção nos grupos considerados mais vulneráveis. Atua em diferentes áreas que promovam a saúde do utente, tendo este como elemento fundamental do processo terapêutico, acreditando no empoderamento do mesmo no desenvolvimento do seu projeto de vida e na manutenção da saúde ou restabelecimento em situação de doença, que permita a sua inserção na família/sociedade como elemento funcional da mesma.

Promove uma atitude centrada no cidadão e como tal nas necessidades reais deste, tendo em conta a sua irredutível ligação ao outro, que transforma essa necessidade numa necessidade coletiva, num bem comum. Evidencia a importância da capacitação das pessoas e da sociedade, da demonstração da existência de “uma cidadania informada, interativa, responsável e capaz”, como nos refere Sakellerides (2009, p. 83).

Nesta filosofia de intervenção, existe um compromisso evidente com o profissional de saúde e restantes parceiros comunitários no processo terapêutico, sendo estes a família, a escola, a associação de pais, a autarquia ou qualquer elemento da comunidade considerado fundamental no referido processo, que permita responder as várias necessidades dos utentes nas diferentes dimensões: pessoal, familiar e social. Tem por base conceitos universais que se interligam. Estes conceitos, os sistemas sociais, a saúde, a perceção e a relações interpessoais, enquadram a filosofia da mesma, neles verificamos a nítida relação entre, a sociedade, o individuo, a saúde e a doença, como se conjugam e a importância de trabalhar esta multidimensionalidade para cada individuo. Estes conceitos e a ligação entre eles, ficam evidentes quando verificamos que os indivíduos funcionam dentro de sistemas sociais (família, escola, igreja, associação, grupo político etc.), através de relações interpessoais que estabelecem entre si, que dependem da perceção dos indivíduos, podendo desta forma ser influenciada pelas experiências do próprio, e condicionar as relações interpessoais, que são, como nos refere Pearson e Vaughan (1992, p.132) “um encontro

de diferentes expectativas, objetivos, necessidades e valores”, capaz de influir na vida e na saúde dos indivíduos.

As UCCs tomam como base estes conceitos na sua abordagem, desenvolvendo a estratégias de atuação de acordo com o mencionado. Traçam um plano de ação com intervenção em vários eixos. Desenvolvem a sua prática com o indivíduo partindo geral para o personalizado, do grupo para a pessoa, do todo para o concreto, vendo o indivíduo numa perspetiva holística, globalizante, do ser relacional, comunitário, familiar que transporta um somatório biopsicossocial.

Toda a ação seja ela de carácter formativo ou intervencional desta Unidade Funcional, é direcionada no sentido do bem-estar do indivíduo como ser integrante dum sistema micro ou macro, percutindo a realidade do mesmo, estabelecendo interação com outros indivíduos, desenvolvendo a sua atividade e tomando decisões que afetam a sua saúde e/ou a doença bem como a do próprio sistema. Centra-se no empoderamento individual e coletivo, na capacitação do indivíduo e da comunidade onde se insere, e neles e para eles desenvolve a sua atividade, em acordo com o que nos refere Tomey e Alligood (2003) num processo de interação onde se estabelecem objetivos, exploram meios e traçam estratégias para os atingir, procurando responder de forma adequada aos diferentes clientes sejam: pessoas, grupos ou comunidade, indo de encontro aquilo que está descrito nas competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária no regulamento nº128/2011 de 18 de Fevereiro.

O plano de ação das UCCs, versa por uma carteira de serviços alicerçadas no PNS de forma personalizada, domiciliária e comunitária, contendo o compromisso assistencial, esperando-se destas unidades “ (...) um desempenho cada vez mais autónomo, polivalente e flexível, inserido em equipas multidisciplinares em que o utente/cidadão participa na tomada de decisões em saúde...” (Abreu, 2007; p.250). São desenvolvidas articulações muito estreitas entre as diversas unidades, com elaboração de protocolos transversais, maximizando assim os potenciais dos profissionais de saúde coadjuvados pelas parcerias com estruturas da comunidade local (Autarquias, escolas, Segurança Social, IPSS, Associações e outras) e que são reconhecidas, como fundamentais para o processo terapêutico do utente, e indiscutivelmente importantes num processo de gestão de recursos numa perspetiva de otimização dos mesmos e procura constante de qualidade

A U.C.C acredita na importância da aprendizagem e da capacitação para a saúde tendo em conta o ambiente, podendo assim realizar-se nos mais diversos contextos, como seja a casa, a escola ou o trabalho, sustentada na articulação efetiva de parceiros. Assim sendo abraça a saúde escolar prevista no PNS, e conseqüentemente a educação para a sexualidade. Trabalha em parceria como as várias unidades funcionais, em particular com a USP e centra-se na filosofia acima referida. A saúde pública apresenta inúmeros programas e projetos que trabalham os determinantes de saúde nas várias vertentes. Estes programas, suportados em evidências científicas, apresentam no nosso Distrito reconhecimento do seu valor, qualidade e exequibilidade

Na área da educação para a sexualidade, as UCCs e as escolas, como parceiros que comungam do mesmo objetivo “educar” no sentido mais amplo da palavra, tem a oportunidade de juntamente com a Saúde Pública intervir localmente nestes programas, abraçando, na área da

educação sexual programas como o PRESSE (Programa Regional de Educação sexual em saúde Escolar).

O PRESSE apresenta-se como uma resposta na Região Norte que procura facilitar da implementação da educação sexual em meio escolar, através de medidas de intervenção que se encontram definidas ao nível regional e aplicadas a nível local. Promove um modelo de intervenção que assenta na metodologia de projeto e fomenta uma intervenção interdisciplinar. Tem como finalidade envolver, tanto nos projetos educativos como nos currículos das escolas básicas e secundárias, um programa de educação sexual organizado e apoiado de forma a ampliar os fatores de proteção e diminuir os comportamentos de risco dos alunos face à sexualidade. É desenvolvido pela Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) através do seu Departamento de Saúde Pública (DSP) em colaboração com a Direção Regional de Educação do Norte (DREN), e respectiva Coordenadora da Educação e Promoção da Saúde.

Este programa corrobora a implementação da educação sexual nas escolas, de uma forma estruturada e sustentada, abarcando o trabalho em articulado e de parceria entre os profissionais de educação e de saúde escolar, com envolvimento de toda a comunidade escolar. Apresenta-se como uma resposta que procura facilitar da implementação da educação sexual em meio escolar, englobado todos os intervenientes no processo de educar e cuidar, através de medidas de intervenção que se encontram definidas ao nível regional, passíveis de ser ajustadas localmente, segundo um modelo de intervenção que assenta na metodologia de projeto. Assim sendo apresenta-se como oportunidade, para a Educação e para a Saúde, de intervenção interdisciplinar assente no entendimento da Educação Sexual como uma importante dimensão da promoção e proteção da saúde e do processo global de educação. Promove através de uma gestão articulada, eficaz, efetiva e eficiente, garantido desta forma uma contribuição nos ganhos em saúde a médio e longo prazo.

Concluimos que hoje, mais do que nunca, a necessidade de gerir mais e melhor salienta a necessidade de união face aos problemas, nomeadamente na área da saúde. Desta forma os projetos orientados para as reais necessidades dos utentes, que traduzam ganhos e sejam sustentáveis, serão com certeza, a linha condutora da economia de saúde, mesmo existindo dificuldades, são de facto inúmeras as vantagens da organização “ por projeto” desde o melhor controlo á melhor gestão e focagem nos resultados, maior produtividade, motivação dos envolvidos e sem sombra de duvidada maior qualidade

Trabalhar a educação para a sexualidade num olhar mais vasto, que passe para lá da mesa de sala de aula, da projeção de imagens, por vezes chocantes e incomodativas, que resumem a sexualidade ao conceito biológico e higienista, e avance para a exploração plena das relações interpessoais, que pode, não só ser sustentada nos direitos da nossa constituição, como ouvida e lida na nossa musica ou literatura , sentida e partilhada entre a comunidade , discutida e analisada por todos ,apresenta-se como desafio na procura de uma vivencia da sexualidade completa e segura.

CAPITULO III – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação começa quando o investigador identifica um problema de investigação através, como refere Fortin (1999), de uma observação ou por uma certa “inquietação” em relação a um determinado domínio ou até mesmo de um conceito. (p.48).

Nesta fase pretende-se evidenciar a relevância do estudo assim como o percurso metodológico que suportou a investigação.

1 – Pertinência do estudo

A sexualidade afigura-se como fundamental no desenvolvimento saudável dos Adolescentes, apresentando-se revestida de especificidade em cada indivíduo, e influenciável pelas características inerentes ao mesmo, assim como pelo contexto social, familiar e até económico.

Esta “inquietação” que nos mobilizou e desafiou a explorar este domínio, prendeu-se com a dificuldade existente na abordagem da sexualidade juntos dos adolescentes, quer por parte dos professores, quer da família ou dos Serviços de Saúde e constante dificuldade de efetivar uma educação sexual em meio escolar. Este estudo apresenta-se, assim como oportunidade de conhecer uma realidade no âmbito do relacionamento dos adolescentes com os progenitores e a identificação dos conhecimentos, comportamentos e atitudes dos adolescentes no âmbito da sexualidade, por modo a intervir no futuro, numa ação articulada entre a família, escola e os serviços de saúde que permita, através da identificação das necessidades específicas dos mesmos, promover junto dos adolescentes a aquisição de uma atitude coerente, autónoma, responsável e positiva e consequentemente saudável. Desta forma o estudo tem por finalidade, promover a definição de estratégias efetivas e eficientes, nomeadamente no âmbito dos cuidados de saúde primários, centradas nas necessidades dos adolescentes, procurando implementar programas e atividades que respondam as mesmas, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde a médio e longo prazo.

2 – Objetivo do estudo

Os objetivos têm como propósito indicar “ o porquê da investigação”, trata-se de um” enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio da questão”. (Fortin, 1999,p.100).A mesma autora acrescenta ainda que: “Os objetivos surgem para dar resposta às questões de investigação.” (Fortin, 2009, p. 160).

Perante a justificação da pertinência do estudo, apresenta-se fundamental identificar as atitudes, comportamento e conhecimentos dos adolescentes em relação à sexualidade, bem conhecer a perceção que os adolescentes têm sobre o seu relacionamento com os pais e auscultar a opinião dos adolescentes face ao atendimento no âmbito da sexualidade, no sentido

de perceberem o seu contributo para um desenvolvimento sexual saudável. Apresentam-se, de forma resumida, como objetivos do estudo.

- Identificar conhecimentos, atitudes e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade, comparando as respostas com base no género, idade e tipo de ensino;
- Identificar o grau de comunicação dos adolescentes com os pais, comparando as respostas com base no género, idade e tipo de ensino;
- Identificar as percepções dos adolescentes face aos estilos parentais e atitudes parentais;
- Analisar as diferenças na percepções das atitudes parentais, tendo em conta as características da amostra;
- Analisar as diferenças entre a percepção das atitudes parentais, comportamentos e atitudes sexuais;
- Analisar a associação entre as atitudes sexuais e comportamentos.

3 – Desenho de Investigação

O desenho de investigação pretende especificar qual o tipo de investigação a utilizar, apresentando-a se como “ (...) plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação.” (Fortin, 1999,p.40).

3.1 – Tipo de estudo

O estudo insere-se na área da investigação de metodologia quantitativa procurando, através de números, expressar-se (Ribeiro 2010), num tipo de estudo de cariz descritivo, observacional e transversal pois consiste, como refere Fortin (1999, p.162), “ (...) em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo”, não serão manipuladas variáveis (Ibidem) e obtém a informação do estado corrente dos fenómenos, apresentando a natureza de determinada situação tal como existe num determinado momento (Abramson, 1990).

3.2 – População Alvo e Amostra

Todo estudo evidencia a necessidade de definir a população na qual será, pelo investigador, testada a questão ou questões de investigação. Segundo Fortin (2006, p. 69), a “(...) a população estudada, designada por população alvo, é um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns”, devendo constituir-se por elementos que contêm os critérios mencionados e definidos com antecedência. No estudo realizado a população alvo é os adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos de um Concelho da região norte

do pais, escolarizados, de ambos os sexos, a frequentar o ensino regular e profissional no ano letivo de 2011-2012.

Tendo em consideração o que nos refere Maroco e Bispo, (2003,p.78) na linha de sequências da investigação “Identificada a população de estudo, é finalmente preciso decidir como seleccionar e aceder aos sujeitos que vão ser de facto estudados ” (Fortin, 1999,p.204), sendo a população constituída 520 alunos, todos eles foram convidados a participar no estudo, tendo-se disponibilizado para o efeito 360 alunos.

Por forma a garantir quer a viabilidade, quer a fiabilidade do estudo, foi necessário utilizar critérios de seleção da amostra, determinando que os elementos da mesma deveriam reuni-los todos, sendo eles os seguintes:

- Os adolescentes escolarizados do concelho de Monção, distrito de Viana do Castelo
- Adolescentes solteiros, com idades compreendidas entre 15 e 19 anos
- Estar matriculado no 10º, 11º ou 12º ano;
- Adolescentes matriculados no ano escolar 2011-2012;
- Adolescentes matriculados nas escolas situadas no centro do conselho;
- Disponibilizar-se voluntariamente para participar no estudo.

Foram inquiridos 360 estudantes, tendo sido excluídos 17 uma vez que estes questionários se apresentaram numas situações incorretamente preenchidos e noutras com respostas em branco, em itens considerados fundamentais para a investigação.

Caracterização da amostra

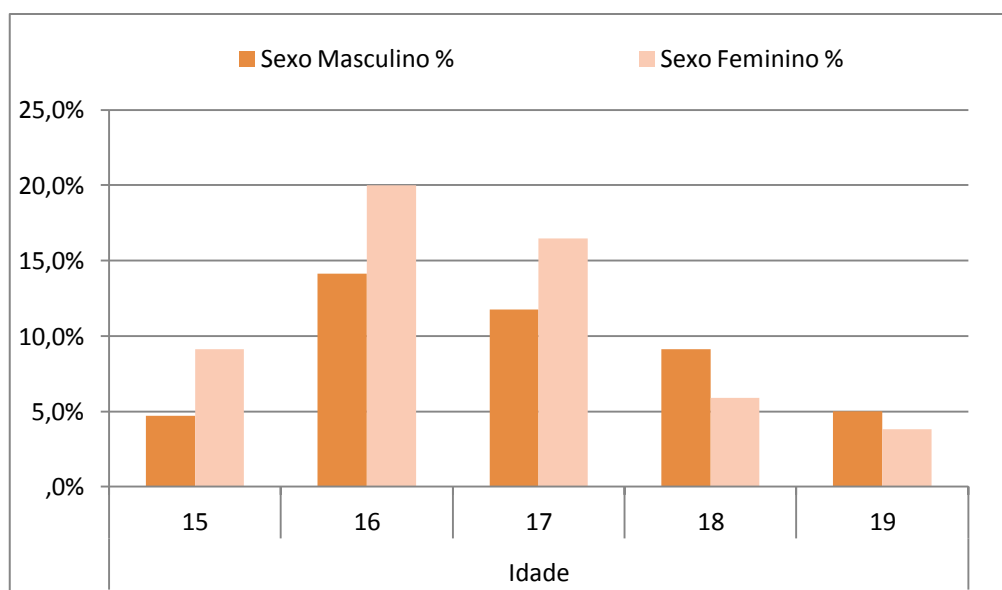
A nossa amostra é constituída por adolescentes que frequentaram o ano letivo 2011/2012, no ensino regular e profissional de escolas de um concelho do distrito de Viana do Castelo, que respeitam os critérios de inclusão. Os adolescentes têm idades compreendidas entre 15 e 19 anos, frequentarem o 10º, 11º e 12º ano de escolaridade, num total de 343 alunos inqueridos.

Através da tabela 1, podemos verificar que 55,4% dos adolescentes pertencem ao sexo feminino e 44,6% ao sexo masculino. A idade média dos adolescentes é de 16,7 anos (mínima 15 anos e máxima 19). Contribuíram para o nosso estudo os alunos do 10º, 11º e 12º ano de escolaridade do ensino regular a regular e profissional de um concelho do Distrito de Viana do Castelo. Verificou-se que 47,5% dos jovens frequentam o 10º ano, 41,7% o 11º ano, e 10,8% o 12º ano. Com distribuição de 67,1% no ensino regular e 32,9% no ensino profissional. Os alunos são provenientes de zonas centrais e mais afastadas do concelho, 46,6% residem na vila, 24,5% na zona circundante e 14,3% reside em aldeias mais afastadas da mesma, sendo que 13,7% residem fora do concelho em estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos adolescentes segundo sexo, idade, local de residência, tipo de ensino e ano escolar (n=343)

Sexo	n	%
Masculino	153	44,6
Feminino	190	55,4
Idade		
15	47	13,7
16	116	33,8
17	96	28,0
18	51	14,9
19	30	8,7
Não responde	3	,9
Local de residência		
Vila (centro)	160	46,6
Vila (arredores)	84	24,5
Vila (zonas mais afastadas)	49	14,3
Outro	47	13,7
Não responde	3	,9
Tipo de ensino		
Ensino regular	230	67,1
Ensino profissional	113	32,9
Ano Escolar		
10º ano	163	47,5
11º ano	143	41,7
12º ano	37	10,8

Conforme referido anteriormente, a média de idades é de 16,7 anos, sendo que nesta faixa etária, a percentagem de adolescentes do sexo feminino é superior ao sexo masculino conforme podemos ver no gráfico 1.

Figura 1– Distribuição dos adolescentes de acordo com a idade e género

O estado civil dos pais dos adolescentes inquiridos expressa-se na tabela 2, onde se verifica que cerca de 80% dos pais dos jovens são casados, 9% das mães e 10,5% dos pais são divorciados, 10,5% das mães e 7% dos pais são solteiros ou viúvos.

Em relação ao nível de escolaridade, constatamos que 25,4% das mães e 18,1% dos pais têm a 4ª classe, 45,2% das mães e 41,4% dos pais têm o 9º ano, 17,5% das mães e 28,9% dos pais têm o 12º ano. De referir também que, apenas 8,5% das mães e 9,6% dos pais dos adolescentes são identificadas como possuidores de um grau de ensino superior.

Tabela 2 – Distribuição dos adolescentes segundo o estado civil dos pais e nível de escolaridade dos mesmos (n=343)

Estado Civil dos pais	PAI		MÃE	
	n	%	n	%
Casado	276	80,5	272	79,3
Divorciado	36	10,5	31	9,0
Solteiro/viúvo	24	7,0	36	10,5
Não responde	7	2,0	4	1,2
Nível de escolaridade dos pais:				
Até à 4ª classe	62	18,1	87	25,4
Até ao 9º ano	142	41,4	155	45,2
Até ao 12º ano	99	28,9	60	17,5
Ensino Superior	33	9,6	29	8,5
Não responde	7	2,0	12	3,5

De acordo com o estudo efetuado, 40,8% dos adolescentes caracterizaram a *mãe* como *permissiva* e 33,5% como *firme*, no entanto, estas percentagens invertem-se em relação ao *pai*, tendo-se verificado 40,2% na característica *firme* e 27,7% em *permissivo*.

Relativamente ao sexo, à idade e ao tipo de ensino, não se verificam diferenças estatisticamente significativas perante esta variável (Teste de Mann-Whitney: Apêndice VII – quadro 1,2 e 3).

Tabela 3 – Distribuição dos adolescentes segundo a percepção dos estilos parentais (n=343)

Estilo Parental	PAI		MÃE	
	n	%	n	%
Intransigente	24	7,0	15	4,4
Dominador	30	8,7	32	9,3
Firme	138	40,2	115	33,5
Permissivo	95	27,7	140	40,8
Não responde	56	16,3	41	12,0

3.3 – Variáveis

Um estudo científico contém variáveis que estão introduzidas nos objetivos e /ou nas hipóteses. Gil (1995), apresenta o conceito de variável como sendo tudo aquilo que pode assumir distintos valores ou aspetos, tendo em conta a particularidade dos caso ou as circunstâncias em questão. Podem ser agrupadas em vários tipos. Consideram-se como variáveis dependentes as que dependem de processos que decorrem da investigação, dados que se alcançam e que modificam à medida que o investigador altera as condições de investigação, sendo desta forma, aquela variável que procuramos como resposta para a pergunta de base da investigação. As variáveis independentes serão aquelas nada dependem do procedimento, que são autónomas dos procedimentos da investigação, que não dependem da investigação, constituindo porem fatores determinantes, influenciadores, manipulados pelo investigador para observar os efeitos gerados nas variáveis dependentes (Sousa, 2005). Sendo assim foram selecionadas como variáveis as seguintes:

Caracterização da amostra

- Sexo
- Idade
- Local de residência
- Tipo de ensino
- Grau de escolaridade dos pais
- Estado civil dos pais

Relação com os pais

- Comunicação dos adolescentes com os pais sobre sexualidade
- Grau de comunicação com os pais
- Perceção dos estilos parentais
- Perceção das atitudes parentais

Conhecimentos

- Informação sobre a sexualidade
- Locais de obtenção de informação
- Fontes de informação sobre sexualidade
- A importância fonte formal de Educação sexual
- Conhecimento sobre contraceção
- Conhecimentos sobre SIDA
- Conhecimento de instituições de saúde de apoio ao adolescente no âmbito da sexualidade
- Conhecimento sobre Planeamento Familiar

Comportamentos

Comportamento face aos Consumos

- Consumo de bebidas alcoólicas
- Consumo de medicamentos e outras drogas

Comportamentos sexuais

- Idade da primeira relação sexual
- Parceiro sexual
- Utilização de preservativo
- Utilização de contraceção
- Comportamento face ao HIV
- Utilização das consultas de planeamento familiar pelos adolescentes
- Técnico a quem recorre para apoio no âmbito da sexualidade

Atitudes face à sexualidade

- Sexo ocasional/ sexo sem compromisso
- Gravidez não desejada

3.4 – Instrumento de Recolha de Dados

O investigador, tendo em conta o objetivo de estudo e às questões de investigação, deve identificar os instrumentos de recolha de dados mais direcionados e capaz de dar resposta aos mesmos. Perante a problemática, o tipo de estudo e a população, a escolha do instrumento de recolha de dados para o estudo foi o questionário de auto preenchimento e anónimos, que segundo Fortin (1999, p.248) é “ (...) um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos”, que embora não permita aprofundar, permite, ao nível dos enviesamentos, um melhor controlo (Idem). Como refere Ribeiro (2010), é frequentemente utilizado em saúde, é um dos procedimentos metodológicos mais utilizados no estudo das relações pessoais e em determinadas situações é a única forma de aceder a condutas íntimas, nomeadamente às atitudes sexuais (Clark & Reis, 1988; Brehm, 1992).

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo foi elaborado após a consulta de vários estudos neste âmbito e nesta metodologia, nomeadamente tendo o estudo de “ Sexualidade na Adolescência” de Sousa (2000) e no estudo Ramos et al (2008) “Atitudes, Comunicação e Comportamentos Face à Sexualidade Numa População de Jovens em Matosinhos”, após serem pedidas as referidas autorizações para o efeito. Assim sendo, consta de um questionário de autopreenchimento, constituído por diferentes partes: Numa primeira parte incluem-se as variáveis sociodemográficas para caracterização do adolescente e dos pais.

A segunda parte consta, do Inventário de Percepções Juvenil ou Youth Perception Inventory (YPI), elaborado por Streit (1978) e adaptado por Fleming (1993) para o estudo de um grupo de 994 jovens dos 12 aos 19 anos, escolarizados, a fim validar o instrumento para a população portuguesa.

O YPI permite avaliar a percepção das atitudes parentais do adolescente quanto a quatro dimensões: *Autonomia*, *Amor*, *Controlo* e *Hostilidade*, permite assim avaliar a percepção que o adolescente tem, quer da qualidade quer da intensidade da relação estabelecida com os seus pais nas respetivas dimensões. Desta forma, a dimensão de *Amor* e *Hostilidade* remetem para a qualidade afetiva da relação com os pais com base em conceitos como a proteção, calor afetivo, frieza emocional e a rejeição (parcial ou total). Por outro lado, as dimensões *Autonomia* e *Controlo* remetem para a observação das práticas educativas, com base em conceitos, como seja, o autoritarismo, indução e punição” (Vaz, 2011)

O presente estudo utilizou a tradução portuguesa constituída pelos 63 itens, sendo distribuídos pelas diferentes dimensões da seguinte forma: dimensão *Amor* (Fator 1- 30 itens), dimensão *Hostilidade* (Fator 2 – 17 itens), dimensão *Controlo* (Fator 3 – 10 itens) e por último dimensão *Autonomia* (Fator 4 – 6 itens). A escolha da resposta apresenta como opções: – *Mãe e Pai*, *Só Mãe*, *Só Pai*, *Nem Mãe Nem Pai* – procurando apurar aquela que mais se aproxima do modo como o adolescente percebe que é tratado. Os índices das quatro dimensões: *Amor*, *Hostilidade*, *Autonomia* e *Controlo* são auferidos pelo somatório dos pontos atribuídos aos itens que compõem as diferentes dimensões, sendo que a presença de um alto nível em qualquer uma delas, apresenta a concordância das figuras parentais nas suas atitudes (Vaz, 2011).

Tendo por base Fleming (1993), o score em cada um das dimensões: *Amor*, *Hostilidade*, *Autonomia* e *Controlo*, resulta do número de respostas dadas em todos os itens de cada dimensão, dividido pelo número de itens que compõem cada uma delas, multiplicando o resultado obtido pela constante 100. Tal como no estudo do mesmo autor, na pontuação, procedeu-se a atribuição de:

“um peso maior à resposta dada na categoria "Ambos os Pais" do que à resposta dada nas categorias "Só Mãe" ou "Só Pai", na proporção de 2:1. Obtém-se assim para cada dimensão um intervalo de pontuação que vai de 1 a 200, sendo que, quanto maior for o valor do score maior a intensidade de percepção nessa dimensão. Por outras palavras, um sujeito com um score de percepção 200 numa dimensão, terá respondido a todos os itens que compõem esse fator e sempre na categoria "Ambos os Pais"; terá portanto a intensidade máxima de percepção (Fleming, 1993, p.353)

Para os 63 itens do YPI, o Alpha de Cronbach obtido é de 0,941 (Apêndice XXXVIII-quadro 1) o que indica um elevado nível de consistência interna da escala para este estudo, uma vez que, segundo Ribeiro (1999), uma boa consistência interna deve ultrapassar um Alpha de 0,80, sendo no entanto aceitáveis valores acima de 0,60.

Da mesma forma, o Alpha Cronbach foi calculado para as diferentes dimensões, *Amor* (0,947), *Hostilidade* (0,942), *Controlo* (0,798) e *Autonomia* (0,681), revelando também uma boa consistência ao nível das subescalas (Apêndice XXXVIII-quadro 1).

O Alpha Cronbach obtido neste estudo, é superior em todas as dimensões, quando comparado com o estudo de Vaz (2011), onde os resultados obtidos foram, *Amor* (0,945), *Hostilidade* (0,882), *Controlo* (0,780) e *Autonomia* (0,651) (Apêndice XXXVIII-quadro 1).

O instrumento elegido para medir atitudes sexuais em jovens, foi o Inventário Psicosssexual (IP).

“(…), o Inventário Psicosssexual de Snyder, Simpson e Gangestad (1986; para a versão portuguesa, cf. Alferes, 1997), que entre outros itens, inclui oito escalas de 9 pontos relativas às atitudes sexuais. Com base nestas escalas, os autores constituíram dois índices atitudinais: a) atitude e face ao sexo sem compromisso (dois itens) e b) atitude face ao sexo ocasional (seis itens)” (Alferes, 1999, p. 140).

Este inventário já foi aplicado em vários estudos por diferentes autores nomeadamente por Ramos (1999), Sousa (2000), e Vaz (2011) e demonstrou ser adequado para medir atitudes sexuais em jovens. Como refere Vaz (2011), foram constituídos dois índices atitudinais “*atitudes face ao sexo sem compromisso*” (dois itens) 1 e 6, cujo somatório varia entre 0 e 16 e “*atitudes face ao sexo ocasional*” (seis itens) 2, 3, 4, 5, 7 e 8, com somatório que vai de 0 a 48”. As afirmações do Inventário Psicosssexual apresentam alternativas de respostas que variam entre 1, e 9, correspondendo ao “*completamente em desacordo*” e “*completamente de acordo*”, respetivamente. Os números entre os opostos, são graus intermédios de acordo. Em termos de procedimentos de cotação, executou-se uma recodificação, passando as alternativas de resposta a variar entre 0 e 8 pontos, sendo que três dos itens se apresentam invertidos (4, 5 e 6).

Para os 8 itens do IP, o Alpha de Cronbach obtido foi de 0,884 (Apêndice XXXVIII-quadro 2) o que indica um elevado nível de consistência interna da escala para este estudo, superior quando comparado com o Alpha de Cronbach obtido por Vaz (2011) (0,867).

Foram incluídas ao longo do questionário, questões que permitem conhecer a comunicação dos adolescentes com os pais e pares no âmbito da sexualidade e questionado o consumo de álcool e outras drogas, tendo por base a influência ambos que podem ter nos comportamentos sexuais dos adolescentes.

Também se incluem no questionário questões sobre a educação sexual formal, com o objetivo de obter do adolescente a sua opinião sobre o grau e contributo da mesma para a vivência da sua sexualidade, e sobre a fonte dos conhecimentos obtidos nesta área. Apresentam-se outras questões que permitem de formal global identificar conhecimentos, comportamentos, e atitudes em relação à sexualidade

3.5 – Procedimentos

Tendo por objetivo avaliar se as questões do instrumento de recolha de dados (questionário), se apresentam explícitas, e verificar o grau de compreensão das mesmas (Quivy e Campenhout,1992) foi aplicado um pré-teste a 25 alunos com as características da amostra do estudo no Agrupamento de Escolas de Melgaço, no dia 23 de Março, de 2012, após o qual se verificou como necessário a alteração/reformulação de duas questões e introdução de outras duas. O tempo médio de preenchimento do pré-teste foi de aproximadamente (30) trinta minutos para cada questionário.

Foi formalmente requerida a autorização às duas instituições de ensino em estudo, de forma pessoal e por autorização escrita, tendo a mesma sido concedida.

Todo o processo de colheita de dados decorreu no 3º período, entre Maio e Junho do ano letivo de 2011/2012, tendo sido os questionários aplicados em contexto de sala de aula pelo investigador, com a colaboração dos professores da escola.

O procedimento utilizado para sistematizar e realçar a informação obtida pelos dados encontrados, consistiu na utilização de técnicas de estatística descritiva e inferencial. Foram determinadas medidas de tendência central e medidas de dispersão para a análise descritiva, procurando como refere Maroco & Bispo (2005) “ resumir e apresentar os dados observados, através de quadros, gráficos ou índices numéricos que facilitem a sua interpretação “ (p.21).

Para a estatística inferencial analisaram-se as diferenças tendo por base o sexo, a idade e o tipo de ensino.

Com o objetivo dos dados recolhidos serem tratados, recorreu-se a técnicas estatísticas adequadas ao estudo em questão, tendo em consideração as variáveis quanto à escala de medida. Foram ainda utilizados o teste de Qui-Quadrado, o teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskall-Wallis e a análise de correlação de Spearman. Foi utilizado um nível de significância 5% ($p \leq 0,05$). Como suporte informático recorreu-se ao programa de estatística Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17,0 for Windows.

Na investigação, a preocupação com as questões éticas é primordial, Fortin (1999, p.113) refere que “ Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas”. Como tal esta deve ser conduzida no sentido de jamais ultrapassar um limite, “ (...) este limite refere-se ao respeito pela pessoa e á proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano”. O presente estudo garantiu o anonimato, confidencialidade sobre os dados recolhidos, foi solicitado o consentimento informado e foram pedidas as autorizações consideradas fundamentais, nomeadamente aos Encarregados de Educação, professores e Conselho Diretivo das Escolas onde decorreu o estudo, assim como explicada a finalidade do mesmo a todos os intervenientes.

CAPITULO IV – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Procede-se neste capítulo à apresentação dos resultados tendo em conta os objetivos da pesquisa realizada, sendo que apresentar dados “ (...) consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustram os principais dados obtidos com as diferentes análises utilizadas” (Fortin, p.329).

Procedeu-se a avaliação da normalidade de distribuição da amostra, através do teste de Kosmorove-Smirnoffn. Os valores obtidos não corresponderam aos critérios para uma distribuição normal.

1 – Grau de comunicação com os pais

Querendo conhecer a relação estabelecida entre os adolescentes e os pais, questionaram-se os adolescentes quanto ao grau de comunicação entre os mesmos.

A tabela 4 expressa uma percentagem de 87,2% de jovens que referem ter uma relação Boa ou Muito boa com a *mãe*, sendo que esta percentagem diminui para 72% quando se referem ao *pai*. A mesma tabela expressa uma comunicação Regular ou Suficiente para 10,2% dos jovens em relação à *mãe* e 19,5% em relação ao *pai*. A comunicação insuficiente entre os adolescentes com os pais é pouco expressiva, quer seja com o *pai*, quer seja com a *mãe*, verificando-se valores inferiores a 5% para ambos os casos.

Na comunicação com os progenitores, verifica-se que a comunicação dos adolescentes com a *mãe* é considerada da mesma forma entre rapazes e raparigas, tendo-se verificado a mesma evidência em relação à comunicação dos adolescentes com o *pai*. Em relação à idade e tipo de ensino também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas para o grau de comunicação com o *pai* e *mãe* (Apêndice II – quadro 1, 2 e 3).

Tabela 4 – Distribuição dos adolescentes conforme o grau de comunicação com os progenitores (n=343)

Grau de comunicação	Mãe		Pai	
	n	%	n	%
Boa / Muito boa	299	87,2%	247	72,0%
Regular / Suficiente	35	10,2%	67	19,5%
Insuficiente	4	1,2%	15	4,4%
Não responde	5	1,5%	14	4,1%

De acordo com a tabela 5, os adolescentes demonstraram maior abertura para comunicar sobre sexualidade com a *mãe* (54,5%), do que com o *pai* (31,2%), em relação a questão *Se não, porquê*, constatamos que na maioria das situações não existem conversas sobre assuntos de sexualidade com os filhos por estes acharem que os pais têm vergonha de falar sobre o assunto ou por acharem que simplesmente não é assunto para falarem com os pais.

De referir que se observaram diferenças estatisticamente significativas na questão *Conversas sobre assuntos como a sexualidade com a mãe* e o sexo (qui-quadrado=8,146; gl 1; sig.0,004) (apêndice III-quadro 1). Da análise dos resultados observa-se maior proporção de alunos que conversam com a *mãe* sobre assuntos de sexualidade no grupo de adolescentes do sexo feminino (62,9%), enquanto nos adolescentes do sexo masculino o valor observado é de 47.3% (apêndice IV-quadro 1).

Observaram-se também diferenças estatisticamente significativas na questão *Conversas sobre assuntos como a sexualidade com o pai* e o sexo (qui-quadrado=6,229; gl 1; sig.0,013) (apêndice III-quadro 2). Verificamos maior proporção de alunos que conversam com o *pai* sobre assuntos de sexualidade entre os adolescentes do sexo masculino (40,6%), enquanto nos adolescentes do sexo feminino o valor observado é de 27,4%, de salientar que neste caso 72,6% das raparigas não conversam com o *pai* sobre sexualidade (apêndice IV-quadro 2).

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e a idade (apêndice V-quadro 1 e 2) e com o tipo de ensino (apêndice VI-quadro 1 e 2).

Tabela 5 – Distribuição dos alunos segundo a comunicação com os pais (n=343)

Conversas sobre assuntos como a sexualidade com:	Pai		Mãe	
	n	%	n	%
Sim	107	31,2	187	54,5
Não	215	62,7	147	42,9
Não responde	21	6,1	9	2,6
Se não, porquê?				
Não é assunto para discutir com o pai/mãe	69	32,1	53	36,1
Têm vergonha em falar no assunto	74	34,4	42	28,6
Ele(a) não responde	4	1,9	4	2,7
Ele(a) evita falar sobre sexo	10	4,7	8	5,4
Outro	35	16,3	26	17,7
Não responde	23	10,7	14	9,5
Total	215	100	147	100

2 – Percepção das atitudes parentais

Youth Perception Inventory (YPI)

No presente estudo foi utilizada a tradução portuguesa do YPI, constituída pelos 63 itens, resultante dos resultados obtidos por Fleming (1993). Estes itens encontram-se divididos segundo as diferentes dimensões da seguinte forma: *Amor* (30 itens), *Hostilidade* (17 itens), *Controlo* (10 itens) e *Autonomia* (6 itens).

Seguindo Fleming (1993), a partir dos scores obtidos em cada dimensão, considerámos uma medida de Intensidade de Percepção (IP), dividida em três níveis: *Fraca*, *Moderada* e *Alta*. Na primeira o valor do score situa-se numa pontuação que varia entre 1 e 70, na segunda o valor do score situa-se entre 70 e 140 e na última o valor do score compreende as pontuações entre 140 e 200.

Da análise dos valores das distribuições dos scores obtidos (média, desvio padrão, mediana e moda) em cada uma das percepções, no total da amostra (n=343), na tabela 6, verificamos que os adolescentes têm uma percepção média de *Autonomia* (média=95,6), *Amor* (média=138,79) e *controlo* (média=132,7) em oposição a uma percepção baixa de *Hostilidade* (média=42,1).

Tabela 6 Média, Desvio Padrão, Mediana e Moda para cada uma das dimensões da Percepção das atitudes parentais

Dimensão	M	DP	Me	Mo
Autonomia	95,6	52,4	100,0	66,7
Amor	138,0	46,5	151,7	100,00a
Controlo	132,7	46,9	140,0	100,0
Hostilidade	42,1	49,1	23,5	0,0

Relativamente à percepção que os adolescentes do nosso estudo têm do seu relacionamento com os progenitores, constatamos nas diferentes dimensões (tabela 7), face a um alto grau de intensidade de percepção, valores mais elevados, nas dimensões *Amor* e *Controlo* (valor de IP=58,3% e 50,1% respetivamente), face aos valores mais baixos verificados para a *Autonomia* (Valor de IP=18,4%) e bem mais baixos para a *Hostilidade* (IP=6,7%). Podemos, desta forma, referir que os resultados parecem expressar que, estes adolescentes, consideram que os pais adotam um estilo parental assente no exercício de autoridade, valorizando o comportamento baseado na disciplina, mas executado num ambiente onde se verifica a presença de amor e afeto (Rodrigues & Dias,2009)

Tabela 7 – Distribuição percentual dos sujeitos em função da Intensidade de Percepção para cada dimensão do YPI

Dimensão	Intensidade de Percepção			
	Fraca %	Moderada %	Alta %	Não responde %
Autonomia	37,6	39,1	18,4	5,0
Amor	8,2	32,9	58,3	,6
Controlo	7,3	41,7	50,1	,9
Hostilidade	80,5	11,7	6,7	1,2

3 – Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos face à Sexualidade

Conhecimento

Pela tabela 8, podemos constatar que dos 240 (70%) alunos que responderam afirmativamente, 84,6% responderam que quando conversam sobre sexualidade na escola fazem-no com os amigos. Quanto aos que responderam negativamente, 29,4% referem que é porque não gostam de falar sobre o assunto.

Procurando saber como os adolescentes adquirem o conhecimento na área da sexualidade, questionamos os hábitos de conversas sobre a sexualidade na escola

Para a questão: *Costumas conversar com alguém na escola sobre sexualidade* apenas se observaram diferenças estatisticamente significativas quando comparada com o sexo (qui-quadrado=9,593; gl 1; sig.0,002) (Apêndice VIII-quadro 1). Da análise efetuada observa-se maior proporção de alunos que conversam com alguém na escola sobre sexualidade no grupo de adolescentes do sexo feminino (77,2%), enquanto nos adolescentes do sexo masculino o valor observado é de 61.8% (Apêndice IX - quadro 1).

Tabela 8 – Distribuição dos adolescentes de acordo com a comunicação sobre sexualidade na escola (n=343)

Costumas conversar com alguém na escola sobre sexualidade?	n	%
Sim	240	70,0
Não	101	29,4
Não responde	2	0,6
Se sim, com quem? (n=240)		
Amigos	203	84,6
Namorado (a)	10	4,2
Pais	4	1,7
Professores	8	3,3
Não responde	9	3,8
Toda a gente	6	2,5
Se não, porquê? (n=101)		
Não gostas de falar sobre o assunto	37	36,6
Tens vergonha	15	14,9
Não sabes o que dizer	13	12,9
Outro	17	16,8

Através da questão *Consideras que a informação que possuis sobre sexualidade*, verificamos que 86,9% dos adolescentes do estudo mencionam que a informação que possuem sobre sexualidade é muito Boa ou Muito Boa, 12,8% Regular ou suficiente e classificam a informação sobre sexualidade como insuficiente apenas 0,3% dos adolescentes.

Não existem diferenças estatisticamente significativas para esta variável, quando cruzada com o sexo, idade e tipo de ensino (Teste de Mann-Whitney: Apêndice X – quadro 1,2 e 3). Quanto à informação recebida e onde foi obtida, 87,8% refere ter sido na escola, seguindo-se a Internet com 51% e Família com 47,7%.

A tabela 9, permite ainda verificar que a maioria dos jovens refere obter a informação através dos colegas (50,4%) seguida dos meios de comunicação, com 21,9% para a televisão/Internet.

Tabela 9 – Distribuição dos adolescentes segundo o tipo de informação que consideram ter de onde foi obtida e por quem foi transmitida (n=343)

Tipo de informação sobre sexualidade	n	%
Boa / Muito Boa	298	86,9
Regular / Suficiente	44	12,8
Insuficiente	1	0,3
Local de obtenção de informação sobre sexualidade		
Centro de Saúde	112	32,7
Escola	301	87,8
Família	164	47,8
Internet	175	51,0
Não responde	10	3,0
Obtiveste a informação que tens sobre a sexualidade através de:		
Colegas	173	50,4
Livros	28	8,2
Professores	14	4,1
Psicólogos	9	2,6
Televisão/Internet	75	21,9
Médico (a)	15	4,4
Enfermeiro (a)	22	6,4
Outro	3	0,9
NÃO RESPONDE	4	1,2

Conhecimentos sobre serviços de apoio

Constatou-se que 78,4% dos adolescentes sabem onde recorrer para obter informação sobre sexualidade ou resolver um problema nesse domínio (tabela 10).

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e a faixa etária, no entanto, quando comparamos esta variável com o sexo e tipo de ensino, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas (qui-quadrado=7,234; gl 1; sig.0,007) para o sexo (apêndice XI-quadro 1) e (qui-quadrado=10,872; gl 1; sig.0,001) para o tipo de ensino (apêndice XI-quadro 3). Observamos que existe dentro do grupo de adolescentes do sexo feminino uma maior percentagem de jovens que conhecem este tipo de serviços (87%), face ao grupo dos rapazes dentro do qual verificamos este conhecimento em 75,5% (apêndice XII-quadro 1). Em relação ao tipo de ensino, existe uma maior percentagem de respostas positivas no grupo de alunos do ensino regular (86,9%) do que no ensino profissional (72%) (apêndice XII-quadro 2)

Os serviços referidos pelos 78,4% dos adolescentes que afirmam conhecer, foram em primeiro lugar o Centro de Saúde com 76,2%, e em segundo lugar o GAIA (gabinete de apoio e informação ao aluno) com uma percentagem de 10,8%.

Tabela 10 – Distribuição dos adolescentes segundo o conhecimento acerca dos serviços de obtenção de informação sobre sexualidade (n=343)

Conheces algum serviço onde podes obter informação sobre sexualidade ou para resolver alguma dificuldade neste domínio?	n	%
Sim	269	78,4
Não	59	17,2
Não responde	15	4,4
Total	343	100
Se sim, qual?		
ASPF	1	0,4
Centro de Saúde	205	76,2
GAIA	29	10,8
Internet	2	0,7
Médica de família	2	0,7
Meus pais	1	0,4
Sexualidade em linha	1	0,4
Não responde	28	10,4
Total	269	100

Conhecimentos sobre contraceção

No que respeita ao conhecimento que têm acerca da contraceção, nomeadamente de algum método que evita uma gravidez indesejada e os protege de uma IST, 77,8% afirma que sim, sendo que destes (n=267), 88,4% dão como resposta o preservativo. (tabela 11)

Existem diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e o sexo (qui-quadrado=11,196; gl 1; sig.0,001). (Apêndice XIII – quadro 1). Dentro do grupo dos adolescentes do sexo feminino, verifica-se um maior número de jovens que conhecem os métodos de contraceção (76.3%), face ao grupo dos rapazes, em que este conhecimento só se verifica em 59.5% (apêndice XIV – quadro 1).

Verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e a faixa etária (qui-quadrado=23,262; gl 1; sig.0,000). (Apêndice XIII – quadro 2). Verifica-se que existe uma maior percentagem de conhecimentos corretos nos alunos mais jovens (75,7%) face a uma percentagem de 47,6% para os adolescentes com mais idade (apêndice XIV - quadro 2).

Em relação ao tipo de ensino também se verificaram diferenças estatisticamente, (qui-quadrado=43,995; gl 1; sig.0,000). (Apêndice XIII – quadro 3). Face ao tipo de ensino, observamos uma maior percentagem de adolescentes com conhecimentos correto no grupo de jovens pertencentes ao ensino regular (80.4%), do que, no grupo do ensino profissional, onde só se verifica uma percentagem de 45.1% (apêndice XIV-quadro 3).

Tabela 11 – Distribuição dos alunos segundo o conhecimento do método de contraceção que evita gravidez e IST (n=343)

Conheces algum tipo de método contracepivo que simultaneamente evita a gravidez e algumas doenças sexualmente transmissíveis?	n	%
Sim	267	77,8
Não	55	16
Não responde	21	6,1
Se sim, Qual?		
Implante	1	0,4
Pilula	3	1,1
Preservativo	236	88,4
Preservativo, DIU	1	0,4
Preservativo/Pilula	10	3,7
Sexo anal	1	0,4
Não responde	15	5,6
Total	267	100

Conhecimentos relativos à SIDA

Relativamente à SIDA, verificamos que os adolescentes inquiridos têm conhecimentos acerca das vias de transmissão do VIH, no entanto, verificamos que alguns adolescentes ainda apresentam falsas crenças em relação ao tema.

Analisando as respostas corretas e incorretas obtidas, verificamos que existe uma grande percentagem de jovens que ainda apresenta dúvidas quanto às vias de transmissão do VIH. A percentagem de falsas crenças nesta área é muito alta (95,6%) (Apêndice XVI - quadro 1), demonstrando-se pertinente manter a transmissão de informação face à mesma.

Tabela 12 Distribuição dos adolescentes segundo os conhecimentos das vias de transmissão do VIH, (n=343)

Responde se se contrai (apanha) a SIDA através das seguintes situações:	Nunca		Talvez		Sempre	
	n	%	n	%	n	%
Saliva	212	61,8	79	23,0	19	5,5
Sangue	10	2,9	24	7,0	293	85,4
Lágrimas	276	80,5	30	8,7	6	1,7
Picada de mosquito	128	37,3	133	38,8	56	16,3
Casa de banho	145	42,3	129	37,6	41	12,0
Piscinas públicas	206	60,1	92	26,8	15	4,4
Seringas	4	1,2	41	12,0	282	82,2
Esperma	21	6,1	56	16,3	242	70,6
Lâminas de barbear	26	7,6	104	30,3	195	56,9
Beijos	229	66,8	72	21,0	16	4,7
Abraços	295	86,0	17	5,0	5	1,5
Copos	211	61,5	86	25,1	20	5,8

Conhecimento sobre planeamento familiar

Pela tabela 13, constatamos que para a maioria dos adolescentes inquiridos sobre o significado de *planeamento familiar* atribuí ao mesmo, vários significados, verificando a abrangência do conceito. No entanto, daqueles que apenas atribuíram um significado, por ordem de maior percentagem encontramos assinalados os itens: *Ajuda para uma vida sexual saudável* (15,5%), *controle de natalidade* (8,5%) *prevenção de doenças Sexualmente transmissíveis* (4,4%). É de salientar a baixa percentagem de respostas atribuídas pelos jovens ao *tratamento de infertilidade*.

Tabela 13 Distribuição dos adolescentes segundo a atribuição de significado ao planeamento familiar (n=343)

Para ti, planeamento familiar significa	n	%
Prevenção de doenças Sexualmente transmissíveis	15	4,4
Forma de evitar a gravidez	8	2,3
Ajuda para uma vida sexual saudável	53	15,5
Informação de métodos contraceptivos	3	0,9
Tratamento de infertilidade	1	0,3
Controle de natalidade	29	8,5
Vários	217	63,3
Não responde	17	5

Educação Sexual

Dada a importância da aquisição dos conhecimentos através da educação formal, procurou-se conhecer a opinião dos adolescentes acerca da importância da educação sexual em meio escolar. Verificamos que 93,3% de respostas à pergunta *Consideras importante a existência de educação sexual na escola?* foram *sim* (Tabela 14).

Existem diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e o sexo (qui-quadrado=6,107; gl 1; sig.0,013). (Apêndice XVII – quadro 1). A análise permite verificar que dentro do grupo de jovens do sexo feminino uma maior percentagem de jovens que respondem positivamente (54,4%) do que rapazes (40,2%) (apêndice XVIII-quadro 1).

Verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e a faixa etária (qui-quadrado=5,087; gl 1; sig.0,024). (Apêndice XVII – quadro 2). Observamos uma maior proporção de respostas “sim” no grupo de alunos com idade menor ou igual a 16 anos (97.5%), face ao grupo de alunos com idade maior ou igual a 17 anos (Apêndice XVIII-quadro 2).

Em relação ao tipo de ensino, também se verificaram diferenças estatisticamente para esta variável (qui-quadrado=4,586; gl 1; sig.0,032). (Apêndice XVII – quadro 3). Constatamos que 96,1% dos alunos pertencentes ao ensino regulares ponderam “sim” face a uma percentagem (90,9%) nos alunos do ensino profissional (apêndice XVIII-quadro 3).

Tabela 14 – Importância da educação sexual na escola (n=343)

Consideras importante a existência de educação sexual na escola?	n	%
Sim	320	93,3
Não	18	5,2
Não responde	5	1,5

3.1– Atitudes

Inventário Psicossexual (IP)

O instrumento elegido para medir atitudes sexuais dos adolescentes em estudo, foi o Inventário Psicossexual (IP).

Este inventário já foi aplicado em vários estudos, nomeadamente em Vaz (2011), e demonstrou ser adequado para medir atitudes sexuais em jovens. Apresenta oito itens numa escala de nove pontos referentes às atitudes sexuais, sendo que: traduzem dois índices atitudinais *atitudes face ao sexo com compromisso* (dois itens) 1 e 6, cujo somatório varia entre 0 e 16 e *atitudes face ao sexo ocasional* (seis itens) 2, 3, 4, 5, 7 e 8, com somatório que vai de 0 a 48”.

As afirmações do Inventário Psicossexual contêm alternativas de respostas variáveis entre 1, e 9, que correspondentes ao *completamente em desacordo* e *completamente de acordo*, respetivamente e os números entre os opostos, são graus intermédios de acordo. Em termos de procedimentos de cotação procedeu-se a uma recodificação de 0 a 8, sendo que três dos itens são invertidos (4, 5 e 6). A análise da tabela 15 permite verificar que perante esta escala, os adolescentes apresentam valores médios baixo, com apenas 2,36 para o *sexo ocasional* e 3,26 para o *sexo sem compromisso*, o que revela estarem em desacordo este tipo de atitude.

Relativamente ao sexo, existem diferenças estatisticamente significativas na análise das duas subescalas, ($Z=10,981$; sig. 0,000) para a subescala *Sexo Ocasional* e ($Z=8,425$; sig. 0,000) para a subescala *Sexo sem Compromisso* (Apêndice XIX - quadro 1). Sendo que podemos verificar que as raparigas são menos favoráveis ao *Sexo Ocasional* e *Sexo sem Compromisso* do que os rapazes (Apêndice XX - quadro 1).

Face à idade, também foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na análise das duas subescalas, ($Z=2,604$; sig. 0,009) para a subescala *Sexo Ocasional* e ($Z=3,075$; sig. 0,002) para a subescala *Sexo sem Compromisso* (Apêndice XIX - quadro 2). Sendo que podemos verificar que os adolescentes com menos de 18 anos são menos favoráveis ao *Sexo Ocasional* e *Sexo sem Compromisso* do que os restantes (Apêndice XX - quadro 2).

Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na análise das subescalas tendo em conta o tipo de ensino, desta forma observamos para a subescala *Sexo Ocasional* ($Z=4,763$; sig. 0,000) e ($Z=4,775$; sig. 0,000) para a subescala *Sexo sem Compromisso* (Apêndice XIX - quadro 3). Podemos constatar que os adolescentes do ensino regular são menos

favoráveis ao *Sexo Ocasional* e *Sexo sem Compromisso* do que os adolescentes do ensino profissional (Apêndice XX - quadro 3).

Tabela 15 – Distribuição dos adolescentes face à escala de atitudes sexuais. Subescalas Sexo sem Compromisso (n=331) e Sexo Ocasional (n=327)

	Subescala de sexo sem compromisso	Subescala de sexo ocasional
Não responde	12	16
M	3,26	2,36
DP	2,58	2,07
Me	3,00	1,83
Mo	,00	,00

Atitudes face à gravidez

Quando questionados sobre *o que farias se a rapariga com quem anda ficasse grávida* ou *se a sua parceira ficasse grávida*, a distribuição das respostas dos adolescentes do sexo masculino ou feminino, pelos diferentes itens da questão revela que a maioria escolhem varias respostas, com 24,8% para os rapazes e 44,9% para as raparigas. No entanto aqueles que optam pela resposta única nos itens mais assinalados são *discutiam o assunto com a companheira no caso dos adolescentes do sexo masculino (6,4 %)* e *Assumia o filho mas não casava juntamente com o item casava (6%)* para os adolescentes do sexo feminino

Verifica-se que face ao recurso ao aborto é ligeiramente superior nos adolescentes do sexo masculino (2,3%), sendo que nas adolescentes do sexo feminino obtemos para esta resposta (2,0%).

Tabela 16 – Distribuição dos adolescentes face as questões “ o que faria se a rapariga com quem andas ficasse grávida” e “ que farias se ficasses grávida” (n=343).

O que farias se a rapariga com quem anda ficasse grávida?	n	%
Discutia o assunto com ela	22	6,4
Pedia ajuda aos pais	6	1,7
Pedia ajuda ao médico / enfermeiro	1	,3
Sugeria o aborto	8	2,3
Assumia o filho mas não casava	11	3,2
Casava	4	1,2
Não sabe	10	2,9
Outra	4	1,2
Várias	85	24,8
Não responde	192	56,0
O que farias se ficasses grávida?		
Discutia o assunto com o companheiro	11	3,2
Pedia ajuda aos pais	4	1,2
Pedia ajuda ao médico / enfermeiro	1	,3
Sugeria o aborto	7	2,0
Assumia o filho mas não casava	2	,6
Casava	2	,6
Não sabe	12	3,5
Outra	3	,9
Várias	154	44,9
Não responde	147	42,9

4 – Comportamentos

Comportamentos face à sexualidade

Pela tabela 17, verificamos que 81,0% dos adolescentes referem estar Satisfeitos ou Muito Satisfeitos com a sua sexualidade. A percentagem de jovens que indica estar pouco satisfeitos é 3,2% e insatisfeitos (9%) é pouco representativa, embora o seu total (12,2 %) mereça ser tido em consideração. De salientar que 14,3% dos adolescentes não sabe responder á questão

Verificou-se que a maioria (90,7%) dos adolescentes inquiridos, assumem-se heterossexuais e há uma minoria que se consideram bissexuais e homossexuais (3,5% e 3,2 % respetivamente), sendo que 4,1% não responde.

Tabela 17 – Distribuição dos adolescentes segundo o grau de satisfação face a sua sexualidade/ orientação sexual (n=343)

Consideras-te satisfeito com a tua sexualidade	n	%
Satisfeito / Muito Satisfeito	278	81,0
Pouco Satisfeito	11	3,2
Insatisfeito	3	0,9
Não sabe responder	49	14,3
Não responde	2	0,6
Consideras-te:		
Heterossexual	311	90,7
Bissexual	12	3,5
Homossexual	11	3,2
Não responde	9	2,6

Pela análise da tabela 18, verificamos que 49,3 % dos adolescentes inquiridos, nunca tiveram relações sexuais, 27,4 % refere ter relações sexuais com frequência e 19,2 % raramente.

De referir que se observaram diferenças estatisticamente significativas quanto à questão *já tiveste relações sexuais*, com o sexo (qui-quadrado=11,925; gl 2; sig.0,003) (apêndice XXI-quadro 1), faixa etária (qui-quadrado=45,494; gl 2; sig.0,000) (apêndice XXI-quadro 2) e tipo de ensino (qui-quadrado=63,251; gl 2; sig.0,000) (apêndice XXI-quadro 3).

Da análise efetuada, observa-se que a maior proporção de adolescentes que nunca tiveram relações sexuais encontra-se nas adolescentes do sexo feminino (59,9%) (apêndice XXII-quadro 1), e a maior proporção de adolescentes que têm relações com frequência são do sexo masculino (35,4%) (apêndice XXII-quadro 1).

Em relação à faixa etária, observa-se maior proporção de adolescentes que têm relações sexuais com frequência entre os jovens com idades maior ou igual a 18 anos (57,5%), enquanto que os jovens que nunca têm relações sexuais (62,2%) têm idade igual ou inferior a 17 anos (apêndice XXII-quadro 2).

Face ao tipo de ensino, observa-se maior proporção de adolescentes que têm relações sexuais com frequência, nos jovens que frequentam o ensino profissional (50%) enquanto que a maior porção de jovens que nunca tiveram relações sexuais, encontra-se nos adolescentes que frequentam o ensino regular (66,5%) (apêndice XXII-quadro 3).

Tabela 18 – Distribuição dos adolescentes segundo a frequência de relacionamento sexual, idade de iniciação sexual e parceiro sexual (N=343)

Já tiveste relações sexuais?	n	%
Nunca	169	49,3
Raramente	66	19,2
Com frequência	94	27,4
Não responde	14	4,1
Em caso afirmativo, quantos anos tinhas quando tiveste a tua primeira relação sexual		
Menor ou igual a 10	4	2,5
11 aos 14	40	25
15 aos 17	100	62,5
Maior ou igual a 18	7	4,4
Não responde	9	5,6

A idade média para a primeira relação sexual nos adolescentes inquiridos, situa-se nos 15 anos, sendo de 14,69 anos para os rapazes e 15,05 anos para as raparigas, conforme podemos ver na tabela 19.

Tabela 19 – Idade média para a primeira relação sexual

	TOTAL	Sexo Masculino	Sexo Feminino
M	15,05	14,69	15,51
DP	2,358	2.690	1,780
Me	15,00	15,00	16,00
Mo	15,00	15,00	16,00

Pela tabela 20, verificamos que 36,2% dos adolescentes inquiridos afirmaram terem relações sexuais pela primeira vez com o namorado(a), 11,7% com um amigo(a) e 3,5% com outro(a). De referir que a percentagem de alunos que não respondeu a esta pergunta é elevada, cerca de 49%. De referir também, que dos adolescentes que já tiverem relações sexuais, apenas 5% não utilizou preservativo na primeira relação sexual.

Tabela 20 – Distribuição dos adolescentes segundo idade de iniciação sexual, parceiro sexual e utilização de contraceptivo na primeira relação sexual (n=343)

A primeira vez que tiveste relações sexuais foi com quem?	n	%
Amigo (a)	40	11,7
Namorado (a)	124	36,2
Outro	12	3,5
Não responde	167	48,7
Nessa primeira relação sexual utilizaste algum método contraceptivo?		
Sim	160	46,6
Não	17	5,0
Não responde	166	48,4

Comportamentos face à contraceção

Relativamente à utilização de métodos anticoncetivos, de acordo com a tabela 21, nos jovens que afirmam ter relações sexuais, verificamos que 42,9% afirma utilizar sempre método contraceetivo.

Em relação à utilização de métodos contraceptivos, não se verificam diferenças entre rapazes e raparigas (Teste de Mann-Whitney: $Z=0,566$; $sig=0,571$) (Apêndice XXIII – quadro 1), tendo-se verificado a mesma evidência em relação à faixa etária (Teste de Mann-Whitney: $Z=0,930$; $sig=0,352$) (Apêndice XXIII – quadro 2) assim como para o tipo de ensino (Teste de Mann-Whitney: $Z=1,706$; $sig=0,088$) (Apêndice XXIII – quadro 3),

Dos adolescentes cuja escolha é de não usar sempre o método contraceetivo nas relações, quando questionados acerca do motivo desta opção 8,5% afirmam que é porque diminui o prazer sexual (tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição dos adolescentes segundo a utilização de métodos contraceptivos nas relações e o tipo de método utilizado (n=343)

Se tens relações sexuais, costumás utilizar algum método contracetivo?	n	%
Sempre	147	42,9
Às vezes	26	7,6
Nunca	9	2,6
Não responde	161	46,9
Que método utilizas:		
Coito interrompido	5	1,5
Pílulas anti concepcionais	3	,9
Preservativo	101	29,4
Outro	4	1,2
Vários	64	18,7
Não responde	166	48,4
Se não usas sempre método contracetivo nas relações sexuais, diz porquê:		
Tens vergonha de os comprar	4	1,2
Porque quebra a confiança do parceiro	2	,6
Diminui o prazer sexual	29	8,5
Não sabes como utilizar	13	3,8
Não responde	295	86,0

Quando questionados sobre as relações sexuais sob efeito de bebidas alcoólicas e/ou substâncias aditivas, verificamos pela tabela 22, que cerca de 91% dos alunos inquirido responderam que nunca tiveram relações sexuais sob estes efeitos.

Tabela 22 – Distribuição dos adolescente segundo a prática de relações sexuais sob efeito de bebidas alcoólicas e /ou substâncias aditivas (n=343)

Já tiveste relações sexuais sob efeito de bebidas alcoólicas e/ou substâncias aditivas?	n	%
Nunca	311	90,7
Ocasionalmente	18	5,2
Frequentemente	2	,6
Fins-de-semana	12	3,5
Total	343	100,0

Pela análise da tabela 23, verificamos que os adolescentes não tiveram relações sexuais com pessoas consideradas de risco para a sua saúde. Permite também a análise da tabela 23, verificar que cerca de 60% responderam de forma negativa para todas as questões. Embora de forma pouco expressiva, também se verificaram alunos que já tiveram relações sexuais com pessoas consideradas de risco, visto que estas ou já estão contaminadas ou assumem comportamentos que as expõe ao risco, assumindo-se, desta forma, possíveis portadores de doença no futuro.

Também podemos constatar, que 2% dos adolescentes respondem não saber, ou seja, desconhecer tanto o passado sexual como o estado de saúde das pessoas com quem já tiveram relações sexuais.

Tabela 23 – Distribuição dos adolescentes face a questão *No ultimo ano, tiveste relações sexuais com uma pessoa que:*

No ultimo ano, tiveste relações sexuais com uma pessoa que:	Não		Sim		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
Usa Drogas	185	53,9	24	7	5	1,5
Que se prostitui	201	58,6	12	3,5	2	0,6
Costuma ter relações sexuais com pessoas dos dois sexos	203	59,2	7	2	5	1,5
Costuma ter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo	197	57,4	12	3,5	5	1,5
Não conhecias o passado sexual	176	51,3	31	9	7	2
Tem SIDA ou é seropositivo	197	57,4	6	1,7	9	2,6
Tem uma doença de transmissão sexual	197	57,4	6	1,7	9	2,6

Procurando descobrir se os adolescentes mudaram alguns aspetos da sua vida sexual após o conhecimento da existência da SIDA, verificamos pela tabela 24 que 51,9% responde que *não*, e 21% responde que *sim*.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e o sexo, a faixa etária e o tipo de ensino (apêndice XIV- quadro 1,2 e 3).

Quando inquiridos sobre quais as mudanças nos aspetos da sua vida sexual após o conhecimento da existência da SIDA, os adolescentes referiram que estas estão associadas fundamentalmente ao uso mais efetivo de proteção na relação sexual, nomeadamente na utilização de preservativo

Tabela 24 – Distribuição dos adolescentes segundo a postura perante o conhecimento da existência da SIDA (n=343)

Mudaste algum dos aspetos da tua vida sexual desde que tiveste conhecimento da existência da SIDA?	n	%
Sim	72	21
Não	178	51,9
Não responde	93	27,1

Face à questão “Costumas recorrer às consultas de atendimento a jovens”, os resultados obtidos pela maioria (63,3%) dos adolescentes revelam que não recorrem a este tipo de consultas conforme podemos verificar pela tabela 25.

Tabela 25 – Distribuição dos adolescentes segundo a procura às consultas de atendimento a jovens (n=343)

Costumas recorrer às consultas de atendimento a jovens?	n	%
Sim	112	32,7
Não	217	63,3
Não responde	14	4

Pela tabela 26, podemos observar que dos alunos que responderam afirmativamente, 23,3% dos adolescentes frequentam as consultas de atendimento aos jovens no centro de saúde.

Quando questionados “*qual o técnico a quem mais pedem ajuda*”, constata-se que 19,5% dos adolescentes procuram o enfermeiro e 12,5% o médico.

Tabela 26 – Distribuição dos adolescentes segundo o local onde recorrem para um atendimento e técnico a quem solicitam ajuda (n=343)

Se sim, qual o local?	n	%
Escola	21	6,1
Centro de Saúde	80	23,3
Gabinete de apoio ao jovem	4	1,2
Outro	3	,9
Vários	18	5,2
Não responde	217	63,3
Se sim, qual o técnico a quem mais pedes ajuda?	n	%
Médico (a)	43	12,5
Enfermeiro (a)	67	19,5
Professor (a)	4	1,2
Psicólogo (a)	7	2,0
Outro	22	6,4
Não responde	200	58,3

Quando questionados acerca da frequência às consultas de planeamento familiar (tabela 27), verificamos apenas 81,3% dos jovens não frequentam essas consultas.

Tabela 27 – Distribuição dos adolescentes segundo a recorrência a uma consulta de planeamento familiar (n=343)

Já alguma vez foste a uma consulta de planeamento familiar?	n	%
Sim	59	17,2
Não	279	81,3
Não responde	5	1,5

Quanto à classificação das consultas de atendimento aos jovens, pela tabela 28, constatamos que 36,4% classificam-nas de Boa ou Muito Boa. Cerca de 50% dos jovens inquiridos concordam com a forma de funcionamento das consultas de atendimento aos jovens.

Tabela 28 – Distribuição dos adolescentes segundo a opinião acerca das consultas de atendimento a jovens e a concordância no seu modo de funcionamento (n=343).

Como classificas a consulta de atendimento aos jovens?	n	%
Boa / Muito Boa	125	36,4
Regular / Suficiente	9	2,6
Insuficiente	3	0,9
Não responde	206	60,1
Concordas com a forma de funcionamento das consultas de atendimento aos jovens?	n	%
Sim	169	49,3
Não	3	,9
Não sabe	76	22,2
Não responde	95	27,7

Comportamentos face ao consumo de álcool e drogas

No que respeita o consumo de bebidas alcoólicas podemos verificar pela tabela 29, que a percentagem de adolescentes inquiridos que consomem bebidas alcoólicas frequentemente é muito baixa (2,3%), ao fim-de-semana o valor sobe para 28,3%, registando 42% para o consumo é ocasional. De referir também que 27,1% afirma nunca consumir bebidas alcoólicas.

Analisando este variável observamos, diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta o género (qui-quadrado=5.210; df:1; sig.0.022), a idade (qui-quadrado=8.978; df:1; sig.0.003) e o tipo de ensino (qui-quadrado=7.332; df:1; sig.0.007) (Apêndice XXV-quadro 1,2 e 3).

Tendo em conta o género, no consumo de bebidas alcoólicas, verificamos dentro do grupo de adolescentes do sexo feminino, uma percentagem superior de jovens que nunca consumiram com 32,1%, face a 21,1% no grupo dos rapazes (Apêndice XXVI-quadro 1).

Face à idade, verificamos que o consumo de bebidas alcoólicas é superior entre os adolescentes com idade igual ou superior a 18 anos (Apêndice XXVI-quadro 2).

Em relação ao tipo de ensino, podemos constatar a percentagem de aluno que consome é superior no ensino profissional (82,1%) (Apêndice XXVI-quadro 3).

A tabela 29, também permite verificar que 84,3 % dos jovens de ambos os sexos nunca consumiram substâncias. A percentagem de adolescentes que consome frequentemente substâncias aditivas é de 5,5 % e ocasionalmente 7,3%. Analisando as respostas por género, verifica-se que os adolescentes do sexo feminino (50,6%) apresentam padrões de consumo face as substâncias aditivas inferiores que o consumo nos adolescentes do sexo masculino (33,9%).

No comportamento de consumo face às substâncias aditivas, também verificamos diferenças estatisticamente significativas, tanto no género (qui-quadrado=14.004; df:1; sig.0.000), como na idade (qui-quadrado=6.189; df:1; sig.0.013) e no tipo de ensino (qui-quadrado=7.574; df:1; sig.0.006) (Apêndice XXVII-quadro 1,2 e 3).

Quanto ao género, verificamos dentro do grupo de adolescentes do sexo feminino, uma percentagem superior de jovens que nunca consumem com 91,1%, face a 76,3% no grupo dos rapazes (Apêndice XXVIII-quadro 1).

Face à idade, verificamos entre os adolescentes com idade igual ou inferior a 17 anos, uma maior percentagem de jovens, que não consome substâncias aditivas (87,3%) (Apêndice XXVIII-quadro 2).

Em relação ao tipo de ensino, podemos constatar que a percentagem de alunos que consome substâncias aditivas no ensino profissional, é de 23,2% que corresponde a praticamente o dobro do valor encontrado no ensino regular (11,7%). (Apêndice XXVIII-quadro 3).

Tabela 29 – Distribuição dos adolescentes segundo o consumo de bebidas/substâncias (n=343)

Consumo de bebidas alcoólicas	n	%
Nunca	93	27,1
Ocasionalmente	144	42,0
Frequentemente	8	2,3
Fins-de-semana	97	28,3
Não responde	1	,3
Consumo de substâncias aditivas	n	%
Nunca	289	84,3
Ocasionalmente	25	7,3
Frequentemente	19	5,5
Fins-de-semana	9	2,6
Não responde	1	,3
Consumo de substâncias aditivas (Outras)	n	%
Álcool	7	2,0
Calmante	1	,3
Cocaína	1	,3
Erva	24	7,0
Tabaco	16	4,7
Não responde	294	85,7

5 – Análise dos fatores que influenciam a percepção das atitudes parentais

Face às características da amostra

Querendo aprofundar a análise do nosso estudo, e para dar resposta aos objetivos propostos, foram analisadas as diferenças entre as atitudes parentais e as características da amostra. A significância da diferença foi avaliada com o teste não paramétrico Mann-Whitney, uma vez que aplicado o teste de Kosmogrov-Smirnov, não foram verificados valores de correspondência aos critérios de normalidade.

Quando analisamos as diferenças entre as várias dimensões do YPI e o sexo, verificamos que na dimensão de *Controlo* e *Hostilidade* existem diferenças estatisticamente significativas (Teste de Mann-Whitney: $Z=2,537$; sig. 0,11) e (Teste de Mann-Whitney: $Z=2,626$; sig. 0,009) respetivamente (Apêndice XXIX, quadro 1). Os rapazes expressam uma maior percepção de *Controlo* ($139,20 \pm DP 46,50$ vs. $127,45 \pm DP. 46,50$) e *Hostilidade* por parte dos pais ($54,11 \pm DP 46,50$ vs. $32,61 \pm DP. 36,16$) (Apêndice XXX, quadros 1 e 2).

Embora seja possível verificar pela análise dos quadros 3 e 4 do apêndice XXX, que os adolescentes com menos de 18 anos percecionam mais *Amor* e *Controlo*, por parte dos pais, do que os adolescentes com mais de 18 anos, que por sua vez percecionam mais *Hostilidade*, não

existem diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões, (Apêndice XXIX, quadro 2).

No que respeita ao tipo de ensino, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão de *Hostilidade* (Teste de Mann-Whitney: $Z=5,412$; sig. 0,000) (Apêndice XXIX, quadro 3). Os adolescentes do ensino profissional percecionam maior *Hostilidade* por parte dos pais, do que os adolescentes do ensino regular ($68,05 \pm DP 63,46$ vs. $29,50 \pm DP. 33,89$) (Apêndice XXX, quadros 5 e 6).

Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões e o local de residência (Apêndice XXIX, quadro 4).

Quando analisado as diferenças entre as quatro dimensões e o estado civil dos pais, podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas em três delas, nomeadamente na *Autonomia* (Teste de Mann-Whitney: $Z=2,987$; sig. 0,003), *Amor* (Teste de Mann-Whitney: $Z=6,233$; sig. 0,000) e *Controlo* (Teste de Mann-Whitney: $Z=5,498$; sig. 0,000) para o *pai* (Apêndice XXIX, quadro 5), e para a *mãe* seguindo a mesma sequência das dimensões (Teste de Mann-Whitney: $Z=2,800$; sig. 0,005), (Teste de Mann-Whitney: $Z=6,369$; sig. 0,000), (Teste de Mann-Whitney: $Z=5,457$; sig. 0,000) (Apêndice XXIX, quadro 6).

Pelos quadros 7 e 8 do apêndice XXIX, verificamos que os adolescentes cujos pais são casados apresentam por parte dos mesmos, mais *Autonomia*, *Amor* e *Controlo*.

Face à idade de iniciação sexual

A significância da diferença entre as atitudes parentais e a idade de iniciação sexual, foi avaliada com o teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney. Desta forma no que respeita a iniciação sexual, quando analisada tendo em conta as diferentes PAPs, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão de *Controlo* (Teste de Mann-Whitney: $Z=2,176$; sig.0,030) (Apêndice XXXI, quadro 1). Verificamos que os adolescentes que percecionam maior *Controlo* (média=140,5), iniciaram as relações sexuais mais tarde, com idade igual ou superior a 16 anos (Apêndice XXXII, quadro 2).

Face à comunicação com os pais

Quando analisada a comunicação com os pais tendo em conta as PAPs, constatamos diferenças estatisticamente significativas na comunicação com a *mãe* na dimensão de *Amor* (Teste de Kruskal Wallis: qui-quadrado=33,274; gl. 2; sig. 0,000) e *Hostilidade* (Teste de Kruskal Wallis: qui-quadrado =7,094; gl. 2; sig. 0,029) e com o *pai* nas dimensões de *Amor* (Teste de Kruskal Wallis: qui-quadrado = 86,194; gl. 2; sig. 0,000) na dimensão de *Controlo* (Teste de Kruskal Wallis: qui-quadrado = 25,346; gl. 2; sig. 0,000) e na dimensão de *Hostilidade* (Teste de Kruskal Wallis: qui-quadrado = 13,902; gl. 2; sig. 0,001) (Apêndice XXXIII-quadro 1 e 2).

Os adolescentes que tem uma comunicação insuficiente e regular com a *mãe*, percebem mais *Controlo* (média = 135 e 126,7 respetivamente). Com uma boa ou muito boa comunicação com a *mãe*, a percepção mais elevada é na dimensão de *Amor* (média = 144,75).

Na comunicação com o *pai*, verificamos que os adolescentes que têm muito boa comunicação percebem muito mais *Amor* (média = 154,23) e *Controlo* (média = 141,48) do que na comunicação regular ou insuficiente (Apêndice XXXIV -quadro 1, 2 e 3).

Face ao consumo de bebidas alcoólicas

Ao analisarmos as diferenças entre os índices atitudinais e o consumo de bebida, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas perante as duas subescalas, *sexo ocasional* (Kruskal Wallis Test: qui-quadrado=22.380; df. 2; sig. 0,000) e *sexo sem compromisso* (Kruskal Wallis Test: qui-quadrado=22.820; df. 2; sig. 0,000) (apêndice XXXV-quadro 1). Constatamos que na escala de pontuação de 0 a 8, os alunos que se apresentam menos favoráveis ao *sexo ocasional* (média=1.655) e *sem compromisso* (média=2.179) são os que nunca consomem bebidas alcoólicas, enquanto que os que consomem frequentemente apresentam valores muito superiores (média=5,500 e média=4,875), demonstrando-se assim mais favoráveis (apêndice XXXVI - quadros 1 e 3).

6 – Análise das correlações entre a percepção das atitudes parentais e as atitudes sexuais

O estudo da correlação entre atitudes sexuais e a percepção das atitudes parentais, foi realizado com a aplicação do teste de Spearman, por se tratarem de variáveis ordinais. Revelou a análise do mesmo, uma correlação positiva significativa entre a subescala de atitudes sexuais *sexo ocasional* e a dimensão de *Controlo* das dimensões (apêndice XXXVII-quadro 1). Analisando a força da correlação, verificamos que os adolescentes que apresentam valores mais elevados na dimensão de *Controlo* têm valores maiores na subescala de *sexo ocasional* embora com uma fraca correlação (Coeficiente de Correlação = 0,117).

CAPITULO V – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A sexualidade é um fenómeno complexo, tão complexo, como a fase que o individuo atravessa quando se situa na famosa “ADOLESCENCIA”.

No presente estudo, foram inquiridos 343 alunos com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos, com uma média de idades de 16,7 anos. 55,4% dos adolescentes pertencem ao sexo feminino e 44,6% ao sexo masculino. Os adolescentes inquiridos frequentam o ensino regular (67,1%), e o profissional (32,9%), sendo de referir que encontramos no ensino profissional, mais adolescentes do sexo masculino do que do sexo feminino, teoricamente pelo cariz mais técnico do ensino. Os adolescentes inquiridos frequentam o 10º, 11º e 12º ano, numa percentagem de 47,5%, 41,7% e 10,8% respetivamente.

No que respeita o local de residência dos inquiridos, verificamos que maioritariamente pertencem a zona centro do concelho em estudo (46,6%), distribuindo-se os restantes pela zona de arredores (24,5%), zonas mais afastadas do mesmo (14,3%), e fora do concelho (13,7%),

Os inquiridos são adolescentes cujos pais são maioritariamente casados (80%), com um nível de escolaridade centrado na escolaridade até ao 9ºano, características também verificadas no estudo de Sousa (2000) e Ramos (2008).

Quanto à orientação sexual dos inquiridos, a maioria dos adolescentes (90,7%) tal como no estudo de Sousa (2000) assume-se como heterossexuais, havendo uma minoria que se considera bissexual (3,5%) e homossexual (3,2%). Verificamos também que 81% dos jovens refere estar satisfeito ou muito satisfeito com a sua sexualidade, pouco satisfeito 3,2% e insatisfeitos 9%, diferenciando-se das conclusões de Sousa (2000), cujos valores obtidos são inferiores.

Maioritariamente, os adolescentes não consomem frequentemente bebidas alcoólicas (97,7%), nem substancias aditivas (84,3%). Em ambos os casos, existem diferenças estatisticamente significativas tendo em conta o sexo, idade e tipo de ensino. Verificamos que os adolescentes do sexo masculino, os de mais idade e os do ensino profissional são os que revelam mais consumos deste tipo de substâncias.

Tendo por base a influência da família no desenvolvimento do adolescente nomeadamente no âmbito da sexualidade, alguns autores, Almeida, (1987) referem que o tipo de família em que a criança ou o jovem se encontra inserido pode exercer influência na interiorização de comportamentos sexuais sejam eles adequados ou não. Outros apontam para possibilidade de jovens com famílias monoparentais terem maior risco de iniciar precocemente a sua vida sexual comparados com os adolescentes de famílias nucleares (Amato & Keith, 1991, citado. por Johnson, Thorngren & Smith, 2010). No presente estudo constatamos esta realidade, uma vez que verificamos que dentro do grupo de adolescentes com pais divorciados, a iniciação às relações sexuais ocorreu em idades mais jovens para 73,7% dos adolescentes face a ao grupo de

adolescentes com pais casados onde 85,7% destes iniciaram as relações sexuais em idades mais tardias

A relação com os pais assume uma importância fundamental, tanto na definição da vida futura do adolescente, como nos relacionamentos que o mesmo vai estabelecer no futuro o que, coloca a realização da adolescência, fortemente dependente do desenvolvimento social, intelectual e emocional promovido pelas relações existentes no seio da família, e apresenta como determinantes as experiências que o indivíduo tem como elemento inserido na mesma Erikson, 1968 e Soares, 1992.

Relativamente à percepção que os adolescentes do nosso estudo têm do seu relacionamento com os progenitores, verificamos que percebem os pais de diferentes formas, sendo que consideram a *mãe* mais *Permissiva* (40,8%) e menos *Firme* (33,5%) e de forma antagónica, referem-se ao *pai* como mais *Firme* (40,2%) e menos *Permissivo* (27,7%), não se verificando diferenças entre o sexo, a idade ou o tipo de ensino.

Quando analisamos a percepção das atitudes parentais, ao encontro do estudo de Fleming (1988), com jovens portugueses, com idades compreendidas entre os 12 e 19 anos, verificamos que os adolescentes do nosso estudo de uma forma geral, sentem uma percepção elevada de *Amor*, em oposição a um percepção baixa de *Hostilidade*.

Constatamos nas diferentes dimensões, um diferente nível de intensidade de percepção, sendo mais alto para as dimensões de *Amor* (138,79) e *Controlo* (132,7), tal como no estudo de Vaz (2011). A intensidade de percepção apresenta-se com valores mais baixos para a *Autonomia* (95,6) e *Hostilidade* (42,1). Podemos, desta forma, referir que os resultados parecem expressar que, estes adolescentes, consideram que os pais adotam um estilo parental assente no exercício de autoridade, valorizando o comportamento baseado na disciplina, mas executado num ambiente onde se verifica a presença de amor e afeto (Rodrigues & Dias, 2009).

Verificamos na análise das diferenças entre as diferentes dimensões e o sexo, que na dimensão de *Controlo* e *Hostilidade* existem diferenças estatisticamente significativas. Os rapazes expressam uma maior percepção de *Controlo* e *Hostilidade*. Em relação à idade, não existam diferenças estatisticamente significativas, no entanto os adolescentes mais jovens percecionem mais *Amor* e *Controlo*, por parte dos pais, do que os adolescentes mais velhos, que por sua vez percecionam mais *Hostilidade*. Em concordância com Fleming (1988), podemos referir que à medida que os adolescentes passam da fase inicial da adolescência para a fase final, percecionam mais *Autonomia* e menos *Controlo*, sugerindo como nos refere o mesmo autor, transformação das relações familiares e das práticas educativas durante o desenvolvimento do adolescente. Gagnon e Simon (1973), também expõem esta alteração afirmando que na fase final da adolescência observa-se a um decréscimo por parte da família de todo o tipo de controlo, contrariado pela crescente identificação com os pares.

Face ao local de residência, não existem diferenças estatisticamente significativas em qualquer uma das dimensões. No entanto, no que respeita ao tipo de ensino, existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão de *Hostilidade*, sendo que os adolescentes do ensino profissional percecionam maior *Hostilidade* por parte dos pais, do que os adolescentes do ensino

regular. Esta constatação alerta para a necessidade de estudar este facto, dado que, como referido por Fleming (1993), o afeto parental positivo, traduz no desenvolvimento da criança resultados favoráveis, ao contrário da *Hostilidade* que se apresenta relacionada com um desenvolvimento desfavorável.

Quando analisadas as diferenças entre as quatro dimensões e o estado civil dos pais, podemos contatar que existem diferenças estatisticamente significativas em três delas, nomeadamente na *Autonomia*, *Amor* e *Controlo*, verificamos que os adolescentes cujos pais são casados apresentam por parte dos mesmos, mais *Autonomia* ($IP=99,494$), *Amor* ($IP=146,364$) e *Controlo* ($IP=140,32$), enquanto que, nos adolescentes com pais divorciados verificamos em todos os índices valores inferiores.

Como foi referido na revisão da literatura, mesmo nas famílias onde a comunicação é afirmada como mais presente, e as famílias são consideradas mais abertas, quando abordada a questão da sexualidade, o diálogo estabelecido entre pais e filhos, não se apresenta sempre fácil. Seja pela crescente necessidade de individualização e privacidade dos adolescentes, seja pela dificuldade que os pais sentem em falar aos seus filhos sobre as questões da sexualidade, inerente ao desconhecimento do tema ou da forma de abordagem ao mesmo, esta barreira ainda hoje permanece (Vilar, 1999).

No presente estudo, na comunicação dos adolescentes com os pais acerca da sexualidade, verificou-se que mais de 50% dos adolescentes não conversa com os pais. Em relação ao sexo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na comunicação com o *pai*, verificando são os adolescentes do sexo masculino que comunicam mais com o *pai* (46,6%) face as jovens adolescentes do sexo feminino (27,4%), o que vai de encontro ao estudo de Ramos et al (2008) que refere que são os rapazes que mais falam sobre sexualidade. Em relação à comunicação com a *mãe*, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo. Os adolescentes inquiridos que manifestam não falarem com os pais acerca deste assunto, 62,7% no caso da *mãe* e 42,9% no caso da comunicação com o *pai*. Referem que, os motivos para a falta de comunicação entre eles e os progenitores no âmbito da sexualidade, estão fundamentalmente ligados à vergonha de abordar o assunto e crença que a sexualidade não é assunto para se discutir com eles. Esta realidade vai de encontro do estudo de Loureiro (1990) e Sousa (2000) que verificaram, no primeiro caso que, 47,3% dos adolescentes inquiridos expressaram vergonha e receio e no segundo caso 39,8% dos inquiridos manifestaram que evitam falar no assunto. No presente estudo, os adolescentes referem que não é assunto para falarem com os pais, sendo desta opinião cerca 32,1 % dos adolescentes quando se referem à comunicação com o *pai*, e 36,1% quando se referem à comunicação com a *mãe*. Dizem sentirem vergonha em abordar o tema da sexualidade com os seus progenitores 34,4%, quando se referem ao *pai*, e 28,6 % quando se referem à *mãe*. Como abordado na revisão da literatura, Herbert (1991), alerta para ser provável que, devido à inibição existente quando se trata de abordar a sexualidade, por parte dos pais ou por parte dos adolescentes, seja possível que os pais se apresentem como os últimos com quem os adolescentes tencionem debater os seus problemas sexuais.

Verificamos que dos adolescentes do nosso estudo, que conversarem sobre sexualidade na escola (70%), procuram os amigos prioritariamente (84,6%).

Querendo cumprir com os propósitos deste estudo, nomeadamente identificar conhecimentos dos adolescentes no âmbito da sexualidade agrupamos os seguintes itens: informação, conhecimentos sobre contraceção, conhecimentos sobre SIDA, conhecimentos sobre planeamento familiar. Uma parte significativa dos adolescentes considera que a informação que possuem sobre sexualidade é boa ou muito boa (86,9%), superando os resultados do estudo de Sousa (2000). Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre os conhecimentos dos adolescentes acerca da sexualidade, e o género, e o tipo de ensino, sendo que, verificamos que os adolescentes do sexo feminino, têm mais conhecimentos face aos adolescentes do sexo masculino, assim como os alunos do ensino regular face aos do ensino profissional.

No que respeita à informação recebida, a maioria os adolescentes inquiridos revelam obter a informação na escola (86,9%) e através de diversas fontes. Em primeiro lugar aparecem os colegas (50,4%) seguindo-se os meios de comunicação (21,9%). Estes resultados são concordantes com estudos já mencionados, que verificaram que as fontes de informação mais referidas são os amigos, televisão e meios de comunicação. (Pereira 1993; Vilar, 1999; Sousa 2000, Dias, 2004, Ramos et al 2008). Foram referidas na revisão da literatura as várias fontes de informação, sendo que, também foi abordada a questão da qualidade e adequação das fontes informais, (conversas através dos pares, ou *masse – média*), o que nos permite concluir que, tendo os adolescentes do nosso estudo uma informação com origem, principalmente, em fontes informais, nomeadamente no grupo de pares, dispõem de uma informação imprecisa e nem sempre a mais adequada, (Campos 1990; Sousa 2000; Vaz, 2011).

Vilar (1999) expõe a influência de vários contextos, nomeadamente os meios de comunicação social, o ambiente social e os grupos de pares, sobre os mecanismos de estruturação das atitudes dos adolescentes face à sexualidade. Tal como abordado na revisão da literatura, apresenta-se fundamental valorizar o grupo de pares, como fonte de informação opcional dos jovens, com vista a capacitá-lo e torná-lo parceiro na educação para a sexualidade (Pires, 2001).

Em relação aos conhecimentos dos adolescentes face aos serviços onde podem recorrer para obter apoio ou informação na área da sexualidade, este estudo permite concluir que a maior parte dos adolescentes sabe onde recorrer, sendo que, o centro de saúde e o GAIA são os serviços mais referidos pela maioria (58,9%) e (5,8%) respetivamente. No entanto, ainda existe uma percentagem elevada de adolescentes que não sabe onde recorrer (17,2%), o que evidencia a necessidade de informar e explicar os circuitos de atendimentos possíveis e disponíveis para estes adolescentes no contexto onde se encontram inseridos.

A maioria dos adolescentes inquiridos (79,6%) refere ter conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, nomeadamente face ao que protege simultaneamente de uma gravidez não desejada e de uma IST. Verificamos que são as raparigas que mais possuem conhecimentos corretos (76,3%) neste âmbito, face a 59,5% no grupo dos rapazes, o que vai de encontro a

estudo de Rui (2008) e Vaz (2011). No que respeita a utilização de método anticoncepcionais, o nosso estudo encontra valores ligeiramente diferentes do estudo de Rui et al (2008), sendo que, dos adolescentes que afirmam ter relações sexuais, cerca de 80% refere utilizar sempre um método contraceptivo, 14,3 % às vezes e 4,9% nunca. Pela mesma ordem de respostas, no estudo referido os valores obtidos foram de 75,1%, 16,1% e 7,8 %. Os adolescentes que responderam não utilizar sempre o contraceptivo, expõem a diminuição de prazer como motivo. Segundo Braconnier (2000), três quartos dos jovens afirmam ter utilizado preservativos e um quinto a pílula, na primeira relação sexual. Quando se referem à última relação, a proporção de jovens que utiliza o preservativo, diminui para 72% nos rapazes e 51,5% nas raparigas. No presente estudo, constatamos que a utilização de um método contraceptivo não se verifica de forma consistente, cerca de 18,7 % dos adolescentes responderam não utilizar sempre o contraceptivo, expondo a diminuição de prazer como motivo.

Estes dados apresentam-se concordantes com os dados do estudo de Rui et al (2008) que referem que cerca de um quarto dos adolescentes não utiliza de forma sistemática um método anticoncepcivo.

Ao encontro dos estudos já referidos, nomeadamente Vaz (2011), os adolescentes do presente estudo, referem a utilização do preservativo como o método mais utilizado, no entanto, numa percentagem inferior (70,3%) face a 88,3% do estudo referido. Estes dados vão de encontro ao referido pela APF (2009), que refere uma utilização crescente por parte dos adolescentes na utilização dos métodos contraceptivos, nomeadamente o preservativo, embora se verifique que cerca de dois terços, não o faça de forma consistente.

Confirmamos no presente estudo que a maioria dos adolescentes não se envolve sexualmente com pessoas que poderiam pôr em risco a sua saúde, expondo desta forma uma discrepância face ao estudo de Sousa (2000.) Uma percentagem de 9% de jovens manifestou que tiveram relações sexuais com pessoas das quais desconhecem o passado sexual. Quanto à mudança de algum aspeto na vida sexual após o conhecimento da SIDA, constatou -se que 51% dos adolescentes refere não ter alterado os seus comportamentos sexuais, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas. Os adolescentes que responderam que alteraram os seus comportamentos sexuais, revelam fundamentalmente uma maior utilização do preservativo e a preocupação na escolha do parceiro sexual tal como evidencia o estudo de Sousa (2000).

Contrariando o estudo de Ramos et al (2008), verificamos que os adolescentes do presente estudo apresentam escassos conhecimentos das vias de transmissão do VIH, sendo que 95,6% dos adolescentes apresentam algum tipo de dúvida, e verificam-se falsas crenças que, manifestamente, indicam a necessidade de manter e reforçar a divulgação de informação nesta área junto destes jovens.

Verificamos que de uma forma geral os adolescentes inquiridos não apresentam um significado de planeamento familiar reduzido e estanque, verificamos que a maioria, 63,3%, atribui vários significados ao conceito demonstrando uma visão abrangente do mesmo, indo ao encontro do estudo de Sousa (2000) e Ramos (2008). Constatamos que 81,3% dos adolescentes não

frequenta a consulta de planeamento familiar. Os adolescentes que frequentam, classificam-na como boa ou muito boa, e cerca de 50% destes, concorda com o funcionamento das mesmas.

Analisando a idade dos adolescentes inquiridos face a iniciação nas relações sexuais, vários estudos realizados em Portugal, indicam que 70% da população jovem tem a sua primeira relação sexual até aos 18 anos. O estudo de Vaz (2011), verificou, que os jovens que já tinham relações sexuais, iniciaram as mesmas entre 15 e 18 anos. Os resultados encontrados no nosso estudo, vão de encontro ao referido, uma vez que, verificamos que a faixa etária predominante para a iniciação das relações sexuais se situa acima dos 15 anos.

Analisando esta variável, tendo em conta o género, verificamos que as adolescentes do sexo feminino tiveram a sua primeira relação sexual, em média, por volta dos 15,5 anos e os adolescentes do sexo masculino por volta dos 14,7 anos. Esta realidade aproxima-se do estudo mais recente da APF (2009) e Vaz (2011), que referem que os rapazes iniciam a sua vida sexual, em média, aos 14 anos e as raparigas aos 15 anos. Analisando esta variável tendo em conta as diferentes dimensões da perceção das atitudes parentais, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão de *Controlo*. Verificamos que os adolescentes que percecionam maior *Controlo* (média=140,5), iniciaram as relações sexuais mais tarde, com idade igual ou superior a 16 anos.

Verificamos neste estudo que a iniciação sexual foi numa situação de namoro, sendo que este envolvimento se verificou numa porção ligeiramente maior para os adolescentes do sexo feminino (37,5%), comparativamente aos adolescentes do sexo masculino (33%). A presente constatação vai ao encontro de alguns estudos realizados, na medida em que, expõe a diferença entre o envolvimento dos adolescentes do sexo masculino e as adolescentes do sexo feminino, como realidade que tem vindo a desaparecer, tanto pelo fato das raparigas assumirem cada vez mais uma atitude mais favorável em relação à sexualidade, como pelo fato dos adolescentes do sexo masculino valorizarem mais a afetividade nas relações que criam (Nodin, 2000).

No domínio das atitudes sexuais, nomeadamente na atitude face ao *Sexo Ocasional/Sexo Sem Compromisso*, verificamos que os adolescentes do sexo masculino são mais favoráveis do que as raparigas, o que vai ao encontro do estudo de Vaz (2011). Face à idade, também foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na análise das duas subescalas, verificando-se que os adolescentes mais jovens são menos favoráveis ao *Sexo Ocasional* e *Sexo sem Compromisso* do que os mais velhos. Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas tendo em conta o tipo de ensino, constando que os adolescentes do ensino regular são menos favoráveis ao *Sexo Ocasional* e *Sexo sem Compromisso* do que os adolescentes do ensino profissional, o que nos reporta novamente a uma análise mais cuidada deste facto.

Constatamos ainda que os alunos que se apresentam menos favoráveis ao *sexo ocasional* e *sem compromisso* são os que nunca consomem bebidas alcoólicas. Num estudo realizado nos Estados Unidos, Santelli, Brener, Lowry & Zabin (1998), referem que é possível encontrar uma forte relação entre o consumo do álcool e o relacionamento sexual com múltiplos parceiros, assim como na utilização incorreta e descontinua do preservativo, o que poderá por em risco o adolescente, nomeadamente no contágio das ISTs e na gravidez não desejada.

A correlação entre as atitudes sexuais e a subescala *Sexo Ocasional* avaliada para o nosso estudo, através do IP de Snyder e a percepção das atitudes parentais, medida através do inventário de percepção juvenil de Fleming, demonstra que não se verificam correlações significativas, à exceção da correlação entre *Sexo Ocasional* e o *Controlo*, onde se verificou uma correlação positiva, mas pouco expressiva ($r=0,117$), também evidenciada no estudo de Vaz (2011). O mesmo autor citando Pick & Palos, (1995) refere que embora a atividade sexual possa sofrer influências familiares, não há relação entre educação proporcionada pelos progenitores e os compromissos sexuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste último ponto, pretende-se executar uma reflexão crítica centrada nas principais ideias alcançadas ao longo deste estudo. Apresentaremos de seguida as conclusões e algumas recomendações para os possíveis estudos neste âmbito, procurando nos parágrafos que se seguem, explicitar em que medida o presente estudo possibilitou responder aos objetivos traçados.

Nos anos oitenta, realizaram-se importantes conferências, a Conferência de Ottawa tendo exposto pela primeira vez o conceito de Promoção de Saúde, apresenta-se como uma das mais referenciadas. A tónica deste conceito centrado numa visão positiva, evidenciando um carácter tanto dinâmico, como relacional e permanente, pela evidente presença durante todo o ciclo de vida dos indivíduos, expõe a necessária relação de equilíbrio e aquisição de competências para manutenção da saúde individual / coletiva e consequentemente a garantia da saúde entendida como bem comum.

A Promoção da Saúde em meio escolar afigura-se importante sendo reconhecida tanto pelo para que Ministério da Educação como pelo Ministério da Saúde apresentando-se formalizada a nível mundial a intenção de intervir em conjunto

A escola e os serviços de saúde rompem os seus vínculos exclusivos com o “educar” e o “cuidar”, para encontrarem uma articulação entre conceitos – “Educar para a saúde”, desta forma, assumem-se como parceiros na educação e na saúde, na comunhão dos conceitos que servem de pilar aos mesmos, e a escola surge para ambos como campo de atuação no âmbito da Promoção da Saúde.

A escola tem no seu objetivo mais nobre de “educar”, forçosamente, incluído o conceito de “promover”, garantindo através da aprendizagem e aquisição de competências, que os indivíduos obtenham o que é fundamental para si e para os que o rodeiam, seja do ponto de vista físico, psicológico ou social. Sendo capaz de fazer escolhas informadas, tanto a Saúde como a Educação pretendem que os indivíduos direcionem o seu percurso de vida de forma positiva, bem como, condicionem o seu desenvolvimento harmonioso e consequentemente o da comunidade onde se encontram inseridos.

A realização deste estudo permitiu identificar conhecimentos, comportamentos e atitudes dos adolescentes, verificando-se que apesar dos adolescentes se sentirem informados no domínio da sexualidade, ainda permanecem lacunas e falsas crenças.

Permitiu também verificar que os conhecimentos, se apresentam mais deficitários, no âmbito do ensino profissional, o que exige uma intervenção mais atenta e efetiva.

Face às atitudes sexuais, o estudo possibilitou constatar que os rapazes posicionam-se mais favoravelmente face ao sexo ocasional que as raparigas. O estudo comprova a existência de um duplo padrão de educação sexual, evidenciando que os rapazes iniciam mais cedo as relações sexuais.

Verificou-se que apesar dos adolescentes conhecerem os métodos contraceptivos, o seu uso não é feito de forma consistente, colocando-os em risco perante as IST e uma gravidez não desejada.

Constata-se que os adolescentes mantêm dificuldades em conversar com os pais no âmbito da sexualidade, e que as suas fontes de informação são preferencialmente os amigos e os meios de comunicação. Verificamos que os adolescentes têm diferentes perceções das atitudes parentais, tendo em conta o sexo, a idade e o tipo de ensino. Observamos também que as atitudes parentais se encontram relacionadas com os comportamentos e as atitudes sexuais, vinculando a importância da família no desenvolvimento do adolescente.

A educação e promoção da saúde, promove a aquisição de conhecimentos e competências que apoiam escolhas saudáveis. A escola apresenta-se assim como terreno privilegiado para a atuação de parceiros/ agentes educativos tanto na possibilidade de poderem transmitir ensinamentos, hábitos e práticas de saúde fundamentais ao desenvolvimento saudável do indivíduo., como na prevenção dos efeitos negativos resultantes de condutas de risco.

Com suporte legal evidenciado na legislação portuguesa através do “Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde”, de 7 de Fevereiro de 2006., abandona-se a cultura de colaboração espontânea e esporádica que subentende relações de trabalho casuais e voluntárias (Hargreaves, 1998) A articulação efetiva entre a saúde e a educação apresenta-se vantajosa, permitindo através do trabalho multissetorial e interdisciplinar, sustentado na organização, cumprimento de metas, na oportunidade de conhecer as diferentes realidades, partilhar conhecimentos e práticas de trabalho, entender dificuldades, constrangimentos e possibilitar através desta metodologia de trabalho colaborativa, o cumprimento de objetivos. Assim sendo o trabalho por projeto, partilhado entre parceiros educativos, nomeadamente na área da educação para a sexualidade, encontra sustentabilidade, devendo desenvolver programas e projetos no âmbito da saúde dos adolescentes que devem ser assegurados por vários sectores, recorrendo à diversificação dos promotores de saúde em espaços de intervenção também eles diversificados.

Hoje reconhece-se a importância da família como contexto privilegiado para o desenvolvimento de competências do indivíduo, aquisição e elaboração de aprendizagens fundamentais nas várias dimensões nomeadamente na vivência de relações afetiva (Alarcão, 2006). Neste sentido, importa refletir na importância de programas preventivos que também envolvam as famílias, que trabalhem as mesmas, nas suas várias etapas de desenvolvimento, procurando a sua saúde global e reconhecendo-as como marcantes no desenvolvimento de competências junto dos adolescentes nomeadamente no domínio da sexualidade, e fundamentais na estruturação de qualquer projeto de promoção de saúde.

Reforçamos também a importância de promover as intervenções e os programas sustentados nos determinantes de saúde e no diagnóstico de necessidades dos adolescentes incentivando a articulação entre agentes educativos. E ainda, tendo em conta a marcada influencia dos pares, recomendamos o envolvimento dos jovens na construção dos projetos que interferem

direta e indiretamente na sua saúde, numa perspectiva de empoderamento dos mesmos, tornando-se também eles, parceiros na promoção de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Abramson, H. J.. (1990). *Metodos de Estudo em Medicina Comunitária*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, S.A.
- Abreu, Wilson Correia (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formas au, 295 p. ISBN 978-972-8485-87-0.
- Alarcão, M. (1987). Para uma abordagem dos processos de separação no adolescente. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXI, pp. 553-613.
- Alarcão, M. (2006). *(Des) equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto
- Alberoni, f.f. (2000). *Valores*. Venda Nova: Bertrand Editora
- Albuquerque, C.M.& Oliveira , C.P.F. (2002). *Comportamentos de promoção de saúde*. Pensar Enfermagem.
- Alferes, V. R. (1999). Escala de Atitudes Sexuais. In M. Simões, M. Gonçalves & L Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal (Vol. 2, pp. 131-148)*. Braga, Portugal: SHO/APPORT
- Allport, G. W. (1966). *Personalidade*. . São Paulo: Herder.
- Almeida, F. (1987). Os adolescentes e a SIDA:Conhecimentos , atitudes e comportamentos associados com a SIDA dos adolescentes do concelho de Cantanhede -Relatório de Investigação inédito. de Promoção da saúde. Lisboa: Escola de Saúde Publica.
- Amaral, M.; R.M.G.S, Fonseca. (2006). Entre o deajo e o medo:as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. *Revista, Escola Enfermagem - USP*.
- Anastácio, Z.C. (2010). *Sexualidade na fase intermédia da adolescencia: relacionamento,comportamentos e conhecimentos*. INAFAD.
- Antunes, M.T. (2007). *Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior*. . Coimbra, Portugal:: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
- Apa. (2001). *Publication Manual of The American Psychological Association (5th ed)*. Washington: DC.Author.
- Aquilino, M.L., & Bragadottir, H. (2000). Adolescent pregnancy:Teen perspectives on preventions. *MCN, The AmericanJournal of Maternal/Child Nursing*, 25, 192-197.
- Araújo, H. S. (1987). *A criança maltratada*. Lisboa: Direcção da Secção de Pediatria Social da SPP.
- Barata Moura, J. (2000). in Gomes-pedro, A barbosa(Ed) *Sexualidade*. Lisboa: Departamento de educação medica da faculdade de medicina de Lisboa.
- Bastos, A. (2001). *Afectividade na adolescência: sexualidade e educação para os valores*. Lisboa: Paulina
- Bastos, A.P. (2003). *Afectividade na adolescencia : sexualidade e educação para os valores*. Lisboa: Edições Paulina.
- Bastos, A.P. (2003). *Afectividade na adolescencia : sexualidade e educação para os valores*. Lisboa: Edições Paulina, 2ª Ed..
- Boorse, C. (1977) "Health as a theoretical concept", *Philosophy of Science*, 44, 542-573.
- Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

- Bourne, H. (2001). www.findarticles.com. Obtido em 10 de 10 de 2011, de Peer Pressure.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brehm, S. (1992). *Intimate relationships*. New York: McGraw-Hill.
- Brook, C. (1985). *All About Adolescence*. U.K: John Wiley & So, Lth. Traduzido por Amedina.
- Buss, P. M. (1999). Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (Supl. 2), 177-185.
- Campos, Maria J.; Maia, Ana M.; Roncha, Catarina; Gouveia, Helena. (Janeiro / Abril de 2009). O membro da família prestador de cuidados e a transição para o seu novo papel: Uma revisão da literatura. *Servir*, pp. 37-45.
- Campos, P.B. (1990). *Psicologia do desenvolvimento e Educação de jovens - Volume II*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Campos, P.B. (1990). *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens - Volume II*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cárdenas, C.J. (2000). *Adolescendo: Um estudo sobre a constituição da identidade do adolescente no âmbito da Escola*. Tese de Doutoramento não-publicada, Curso de Pós Graduação em Psicologia. Brasília: Universidade de Brasília.
- Carvalho, Amâncio, CARVALHO, Graça Simões de (2006) *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência.
- CDC, (2010). Centers for disease control and prevention – Basic Information about HIV and AIDS. [Em linha]. Division of HIV/AIDS Prevention. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD and TB Prevention. August 2010d. [Acedido a 3 de Março de 2011]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/basic/index.htm>.
- Cerqueira, M.T. (1996). *Promocion de la salud: evolution y nuevos rumos*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.
- Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Clark, M., & Reis, H. (1988). Interpersonal Process in close relationships. *Annual Review of Psychology*, 39, pp. 609-672.
- Coelho, A. L. (1997). *Genero: La variable invisible en la evaluación del distress postdesastre*. *Desastres y Sociedad*, 8(5), 35-51
- Coleman, L.M., & Testa, A. (2008). Sexual health knowledge, attitudes and behaviours: variations among a religiously diverse sample of young people in London, UK. *Ethnicity & Health*, 13(1) 55-72
- Conferência Internacional Sobre Cuidados de Saúde Primários . (1978). Portal da Saúde Pública. Obtido em 21 de Janeiro de 2011, de http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao-saude/Dec_Alma-Ata.htm
- Conner, M., & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner, & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press.
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2008). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em 20 de Outubro de 2010, de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf

- Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. (2006). Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: CODEPPS
- Cordellini, J.V.F. (2007). Reflexões e desafios entre a mortalidade na adolescência e juventude. In J.Crespin & L.F.N. Renato, *hebiatria: Medicina da adolescência* (pp.19-30). São Paulo: Roca.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P. & Viturino, P. (2001). <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-ublicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>. Obtido em 10 de 10 de 2011
- Cortesão, I. (1989). Guia para Professores e Pais. Porto: Edições Afrontamento, Coleção Ser Professor.
- Costa, M., & Lopez, E. (1986). *Salud comunitária*. Barcelona: Martinez Roca.
- Costa, M., López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI –4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 21-25 de Julho 1997, Jacarta, República da Indonésia.
- Deschamps J. P. (1976). *Grossesse et Maternité chez l'Adolescence*. Paris: Le Centurion.
- Dias, A.M. et al. (2002). Educação da sexualidade no dia-a-dia da prática educativa. Braga: Casa do Professor.
- Dias, C.A., Vicente, T.N. (1984). *A depressão no adolescente*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dias, A. (2004). Os adolescentes e a sexualidade: contributo da educação da família e grupo de pares adolescentes no desenvolvimento da sexualidade. *Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Dicionário da Língua Portuguesa. (1994). Porto: Porto editora.
- Dolto, F. (1977). *Psicanálise e Pediatria*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Duarte, R.G. (1997). *Sexo, Sexualidade e Doenças Sexualmente transmissíveis*. São Paulo: Moderna.
- Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W.A., Lowry, R., McManus, T., D., Shanklin, S. L., Grunbaum, J.A., & Wechsler, H. (2005). Center for Disease Control and prevention. National Center for Chronic Disease prevention and health promotion. Division of Adolescent and School Health. Youth Risk Behavior Surveillance: United States, 2005. Retirado a 10 de Janeiro de 2012 de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5505a1.htm>.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Feijó, R.B., & Oliveira, E.A. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Journal de Pediatria*, 77 (supl. 2) 125-134.
- Field, T., Diego, M. & Sanders, C. (2002). Adolescents parents and peer relationship. *Adolescence*, 37 (145), 121-129.
- Fishbein, M. & Ajzen. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory research*. Reading MA: Addison-Wesley.
- Fleming, M. (1993). *Adolescência e Autonomia: o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.

- Fleming, M.(1988). Autonomia comportamental e percepções das atitudes parentais. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (Tese de Doutoramento).
- FNUAP. (2005). A Situação da população mundial 2005 - A Promessa de Igualdade: Equidade em matéria de Género, Saúde Reprodutiva e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. New York: FNUAP.
- Fonseca, H. (2002). Compreender os adolescentes: um desafio para os pais e educadores. Lisboa: Editorial Presença.
- Fortin, M.F. (1999). O Processo de Investigação: da concepção á realização. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidata.
- Fortin, Marie Fabienne. (2006). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidata.
- Frade, A., Marques, A.M.; Alverca, C. & Vilar, D. (2001). Educação Sexual na Escola: um guia para professores, formadores e educadores (4a Ed.). Lisboa: Texto Editora
- Frade, A., Marques, A.M., Alverca, C. & Vilar, D. (2009). *A Educação Sexual na escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa, Portugal: Texto editora.
- França, F. (1991). Sexualidade na adolescência e a mídia. Revista Brasileira de sexualidade Humana, V.(II), nº2 Julho a Dezembro. Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana.
- Freitas, L.(2002). Adolescência, Família e Drogas – A função paterna e a questão de limites, Rio de Janeiro: Mauad..
- Gagnon, J & Simon, W (1973). *Sexual conduct*. Chicago: Aldine.
- Gameiro, J. (1994). Quem sai aos seus/Comunicação Pais e Filhos Adolescentes sobre Sexualidade. Porto: Edições Afrontamento
- Gaspar, T. & Matos, M.G.(2010). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA em adolescentes migrantes. In M. G. Matos: Sexualidade, Afectos e Cultura-gestão de problemas de saúde em meio escolar. Lisboa: Coisas de Ler, pp 57-92.
- Gaspar, Matos, Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006) *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (2), 299-316.
- Gil, A. (1995) .Como Elaborar Projetos de Pesquisa, 3ª edição. São.Paulo :Atlas
- Granja, P.M. (2009) – Caracterização dos Comportamentos Sexuais dos Adolescentes que frequentam o Olá Jovem. APF: Sexualidade & Planeamento Familiar. (2009); 52/53: 46-54.
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) (2005). *Relatório preliminar*. Retirado a 15 de Setembro de 2007 de:
http://sitio.dgicd.min-edu.pt/saude/documents/relatorio_preliminar_es_31-10-2005.pdf.
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) (2007a). *Relatório de progresso*. Retirado a 15 de Setembro de 2007 de:
http://sitio.dgicd.min-edu.pt/saude/documents/relatorio_progressogtes.pdf.
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) (2007b). *Relatório final*. Retirado a 15 de Setembro de 2007 de:

http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/documents/gtes_relatorio_final.pdf.

- Guimarães, C. ; Sousa, S.; Gonzaga, M. ; Luís, P. M. (2012). Guião PRESSE. Formação para Professores. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Departamento de Saúde Pública. (Gt Presse).
- Gunther, I. (1999). Adolescência e Projeto e Projeto de Vida. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento, Vol.I. Brasília: Ministério da Saúde.
- Harrison, J. (2000). Sex education in secondary schools. (1 st published). U.K: st edmundsbury Press.
- Hargreaves, Andy (1998), *Os professores em tempos de mudança*, Lisboa: Macraw Hill de Portugal
- Herbert, M. (1991). *Convivendo com adolescentes*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Jackson, T. (2007). Protective self-presentation,source of socialization,and loneliness among australian adolescents and young adults.*Personality and Individual Differences*.,43 (6),1552-1562.
- Johnson, P., Thorngren, J.M., & Smith, A.J. (2010).Parental Divorce and Family Functioning: Effects on Differentiation Levels of Young Adults. *The Family Journal*, 9, 265-272. London: Sage Publications
- Lalonde, M. (1974). The New Perspectives on the Health of Canadians - a working document. Ottawa.
- Last, John M. (2001). A dictionary of epidemiology. 4ª ed. Nova Iorque: Oxford University Press, Inc. [On-line], <http://books.google.pt/books?id=RPaQY8cG4N4C&pg>, 10/01/10.
- Leal, Filomena da Luz B. Gomes. (2001). *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau.
- Lemos, M.E. (2002). O papel dos conhecimentos sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis. *Sexualidade Planeamento Familiar*, 33, 43-50.
- Lickona, L. (1991). *Educating for character : How our schools can teach respect and responsibility*. (1.ª Ed). New York: Bantam Books 4-10.
- Lopez Santos, V. (2000a). *El Nuevo Enfoque de Atencion a la salud- friasosuna,saludde pública y education para la salud*.Barcelona: Masson.
- Lopez, F.,Fuentes,A. (1999). *Para comprende a sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.
- López, F.L. (2009). *La educación sexual*. .Madrid, Espanha: Biblioteca Nueva.
- López, F., & Oroz, A. (1999). *La vida sexual del adolescente: para comprender*. Quito: Verbo Divino.
- Loureiro, F. (1990). Informação Sexual dos adolescentes, grau de conhecimentos, relação com comportamentos e opiniões. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 8 (2), Abril, Junho, 17-24.
- Lourenço, M.C. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescencia - a adolescente, a familia e a escola*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Margulis, M. (2001). *Juventud. Una aproximacion conceptual*.Em S.D Burak(org.),*Adolescencia y juventud en america latina* (pp. 41- 56). Cartago: Libro Universitario.

- Marin, J.R. (1996). *Psicologia Social de la salud*. Madrid: Editorial Sintesis.
- Maroco, J. Bispo, R. (2003). *Análise e estatística com utilização do SPSS (1ª edição)*. Lisboa: Edições Silabo.
- Maroco, J. Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciencias sociais e humanas*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi.
- Marques, A.M. & Prazeres, V.(coord.). (2000). *Educação Sexual em Meio escolar: linhas orientadoras*. Lisboa: Ministerio da educação e ministerio da saúde.
- Martins, P.O., Trindade,Z.A.,Almeida A.M.O. (2003). O ter e o Ser: Representações Sociais da Adolescência entre Adolescentes de Inserção Urbana e Rural. *Rev. Psicológica: reflexão e Critica* 2003; 16 (3) . 555 -62. (Sexualidade na adolescen. comunidade rural).
- Matos, M. Battistuta, D., Simões, C., Carvalhosa, S., Dias, S. & Gonçalves, A. (2003). Conhecimentos e atitudes sobre VIH em adolescentes portugueses. *Psicologia, Saude & Doenças*, vol. 4 (1), 3 - 20 recuperado a 11 de Junho de 2012 em <http://www.scilo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a01.pdf>.
- Matos, M. e Equipa do Projeto Aventura Social & Saúde. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M., & Equipa do Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes Portugueses– Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do estudo HBSC 2006*. Web site:www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com.
- Matos, M. G. (2008). *Sexualidade, Segurança e Sida - Estado da Arte e propostas em meio escolar*. Retirado a 10 de Fevereiro de 2012 em http://www.fmh.utl.pt/aventurassocial.pdf/sexualidade_seguranca_sida.pdf. Lisboa: Edições FMH.
- MATOS, M.G. (2010). – *Sexualidade, Afectos e Cultura – gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de Ler. 1.ª Edição. 2010.
- Maxwell, K.A. (2002). Friends: Therloe of peerinfluence across adolescent risk behaviors. *journal of youth and Adolescence*, 31(4), 267-277.
- ME, CCPEs, APF, MS, DGS, CAN & RNEPS (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar. Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Medeiros, M. T. (2000). *Adolescência: Abordagens, Investigações e Contextos de Desenvolvimento*. Direcção Regional da Educação. Centro de Apoio Tecnológico à Educação
- Ministério da Saúde . (22 de Fevereiro de 2008). *Governo cria Agrupamento de Centros de Saúde*. Obtido em 04 de Novembro de 2010, de Portal da Saúde: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/2/aces.htm>
- Ministério da Saúde. (21 de Maio de 2007). *Cuidados de Saúde Primários Portuga: Agora, mais do que nuncal*. Obtido em 01 de Novembro de 2010, de Portal da Saúde: <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=46>
- Ministério da Saúde. (24 de Fevereiro de 2010). *História do Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em 4 de Novembro de 2010, de Portal da Saúde: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+d+e+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>

- Ministério da Saúde. (2003). Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2004-2010. Lisboa: MS.
- Miranda, S. (2003). Oficina de dinâmica de grupos para empresas, escolas e grupos comunitários (Vol. 2). Campinas: Papirus
- Monteiro, M.; Santos, M.R.(1995)-Psicologia. Vol.(I), Porto Editora.
- Mulye, T., Park, M. Neson, C. Adams, S., Irwin, C. & Brindis, C. (2009). Trends in Adolescent and Young Adult Health in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 45, 8-24.
- Muuss, R.E. (1976). Teorias da adolescência. Belo Horizonte: Interlivros.
- Nabais, L. (2005). Os Jovens e o álcool na sociedade contemporânea: Estudo de um grupo de jovens consumidores excessivos da região de Lisboa. Tese de mestrado inédita. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nápoles, A. (2002). A escola e a educação sexual: Uma aposta na formação de professores. Tese de mestrado inédita. Departamento de Educação, Faculdade de Ciências. Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Nelis, S. M., & Rae, G. (2009). Brief report: Peer attachment in adolescents. *Journal of Adolescence*, 32, 443-447.
- Nodin, N. (2000). Os Jovens portugueses e a sexualidade no final do século XX. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 25/26, pp. 10-15.
- Nodin, N. (2001). Adolescentes, o sexo e os outros. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 31, pp. 37-42.
- Nodin, N. (2001a). Os Jovens portugueses e a asexualidade em finais do século XX. Coleção Estudos APF. Lisboa: Associação Planeamento da Família.
- Nodin, N. (2001b). Avaliação da eficácia da Educação Sexual em meio escolar. *Revista Sexualidade & Planeamento Familiar*, nº32, Dezembro.
- Nunes, C. A. (1997). Desvendando a Sexualidade. São Paulo: Ed. Papirus.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde . (2008). Relatório Primavera 2008. Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde . (2009). Relatório Primavera 2009, 10/30 anos: Razões para continuar. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2010). Relatório Primavera 2010 - Desafios em Tempos de Crise. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Oliva, A. (2004). Desenvolvimento da personalidade durante a adolescência. In C. Coll, A. Marchesi, & J. Palácios, (Orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação: I. psicologia evolutiva* (2ª ed., pp. 335-349). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, F. C. (1982). Introdução ao planeamento familiar. Coimbra: Serviço de Ginecologia - Hospitais da Universidade de Coimbra.
- OMS, CE, CCE. (1995). A rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde - Um projecto conjunto da OMS, do CE e da CCE. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001) Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (Outubro de 2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa. Obtido de Ordem dos enfermeiros:<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/competenciasEnfCG.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. A Declaração de Alma-Ata. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (1985). As metas da saúde para todos: Metas da estratégia regional europeia da saúde para todos. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Lisboa: DGS. Divisão de Educação para a Saúde.
- OMS (1998). Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communication. World Health Organization, Geneva
- Paiva, V., (1996). Sexualidades adolescentes: escolaridade, género e o sujeito sexual. In: Sexualidades Brasileiras (Parker, R. & Barbosa, R.M., orgs.), Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Padilla-Walker, L. M. & Bean, R. A. (2009). Negative and Positive peer influence: Relations to positive and negative behaviors of African, European American, and Hispanic adolescents. *Journal of Adolescence*, 32, 323-337.
- Pagés - Poly, M. F. & Pagés, J. S. (1997). Quando os adolescentes despertam para a sexualidade. Terramar.
- Papalia, D. & Olds, S. (2000). Desenvolvimento Humano (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pearson e Vaughan Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: Grafilarte
- Pereira, M. (1993). Com quem falam os adolescentes sobre sexualidade? Ilações com base nos resultados de um questionário. *Análise Psicológica*, pp. 415-424.
- Pereira, A. L. (2003). Educação em Saúde. in: ensinando a cuidar em saúde pública. Difusão.
- Pereira, S., Morais, M. Matos, M. (2010). Sexualidade, comportamentos sexuais e VIH/SIDA. In: M. G. Matos (Ed.), *Sexualidade: Afetos e Cultura - Gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de ler.
- Petersen, J.L. & Hyde, J.S.(2010). (1993-2007). A Meta-Analytic Review of Research on Gender Differences in Sexuality. *Psychological Bulletin*, 136(1), 21-38.
- Phipps, W. et al. (1995). *Enfermagem Médico Cirurgia: Conceitos e prática clínica*. Lisboa:
- Pires, M. (2001). *Pedagogia de Vinculações e Educação para os Valores*. Dissertação para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Educação, Psico-sociologia da Educação. Universidade Nova de Lisboa.
- Pontes, A.F. (2010). *Sexualidade: vamos falar sobre isso? Promoção do desenvolvimento psicossocial na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção em meio escolar*. (Dissertação de Doutoramento) Universidade do Porto, Porto.
- Portugal. Direcção Geral da Saúde. (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto de situação*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

- Portugal. Direcção Geral de Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde: Mais Saúde para Todos 2004/2010 - Prioridades (Vol. I). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal. Direcção Geral de Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde: Mais Saúde para Todos 2004/2010 - Estratégias (Vol. II). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal. Direcção Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. Circular Normativa nº 7/DSE de 29 de Junho. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Prazeres, V. (1998). Saúde dos adolescentes: princípios orientadores. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Precioso, José (1992) "Algumas estratégias de âmbito intra e extra-curricular, para promover e educar para a prática de uma alimentação racional", Revista Portuguesa de Educação, 5:2, 111-128. [On-line], <http://hdl.handle.net/1822/511>, 23/10/2011.
- Publica, Conferencia internacional sobre cuidados de saude primários.Portal da saude. (1978). <http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaoaude>. Obtido em 01 de 02 de 2012, de Dec Alma - Acta.htm.
- Publicado no Diário Republica nº110 de 7 de Junho. (s.d.). Despacho nº12.045/2006(2ª serie) .
- Quivy, Compenhoudt, L. (1992). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, F. R. S. et al. (2001). Viver e adolecer com qualidade. In: Adolescer: compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEN.
- Ramos, R. (1999). A ancoragem da representação do SIDA nas concepções socioculturais da sexualidade. Dissertação de mestrado não publicada. Porto: Universidade do Porto.
- Ramos, R.D., Eira, C., Martins, A., Machado, A., Bordalo, M., & Polónia, Z. (2008). Atitudes, Comunicação e Comportamentos Face à Sexualidade Numa População de Jovens em Matosinhos. Arquivos de Medicina, 22(1), 3-15.
- Rebelo, J. (2008). Noventa menores abortam na Alfredo da Costa. Correio da Manhã. 7 de Julho 2008. Acedido a 7/09/2012 em <http://www.correio.manha.pt>.
- Relvas, A. (2000). O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). Metodologia de Investigação em Psicologia de Saúde. Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, P. (1990). Educação Sexual além da informação. São Paulo: Editora Pedagógica e universitária.
- Rodrigues, J. M. G. (1989). O Enfermeiro e a Sexualidade.Lisboa: Nursing.
- Rose, R. (2000). How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. Social Science & Medicine.
- Sá, E. (2002). *Adolescentes somos nós*. Edições Fim de Século
- Sakellarides, Constantino. (2009). Novo Contrato Social da Saúde - Incluir as Pessoas. Loures: Diário de Bordo.
- Salleras Sanmarti, L. (1985). Educacion Sanitaria: Principios, métodos e aplicaciones. Barcelona: Ediciones Diaz de Santos.

- Sampaio, D, Baptista, M., Matos, M., & Silva, M. (2005). Relatório Preliminar. Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o Mar - 1ª Edição*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, M. (1987). *Escola e Educação Sexual*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Santos, M. (2002). Família e sexualidade: narrativa e quotidiano. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 35, pp. 16-19.
- Sardinha, L. B., Matos, M. G., & Loureiro, L. (1999). Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos ambitos da actividade fisica, nutrição e tabagismo. Lisboa: FmhEdições.
- Saúde, Direcção Greal de. (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar.circular normativa nº7/dse de 29 de Junho. Lisboa: Direcção regional de saúde.
- Saúde, Direcção-Geral de. (2003). *Saúde juvenil no masculino - genero e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: DGS - Divisão de Saúde Materna.
- Saúde, Portugal Ministério da. (2004). *Programa de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Mnistério da Saúde - Plano Nacional de Saúde para 2004-2010.
- Scriven, A. & Stiddard, L. (2003). Empoweringschools:Translatinghealthpromotionprinciplesintopractice. *HealthEducation*, Vol. 103 (2), pp.110-118. [online]
- Segrin, C., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43, 637-646.
- Sieccan. (2004). Sexual health Education in the School: Question and answers. *Canadian Journal of Human Sexuality* 13 (3-4) fall/winter.
- Silber, T. J.; WOODWARD, K. (1985). Enfermidades de transmissiõensexaul durante la adolescencia. In: OrganizacioPan-Americana de la Salud. La saluddel adolescente y el jovenen las Americas: Washington:
- Silva, I.,. (2006). *Educação para os valores em Sexualidade: Um estudo com futuros professores e alunos do 9º ano de escolaridade*. Tese de Mestrado inédita. Braga: Instituto de Educação e Psicologia do Minho - Universidade do Minho.
- Silva, M. O. (1992). *A gravidez na adolescencia. Relevancia clinica da intervençao pré-natal*.
- Soares, I. M. C. (1992). *Representação da vinculaçao na idade adulta e na adolescencia. Estudo intergeracional: mãe - filho (a)*. Porto: Faculdade de Psicologia e deCiências da Educação da Universidade do Porto.
- Sousa, M. (2000). *Sexualidade na adolescência - comportamentos,conhecimentos e opiniões / atitudes de adolescentes escolarizados (Tese de Mestrado)*. Porto: Universidade do Porto.
- Souza LB, Fernandes JFP,Barroso MG. (s.d.). *Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar*. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(4):408-13.
- Souza, Luccas M.; Wegner, Wiliam; Gorini, Maria I.P.C. (Julho de 2007). *Educação em Saúde: Uma estratégia de Cuidado ao Cuidador Leigo*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

- Sprinthall, N., & Collins, W (2003). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Starfield, Barbara. (n.d). *Associação para o desenvolvimento de novas iniciativas para a vida*. Obtido em 07 de Novembro de 2010, de Associação para o desenvolvimento de novas iniciativas para a vida: <http://www.advita.pt/index.php?id=41,53,0,0,1,0>
- Stiles, A. & Raney, T. (2004). Relationships among personal space boundaries, peer acceptance, and peer reputation in adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17, 29-40.
- Strasburger, V. (1995). *Adolescent and the media: medical and psychological impact*. Thousand Oaks. Sage Publications.
- Strenbert, Helen J.; Carpenter, Dona R. (1999). *Investigação qualitativa em Enfermagem: Avançando o impertivo humanista*. Loures: Lusociência.
- Sugar, M. (1992). *Adolescência Apática e Sexualidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sukiennik,P.B. (2000) - *O Aluno problema*.Porto Alegre. Mercado Aberto.
- Snyder, M., Simpson, J., & Gangestad, S. (1986). Personality and sexual relations. *Journal of Personality and Social Psychology*,51, pp. 181-190.
- Taborda, Mário. (1959). FREUD, Separata de «O Médico» nº 389, . Porto: Tip.Sequeira, Lda.
- TomeyA.M.; ALLIGOOD,M.R.(2003).*Teóricas de enfermagem e sua obra*. 5ªed.Loures: Lusociência.
- Tones, K. (1998). *Promover a Saúde: a contribuição da educação*. Lisboa: Ministério da Saúde, Divisão deEducação para a Saúde da D.G.C.S.P.
- UNAIDS, (2006). (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). Report on the Global AIDS epidemic: executive summary. May, 2006. In: 2006 report on the global AIDS epidemic: may 2006. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2006. Disponível em:<http://www.unaids.org/en/HIV_data/default.asp> Acesso em: 14 jun. 2006
- United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization (2010a). *Levers of Success – Case studies of national sexuality education programmes*. Retirado de <http://unesdoc.org/images/0018/001884/188495e.pdf>
- United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization (2010b). *Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade – Uma abordagem baseada em evidencias para escolas, professores e educadores em saude*. Retirado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>
- Vasconcelos. Naumi.(1971) -*Os Dogmatismos Sexuais*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Vaz, J. (1993). *O sexo dos anjos*. Lisboa: Relógio de Água.
- Vaz. J.M, Vilar, D. & Cardoso, S. (1996). *Educação Sexual na Escola* (p. 19). Lisboa: Universidade Aberta.
- Vaz, J. Machado et al. (1996). *Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Vaz. M.D.O.B.M, (2011) *Atitudes e Comportamentos dos Adolescentes face à Sexualidade*-Dissertação de mestrado.Badajoz: Universidad de Extremadura
- Ventura, F. (1991). *Mães Adolescentes*. O médico. Vol. 125, nº 2041, p.166-172.

- Vilar, D. (1999). Falar disso... contributos para compreender a comunicação sobre sexualidade entre progenitores e adolescentes. Tese de doutoramento não-publicada. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Vilar, D. (2003). Falar disso. A educação sexual nas famílias dos adolescentes. Coleção bibliotecas da ciência do homem. Sociologia, epistemologia. Porto: Edições Afrontamento.
- Vilar, D. (2005), Estudo diagnóstico sobre acesso, qualidade e necessidades de formação em saúde sexual aqse reprodutiva. Sexualidade & Planeamento Familiar, Nº 40/41, pp.46-56.
- Vilar, D.& Ferreira, P.M. (2009). Educação Sexual do Jovens Portugueses: conhecimentos e fontes. Educação Sexual em Rede, 5, 2-53.
- Vilar D. & Souto E. (2008) A Educação Sexual no Contexto da Formação Profissional. Instituto do Emprego e Formação Profissional
- Wilkinson, R. B. (2009). Best friendattachment versus peer attachment in the prediction of adolescent psychological adjustment, 1-9. Journal of Adolescence.
- Windle, M. Shope, J. & Buskstein, O. (1996) Alcohol use. In R. Diclemente, W. Hansen, &L.Ponton (ed.),.New York: Plenum Press.
- World Health Organization (1986). The Ottawa Charter of Health Promotion. First international conference on health promotion. [Em linha]. Ottawa: WHO, 1986. [Consultado em 20 Dez.2008] Disponível na [www:<URL: httpwww.who.int/healthpromotion/conference/previous/ottawa/en/print.html>](http://www.who.int/healthpromotion/conference/previous/ottawa/en/print.html)
- Xarepe, F. (1990). A gravidez na adolescencia. Aspectos Sociais. Análise Psicológica, 4, 435-437.
- Young. (1996). Promover a Saúde da Juventude Europeia (p. 61)

Documentos Legislativos

- Constituição da República Portuguesa (2001). Coimbra: Livraria Almedina.
- Decreto-Lei 259/2000 de 17 de Outubro. Regulamenta a Lei nº 120/99 de 11 de Agosto (reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva), fixando condições de promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados no âmbito da sexualidade e planeamento familiar. Diário da República. I Série, Nº 240 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em://www.dre.pt/
- Despacho n.º 172/ME 1993 (1993). Programa de Promoção e Educação para a Saúde – Ministério da Educação. Diário da República. II Série, 27 de Julho , N.º189.
- Despacho n.º 15587/1999 (1999). Comissão de coordenação da Promoção e Educação para a Saúde. Ministério da da Educação. Diário da República. II Série, N.º187, 11981-11982.
- Despacho nº 12045/2006 (2006). - DGS (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar – Ministério da Educação. Diário da República. II série, Nº 110, de 7 de Junho de 2006
- Lei n.º 3/84 de 24 de Março de 1984. Educação Sexual e Planeamento Familiar. Diário da República. I Série A, Nº 71 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em://www.dre.pt
- Lei n.º 12/2001 de 29 de Maio de 2001. Contraceção de Emergência. Diário da República. I Série, Nº 124 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em://www.dre.pt/
- Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto de 1999. Reforça as garantias do direito à Saúde Reprodutiva. Diário da República. I Série A, Nº 186 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em://www.dre.pt/
- Lei de Base da Saúde, em 1990. Saúde em Portugal – Uma estratégia para o virar do século (orientações para 1997)”, do Ministério da Saúde

ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização para a utilização do questionário de ramos et al (2008) no estudo “atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens em Matosinhos”



Sandra Reis <sandra.barbeitos.reis@gmail.com>

artigo

3 mensagens

Sandra Reis <sandra.barbeitos.reis@gmail.com>
Para deveza.rui@gmail.com

11 de Abril de 2012 01:26

Boa noite D.r Rui Ramos,

Eu, Sandra Reis, Enfermeira no Centro de Saúde de Monção, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, pretendo desenvolver um estudo no ambito da sexualidade do adolescente, orientado pela Professora Doutora Luisa Santos.

Tendo lido o vossso artigo : " Atitudes, comunicação e comportamentos face á sexualidade numa população de jovens de Matosinhos", este despertou o meu interesse e apresenta-se muito enquadrado no que pretendo desenvolver, tornando-se uma mais valia. Assim sendo estou interessada em conhecer melhor o estudo que foi desenvolvido, assim como a possibilidade de utilizar , se assim o permitirem, o instrumento (questionário) por vós usado, como tal peça que sendo possível o disponibilizem e me autorizem o uso e referencia do mesmo. Já entrei em contacto com a D.r Cecilia que se mostrou disponível sempre que o D.r concorde.

Atentamente,
Sandra Reis

rui deveza ramos <deveza.rui@gmail.com>
Para Sandra Reis <sandra.barbeitos.reis@gmail.com>

18 de Abril de 2012 00:43

Boa noite Srª Enª Sandra Reis,

Presumo que é a mesma pessoa que me contactou esta semana para o Hospital.

Concerteza que autorizo a sua utilização.

Quanto à conversa sobre o projecto também há disponibilidade. Veja se a Drª Cecilia Eira tem também disponibilidade devido ao seu inequivoco envolvimento e por ser, na altura Coordenadora da Equipa de Promoção da Saúde e Saúde Escolar da ULS Matosinhos.

Envio as melhores saudações,
Rui Ramos

No dia 11 de Abril de 2012 01:26, Sandra Reis <sandra.barbeitos.reis@gmail.com> escreveu:
[Citação ocultada]

--
Rui Devesa Ramos
deveza.rui@gmail.com

Sandra Reis <sandra.barbeitos.reis@gmail.com>
Para cecilia.eira@gmail.com

18 de Abril de 2012 09:46

Bom dia Dr Celia,

Entrei em contacto com o D.r Rui, que enviou o email em anexo. Agradecia então se fosse possível o envio do documento.

Cumprimentos
Sandra Reis

ANEXO 2 – Autorização para a utilização do questionário de Sousa (2000) no estudo “sexualidade na adolescência/comportamentos, conhecimentos e opiniões/attitudes de adolescentes escolarizados”



Sandra Reis <sandra.barbeitos.reis@gmail.com>

tese
3 mensagens

Sandra Reis <sandra.barbeitos.reis@gmail.com> 18 de Abril de 2012 15:09
Para filomena@ipb.pt

Boa tarde Prof. Filomena,

Eu, Rosa Sandra Barbeitos Reis, Enfermeira no Centro de Saúde de Monção, a frequentar o mestrado de saúde comunitaria na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, encontro-me a desenvolver um estudo na area da sexualidade do adolescente orientado pela Prof. Doutora Luísa Santos. Tendo lido a sua tese acerca da sexualidade na adolescencia , ficamos muito interessadas no instrumento ulizado, uma vez que se encontra adequado ao que pretendemos desenvolver , gostaríamos de saber se é possível a sua utilização , garantindo a correta referenciação do mesmo. Aguardamos assim a sua autorização para o devido efeito.
Cumprimentos
Sandra Reis

Filomena <filomena@ipb.pt> 20 de Abril de 2012 12:32
Para Sandra Reis <sandra.barbeitos.reis@gmail.com>

Enfermeira Rosa

Li o seu pedido e nada tenho a opor quanto á utilização do instrumento de recolha de dados da minha tese de mestrado. Dado que a mesma se encontra na base de dados da UP, não precisa que lha disponibilize, no entanto se precisa de mais alguma informação estou ao dispor e sucesso para a sua tese..

Os melhores cumprimentos pessoais

Maria Filomena G. Sousa

De: Sandra Reis [mailto:sandra.barbeitos.reis@gmail.com]
Enviada: quarta-feira, 18 de Abril de 2012 15:09
Para: filomena@ipb.pt
Assunto: tese

[Citação ocultada]

Sandra Reis <sandra.barbeitos.reis@gmail.com> 20 de Abril de 2012 13:01
Para Filomena <filomena@ipb.pt>

Bom dia Prof. Filomena,

Agradeço a disponibilidade e brevidade de resposta, será com muito gosto que utilizarei o seu instrumento de recolha de dados. Darei noticias do estudo.

Muito obrigada.

ANEXO 3 – Pedido de autorização para a aplicação do estudo na escola secundária de monção

Exmo. Senhor

Director da Escola Secundária de Monção

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do projeto de investigação de mestrado

Dados do Investigador Principal:

Nome – Rosa Sandra Barbeitos Reis

Habilitações – Licenciatura em Enfermagem

Instituição onde trabalha – ULSAM- Centro de Saúde de Monção

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Título do projecto de investigação: Sexualidade no Adolescente – Articulação entre Escola e Serviços de Saúde

Finalidade: Definir estratégias de articulação entre a Escola e os Serviços de Saúde, centradas nas necessidades nos adolescentes, capazes de promover a aquisição de uma atitude coerente, autónoma, responsável e positiva na vivência da sua sexualidade

Objetivos do projeto de investigação: Para a consecução deste estudo elaborou-se os seguintes objectivos específicos:

- Identificar os conhecimentos dos adolescentes relativos à sexualidade;
- Identificar os comportamentos dos adolescentes face à sexualidade;
- Identificar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade;
- Auscultar a opinião dos adolescentes face a abordagem temática no âmbito da sexualidade;
- Identificar como e onde preferem os adolescentes que seja feita a abordagem temática no âmbito da sexualidade

•
Período do estudo: compreendido entre Abril e Julho de 2012

Subscrevo este pedido solicitando a V. Ex^a., na qualidade de Investigadora principal, autorização para a efectivação do projecto de investigação em epígrafe, a realizar na Escola Secundária de Monção.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão ao Conselho de Administração do projeto de investigação supracitado.

Com os melhores cumprimentos,

Viana do castelo, 19 de Março de 2012

A Investigadora Principal : Rosa Sandra Barbeitos Reis

ANEXO 4 – Pedido de autorização para a aplicação do estudo na escola profissional

Exmo. Senhor

Director da Escola Profissional de Monção

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do projeto de investigação de mestrado

Dados do Investigador Principal:

Nome – Rosa Sandra Barbeitos Reis

Habilitações – Licenciatura em Enfermagem

Instituição onde trabalha – ULSAM- Centro de Saúde de Monção

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Título do projecto de investigação: Sexualidade no Adolescente – Articulação entre Escola e Serviços de Saúde

Finalidade: Definir estratégias de articulação entre a Escola e os Serviços de Saúde, centradas nas necessidades dos adolescentes, capazes de promover a aquisição de uma atitude coerente, autónoma, responsável e positiva na vivência da sua sexualidade

Objetivos do projeto de investigação: Para a consecução deste estudo elaborou-se os seguintes objectivos específicos:

- Identificar os conhecimentos dos adolescentes relativos à sexualidade;
- Identificar os comportamentos dos adolescentes face à sexualidade;
- Identificar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade;
- Auscultar a opinião dos adolescentes face a abordagem temática no âmbito da sexualidade;
- Identificar como e onde preferem os adolescentes que seja feita a abordagem temática no âmbito da sexualidade

Período do estudo: compreendido entre Abril e Julho de 2012

Subcrevo este pedido solicitando a V. Ex^a., na qualidade de Investigadora principal, autorização para a efetivação do projecto de investigação em epígrafe, a realizar na Escola Profissional de Monção.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão ao Conselho de Administração do projeto de investigação supracitado.

Com os melhores cumprimentos,

Viana do castelo, 19 de Março de 2012

A Investigadora Principal : Rosa Sandra Barbeitos Reis

APÊNDICES

APÊNDICE I- QUESTIONÁRIO

“A sexualidade humana inicia-se á nascença e mantêm-se presente até ao fim da vida”
(Young Ian, p.135)

Refletir sobre a sexualidade do adolescente tendo este por foco de atenção apresenta-se como fulcral na intenção de contribuir para o desenvolvimento harmonioso do mesmo.

QUESTIONARIO

Este questionário faz parte de um estudo acerca das atitudes, conhecimentos e comportamentos de adolescentes face à sexualidade, pelo que as tuas respostas devem ser o mais verdadeiras possíveis e serão muito importantes, uma vez que pertencem ao grupo de adolescentes selecionados. As informações recolhidas destinam-se apenas a tratamento estatístico, como tal garantimos que serão tratadas confidencialmente e destruídas após a investigação.

Obrigada pela tua colaboração

Dados Pessoais

(Estes dados não te identificam, servem apenas para tratamento estatístico).

1 - Sexo

1	Masculino	
2	Feminino	

2- Idade _____ Anos

3- Ano Escolar

1	10 ^o	
2	11 ^o	
3	12 ^o	

4- Área Científica _____

5- Local de residência

1	Monção (vila)	
2	Vale do Gadanha	
3	Vale Mouro	
4	Outro	Qual? _____

6 - Estado Civil dos pais

	Pai	
1	Casado	
2	Divorciado	
3	Viúvo	
4	Vive maritalmente	
5	Solteiro	
6	Outro	

	Mãe	
1	Casada	
2	Divorciada	
3	Viúva	
4	Vive maritalmente	
5	Solteira	
6	Outro	

7 - Nível de escolaridade dos pais:

		Mãe	Pai
1	Não sabe ler nem escrever		
2	Sabe ler e escrever		
3	4ª Classe		
4	6º Ano		
5	9º Ano		
6	12º Ano		
7	Bacharelato		
8	Licenciatura		
9	Mestrado/Doutoramento		

8- Assinala qual o grau de comunicação que tens com os teus pais:

		Pai	Mãe
1	Muito Boa		
2	Boa		
3	Regular		
4	Suficiente		
5	Insuficiente		

Inventário de Percepção Juvenil (Youth Perception Inventory - YPI)

(Elaborado por Streit, 1978; Adaptado por Fleming, 1993)

9 - Relativamente a cada uma das perguntas que se seguem indica, qual a tua opinião colocando uma cruz (X) na quadrícula correspondente ao que pensas ou sentes acerca do comportamento dos teus pais para contigo.

		Mãe e Pai	Só Mãe	Só Pai	Nem Mãe nem Pai
1	Quem o deixa sair quando quer?				
2	Quem o deixa sair como quer?				
3	Quem não o obriga a fazer coisas quando se queixa que não quer?				
4	Quem o deixa fazer o que quer?				
5	Quem o deixa gastar o seu dinheiro como quer?				
6	Quem o deixa ficar acordado até tarde sem pedir?				
7	Quem o ajuda a dar festas para os seus amigos?				
8	Quem gosta de estar com os seus amigos em casa?				
9	Quem é que os seus amigos admiram?				
10	Quem quer ouvir as suas ideias?				
11	Quem fala consigo sobre coisas íntimas?				
12	Quem quer saber como realmente se sente?				
13	Quem diz bem de si?				
14	Quem fala nas coisas bem-feitas que faz?				
15	Quem diz que tem bom feitio?				
16	Quem fica feliz por o ver quando chega da escola?				
17	Quem gosta de discutir assuntos contigo?				
18	Quem gosta de sair consigo?				
19	Quem gosta de fazer coisas consigo?				
20	Quem passa um tempo agradável consigo em casa?				
21	Quem lhe fala com voz carinhosa e meiga?				
22	Quem lhe sorri com frequência?				
23	Quem o(a) acarinhava e beijava ao deitar de pequeno?				
24	Quem diz que gosta e si?				
25	Quem o fez sentir melhor depois de falar consigo sobre os seus problemas?				
26	Quem sabe como se sente quando está triste?				
27	Quem o anima quando está triste?				
28	Quem o faz sentir melhor quando esta com medo?				
29	Quem gosta de falar consigo sobre os assuntos do dia-a-dia?				
30	Quem o incentiva a ler?				
31	Quem lhe diz onde poderá encontrar aquilo que procura?				
32	Quem gosta mais de ficar consigo em casa do que sair?				
33	Quem faz sentir importante?				
34	Quem lhe dá carinho e atenção?				
35	Quem quer que passe bastante tempo na sua companhia?				
36	Quem lhe dá muita atenção em casa?				
37	Quem lhe está sempre a dizer como deve comportar-se?				
38	Quem lhe diz quanto se sacrificou por si?				
39	Quem lhe diz tudo o que fez por si?				
40	Quem deseja dizer-lhe o que deve fazer?				
41	Quem o castiga quando não faz o que se espera que faça?				
42	Quem insiste para acabe o seu trabalho?				

		Mãe e Pai	Só Mãe	Só Pai	Nem Mãe nem Pai
43	Quem não o deixa ficarem paz até fazer o que lhe mandam?				
44	Quem pensa que deveria ter melhores resultados na escola?				
45	Quem se queixa do que você faz?				
46	Quem fica zangado consigo se não ajuda em casa?				
47	Quem não "liga" quando faz qualquer coisa errada?				
48	Quem pergunta aos outros o que fez fora de casa?				
49	Quem é muito severo consigo?				
50	Quem o castiga severamente?				
51	Quem o castiga pela mais pequena coisa?				
52	Quem arranja as coisas de maneira que ande sempre aflito?				
53	Quem se zanga quando faz perguntas?				
54	Quem reage como se estivesse a mais?				
55	Que o faz sentir que não o ama?				
56	Quem parece satisfeito por se afastar de si?				
57	Quem parece aquilo que precisa ou quer?				
58	Quem se esquece de o ajudar quando precisa?				
59	Quem não quer fazer coisas consigo?				
60	Quem não conversa muito consigo?				
61	Quem passa muito pouco tempo consigo?				
62	Quem não quer falar muito consigo?				
63	Quem não dá muita importância se é bom na escola ou em casa?				

10 - Consideras os teus pais:

		Pai	Mãe
1	Intransigente		
2	Dominador(a)		
3	Firme		
4	Permissivo(a)		

11 - Consomes bebidas alcoólicas:

1	Nunca	
2	Ocasionalmente	
3	Frequentemente	
4	Fins-de-semana	

12 - Consomes alguma substancia aditiva:

1	Nunca	
2	Ocasionalmente	
3	Frequentemente	
4	Fins-de-semana	

12.1 - Caso consumas, qual/quais? _____

13 – Já tiveste relações sexuais sob efeito de bebidas alcoólicas e/ou substâncias aditivas?

1	Nunca	
2	Ocasionalmente	
3	Frequentemente	
4	Fins-de-semana	

14 - Conversas com os teus pais sobre assuntos como a sexualidade?

		Pai	Mãe
1	Sim		
2	Não		

14.1 - Se não, porquê?

		Pai	Mãe
1	Não é assunto para discutir com o pai/mãe		
2	Têm vergonha em falar no assunto		
3	Ele(a) não responde		
4	Ele(a) evita falar sobre sexo		
5	Outro		

Especifique: _____

15 - Costumas conversar com alguém na escola sobre sexualidade?

1	Sim	
2	Não	

15.1 - Se Sim, com quem? _____

15.2 - Se não, porquê?

1	Não gostas de falar no assunto	
2	Tens vergonha	
3	Não sabes o que dizer	
4	Outro	

Qual: _____

16 - Consideras que a informação que possuis sobre sexualidade é:

1	Muito boa	
2	Boa	
3	Regular	
4	Suficiente	
5	Insuficiente	

16.1 - Onde obtiveste a informação sobre sexualidade?

1	Centro de saúde	
2	Escola	
3	Família	
4	Internet	
5	Outro	

Especifique: _____

16.2 - Obtiveste a informação que tens sobre a sexualidade através de:
(podes assinalar mais do que uma resposta)

1	Pai	
2	Colegas	
3	Livros	
4	Professores	
5	Psicólogos	
6	Mãe	
7	Irmãos	
8	Televisão	
9	Médico(a)	
10	Enfermeiro(a)	
11	Outro	

Qual: _____

17 – Consideras importante a existência de educação sexual na escola?

1	Sim	
2	Não	

17.1- Justifica a tua resposta:

18 - Relativamente às informações que se seguem, **indica qual o teu grau de concordância**, assinalando com um círculo o número correspondente.

O 1 significa completamente em desacordo e o 9 completamente de acordo. Os números compreendidos entre os extremos, significam graus intermédios de acordo.

Inventário Psicosssexual de Snyder, Simpson e Gangestad (1986; para a versão portuguesa, cf. Alferes, 1997)

1	Para mim ter relações sexuais com alguém não implica necessariamente que esteja comprometido(a) com essa pessoa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	Sentir-me-ia bem e à vontade tendo relações sexuais com alguém que me atraísse muito, mas que não conhecesse muito bem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Sou capaz de me imaginar sem problemas e experimentando prazer tendo, ocasionalmente, relações sexuais com diferentes parceiros.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	Precisava de estar intimamente ligado(a) a alguém (tanto emocional como psicologicamente) antes que me pudesse sentir confortável e apreciar completamente ter relações sexuais com essa pessoa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5	Mesmo que me sentisse fisicamente atraído(a) por outra pessoa, sentiria desconforto tendo relações sexuais com essa pessoa sem a conhecer bastante bem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6	Nunca teria relações sexuais com alguém sem que tivesse total e exclusivamente “comprometido(a) com essa pessoa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7	O sexo sem amor é agradável.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8	Não preciso necessariamente de me sentir psicologicamente e emocionalmente ligado(a) a alguém para iniciar uma atividade sexual com essa pessoa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

19 - Consideras-te satisfeito com a tua sexualidade

1	Muito Satisfeito	
2	Satisfeito	
3	Pouco Satisfeito	
4	Insatisfeito	
5	Não sabe responder	

20 - Consideras-te:

1	Heterossexual	
2	Bissexual	
3	Homossexual	

21 - Já tiveste relações sexuais?

1	Nunca	
2	Raramente	
3	Com frequência	

22 - Em caso afirmativo, quantos anos tinhas quando tiveste a tua primeira relação sexual?
_____ Anos

23 - A primeira vez que tiveste relações sexuais foi com:

1	Amigo(a)	
2	Namorado(a)	
3	Outro	

23.1 – Nessa primeira relação sexual utilizaste algum método contraceutivo?

1	Sim	
2	Não	

24 - Se tens relações sexuais, costumavas utilizar algum método contraceutivo?

1	Sempre	
2	Às vezes	
3	Nunca	

24.1 – Que método utilizas: (podes assinalar um X mais do que uma resposta)

1	Coito interrompido (marcha atrás, retirar o pénis antes de ejacular)	
2	Pílulas anticoncecionais	
3	DIU (dispositivo intrauterino)	
4	Preservativo	
5	Diafragma	
6	Métodos naturais (temperatura, muco,)	
7	Outro	

Indique qual: _____

24.2 - Se não usas sempre método contraceutivo nas relações sexuais, diz porquê:

1	Tens vergonha de os comprar	
2	Porque quebra a confiança do parceiro	
3	Diminui o prazer sexual	
3	Não sabes como utilizar	
4	Outras razões:	

Quais: _____

25 - Conheces algum tipo de método contraceutivo que simultaneamente evita a gravidez e algumas doenças sexualmente transmissíveis?

1	Sim	
2	Não	

25.1 - Se sim, Qual? _____

26 - No último ano, tiveste relações sexuais com uma pessoa que:

		Não	Sim	Não Sabe
1	Usa drogas			
2	Se prostitui			
3	Costuma ter relações sexuais com pessoas dos dois sexos (bissexual)			
4	Costuma ter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo			
5	Não conhecias o passado sexual			
6	Tem SIDA ou é seropositiva			
7	Tem uma doença de transmissão sexual			

27 - Mudaste algum dos aspetos da tua vida sexual desde que tiveste conhecimento da existência da SIDA?

1	Sim	
2	Não	

27.1 - Se sim, em quê? _____

28 - Conheces alguma pessoa próxima de ti que tenha feito o teste de diagnóstico da SIDA?

1	Sim	
2	Não	

29 - Responde se se contrai (apanha) a SIDA através das seguintes situações:

		Nunca	Talvez	Sempre
1	Saliva			
2	Sangue			
3	Lágrimas			
4	Picada de mosquito			
5	Casas de banho			
6	Piscinas públicas			
7	Seringas			
8	Esperma			
9	Lâminas de barbear			
10	Beijos			
11	Abraços			
12	Copos			

Só respondem os rapazes

30 - O que farias se a rapariga com quem anda ficasse grávida?

1	Discutia o assunto com ela	
2	Pedia ajuda aos pais	
3	Pedia ajuda ao professor	
4	Pedia ajuda ao médico/enfermeiro	
5	Sugeria o aborto	
6	Assumia o filho mas não casava	
7	Casava	
8	Não sabe	
9	Outras razões:	

Quais: _____

Só respondem as raparigas

31- O que farias se ficasses grávida?

1	Discutia o assunto com o seu companheiro	
2	Pedia ajuda aos pais	
3	Pedia ajuda ao professor	
4	Pedia ajuda ao médico/enfermeiro	
5	Sugeria o aborto	
6	Assumia o filho mas não casava	
7	Casava	
8	Não sabe	
9	Outras razões:	

Quais: _____

32 - Conheces algum serviço onde podes obter informação sobre sexualidade ou para resolver alguma dificuldade neste domínio?

1	Sim	
2	Não	

32.1 - Se sim, Qual? _____

33 - Costumas recorrer às consultas de atendimento a jovens?

1	Sim	
2	Não	

33.1 - Se não, Porquê? _____

33.2 - Se sim, Qual o local?

1	Escola	
2	Centro de Saúde	
3	Gabinete de apoio ao jovem	
4	Outro	

Qual: _____

33.3 - Se sim, qual o técnico a quem mais pedes ajuda?

1	Médico(a)	
2	Enfermeiro(a)	
3	Professor(a)	
4	Psicólogo(a)	
5	Outro	

Qual: _____

33.4 - Como classificas a consulta de atendimento aos jovens?

1	Muito Boa	
2	Boa	
3	Regular	
4	Suficiente	
5	Insuficiente	

33.5 - Concordas com a forma de funcionamento das consultas de atendimento aos jovens?

1	Sim	
2	Não	
3	Não sabe	

33.6 - Se respondeste não, Porquê? _____

34 - Para ti, planeamento familiar significa:

(pode assinalar mais do que uma resposta)

1	Prevenção de doenças Sexualmente transmissíveis	
2	Forma de evitar a gravidez	
3	Ajuda para uma vida sexual saudável	
4	Informação de métodos contraceptivos	
5	Tratamento de infertilidade	
6	Controle de natalidade	

35- Já alguma vez foste a uma consulta de planeamento familiar?

1	Sim	
2	Não	

APÊNDICE II - ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO À DECOMUNICAÇÃO COM OS PAIS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO

APENDICE II**ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO À COMUNICAÇÃO COM OS PAIS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1- Análise das diferenças quanto à comunicação com os pais e o sexo**

	Grau de comunicação com a mãe	Grau de comunicação com o pai
Z	-,276	-,734
Asymp. Sig. (2-tailed)	,782	,463

Man-Whitney . Grouping Variable: Sexo

Quadro 2- Análise das diferenças quanto à comunicação com os pais e a idade

	Grau de comunicação com a mãe	Grau de comunicação com o pai
Z	-1,267	-,982
Asymp. Sig. (2-tailed)	,205	,326

Man-Whitney . Grouping Variable: Idade

Quadro 3- Análise das diferenças quanto à comunicação com os pais e o tipo de ensino

	Grau de comunicação com a mãe	Grau de comunicação com o pai
Z	-,709	-,636
Asymp. Sig. (2-tailed)	,478	,525

Man-Whitney . Grouping Variable: Tipo ensino

APÊNDICE III - DIFERENÇAS ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE E O SEXO

APÊNDICE III**DIFERENÇAS ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE E O SEXO****Quadro 1 – Diferenças entre comunicação sobre sexualidade com a mãe e o sexo dos jovens**

Conversas com a tua mãe sobre assuntos como a sexualidade?	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,146a	1	,004
N of Valid Cases	334		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 65,14.

Quadro 2 – Diferenças entre comunicação sobre sexualidade com o pai e o sexo dos jovens

Conversas com o teu pai sobre assuntos como a sexualidade?	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,229a	1	,013
N of Valid Cases	322		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 47,!

APÊNDICE IV - TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE E O SEXO

APENDICE IV

TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE E SEXO

Quadro 1 – Diferenças a comunicação sobre sexualidade com a mãe e o sexo dos adolescentes

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Conversas com a tua mãe sobre assuntos como a sexualidade?	Sim	Count	70	117	187
		% within Conversas com a tua mãe sobre assuntos como a sexualidade?	37,4%	62,6%	100,0%
		% within Sexo	47,3%	62,9%	56,0%
		% of Total	21,0%	35,0%	56,0%
		Adjusted Residual	-2,9	2,9	
	Não	Count	78	69	147
		% within Conversas com a tua mãe sobre assuntos como a sexualidade?	53,1%	46,9%	100,0%
		% within Sexo	52,7%	37,1%	44,0%
		% of Total	23,4%	20,7%	44,0%
		Adjusted Residual	2,9	-2,9	
Total	Count	148	186	334	
	% within Conversas com a tua mãe sobre assuntos como a sexualidade?	44,3%	55,7%	100,0%	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	44,3%	55,7%	100,0%	

Quadro 2 – Diferenças a comunicação sobre sexualidade com o pai e o sexo dos adolescentes

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Conversas com o teu pai sobre assuntos como a sexualidade?	Sim	Count	58	49	107
		% within Conversas com o teu pai sobre assuntos como a sexualidade?	54,2%	45,8%	100,0%
		% within Sexo	40,6%	27,4%	33,2%
		% of Total	18,0%	15,2%	33,2%
		Adjusted Residual	2,5	-2,5	
	Não	Count	85	130	215
		% within Conversas com o teu pai sobre assuntos como a sexualidade?	39,5%	60,5%	100,0%
		% within Sexo	59,4%	72,6%	66,8%
		% of Total	26,4%	40,4%	66,8%
		Adjusted Residual	-2,5	2,5	
Total	Count	143	179	322	
	% within Conversas com o teu pai sobre assuntos como a sexualidade?	44,4%	55,6%	100,0%	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	44,4%	55,6%	100,0%	

APÊNDICE V - DIFERENÇAS ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE E IDADE

APÊNDICE V**DIFERENÇAS ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE E IDADE****Quadro 1 – Diferenças entre comunicação sobre sexualidade com a mãe e a idade**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,556a	1	,456
N of Valid Cases	334		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 36,09.

Quadro 2 – Diferenças entre comunicação sobre sexualidade com o pai e a idade

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,043a	1	,835
N of Valid Cases	322		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,25.

APÊNDICE VI - DIFERENÇAS ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE E TIPO DE ENSINO

APÊNDICE VI**DIFERENÇAS ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 – Diferenças entre comunicação sobre sexualidade com a mãe e o tipo de ensino**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,096a	1	,078
N of Valid Cases	334		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 47,53

Quadro 2 – Diferenças entre comunicação sobre sexualidade com o pai e o tipo de ensino

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,281a	1	,258
N of Valid Cases	322		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33,56

**APÊNDICE VII- ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO À CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS
PELO ALUNOS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO**

APÊNDICE VII**ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO À CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS PELO ALUNOS,
TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 - Análise das diferenças quanto à caracterização dos estilos parentais e o sexo**

	Consideras o teu pai	Consideras a tua mãe
Z	-1,022	-,616
Asymp. Sig. (2-tailed)	,307	,538

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Sexo

Quadro 2 - Análise das diferenças quanto à caracterização dos estilos parentais e a idade

	Consideras o teu pai	Consideras a tua mãe
Z	-,386	-1,760
Asymp. Sig. (2-tailed)	,700	,078

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Idade

Quadro 3 - Análise das diferenças quanto à caracterização dos estilos parentais e o tipo de ensino

	Consideras o teu pai	Consideras a tua mãe
Z	-,903	-,173
Asymp. Sig. (2-tailed)	,366	,863

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Tipo ensino

APÊNDICE VIII - DIFERENÇAS ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE NA ESCOLA, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO

APÊNDICE VIII**DIFERENÇAS ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE NA ESCOLA TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 – Diferenças entre comunicação sobre sexualidade na escola e o sexo**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,593 ^a	1	,002
N of Valid Cases	341		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 45,02.

Quadro 2 – Diferenças entre comunicação sobre sexualidade na escola e a idade

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,738a	1	,390
N of Valid Cases	341		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,88.

Quadro 3 – Diferenças entre comunicação sobre sexualidade na escola e o tipo de ensino

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,166a	1	,141
N of Valid Cases	341		

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33,17

**APÊNDICE IX- TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE
SEXUALIDADE NA ESCOLA E O SEXO**

APENDICE IX

TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE NA ESCOLA E O SEXO

Quadro 1 – Tabela de contingência entre a questão *Costumas conversar com alguém na escola sobre sexualidade?* e o sexo dos adolescentes

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Costumas conversar com alguém na escola sobre sexualidade?	Sim	Count	94	146	240
		% within Costumas conversar com alguém na escola sobre sexualidade?	39,2%	60,8%	100,0%
		% within Sexo	61,8%	77,2%	70,4%
		% of Total	27,6%	42,8%	70,4%
		Adjusted Residual	-3,1	3,1	
	Não	Count	58	43	101
		% within Costumas conversar com alguém na escola sobre sexualidade?	57,4%	42,6%	100,0%
		% within Sexo	38,2%	22,8%	29,6%
		% of Total	17,0%	12,6%	29,6%
		Adjusted Residual	3,1	-3,1	
Total	Count	152	189	341	
	% within Costumas conversar com alguém na escola sobre sexualidade?	44,6%	55,4%	100,0%	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	44,6%	55,4%	100,0%	

**APÊNDICE X - ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO À INFORMAÇÃO QUE POSSUEM
SOBRE SEXUALIDADE, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO**

APÊNDICE X

ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO À INFORMAÇÃO QUE POSSUEM SOBRE SEXUALIDADE, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO

Quadro 1 - Análise das diferenças quanto à informação que possuem sobre sexualidade e o sexo

	Consideras que a informação que possuis sobre sexualidade é
Z	-1,762
Asymp. Sig. (2-tailed)	,078

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Sexo

Quadro 2 - Análise das diferenças quanto à informação que possuem sobre sexualidade e a idade

	Consideras que a informação que possuis sobre sexualidade é
Z	-,738
Asymp. Sig. (2-tailed)	,460

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Idade

Quadro 3 - Análise das diferenças quanto à informação que possuem sobre sexualidade e o tipo de ensino

	Consideras que a informação que possuis sobre sexualidade é
Z	-1,198
Asymp. Sig. (2-tailed)	,231

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Tipoensino

APÊNDICE XI - ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO AOS CONHECIMENTOS SOBRE SERVIÇOS ONDE PODEM OBTER INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO

APÊNDICE XI**ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO AOS CONHECIMENTOS SOBRE SERVIÇOS ONDE
PODEM OBTER INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE, TENDO EM CONTA O SEXO,
IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 – Diferenças entre conhecimentos sobre serviços onde podem obter informação sobre sexualidade e o sexo**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,234 ^a	1	,007
N of Valid Cases	328		

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,72

Quadro 2 - Diferenças entre conhecimentos sobre serviços onde podem obter informação sobre sexualidade e a faixa etária

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,678 ^a	1	,410
N of Valid Cases	325		

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27,84

Quadro 3 - Diferenças entre conhecimentos sobre serviços onde podem obter informação sobre sexualidade e o tipo de ensino

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,872 ^a	1	,001
N of Valid Cases	328		

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,25

**APÊNDICE XII - TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE CONHECIMENTOS QUE SOBRE
SERVIÇOS ONDE PODEM OBTER INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE, TENDO EM
CONTA O SEXO E TIPO DE ENSINO**

APÊNDICE XII

TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE CONHECIMENTOS SOBRE SERVIÇOS ONDE PODEM OBTER INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE, TENDO EM CONTA O SEXO E TIPO DE ENSINO

Quadro 1 – Tabela de contingência entre os conhecimentos sobre serviços onde podem obter informação sobre sexualidade e o sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Conheces algum serviço onde podes obter informação sobre sexualidade ou para resolver alguma dificuldade neste domínio?	Sim	Count	108	161	269
		% within Conheces algum serviço onde podes obter informação sobre sexualidade ou para resolver alguma dificuldade neste domínio?	40,1%	59,9%	100,0%
		% within Sexo	75,5%	87,0%	82,0%
		% of Total	32,9%	49,1%	82,0%
		Adjusted Residual	-2,7	2,7	
	Não	Count	35	24	59
		% within Conheces algum serviço onde podes obter informação sobre sexualidade ou para resolver alguma dificuldade neste domínio?	59,3%	40,7%	100,0%
		% within Sexo	24,5%	13,0%	18,0%
		% of Total	10,7%	7,3%	18,0%
		Adjusted Residual	2,7	-2,7	
Total	Count	143	185	328	
	% within Conheces algum serviço onde podes obter informação sobre sexualidade ou para resolver alguma dificuldade neste domínio?	43,6%	56,4%	100,0%	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	43,6%	56,4%	100,0%	

Quadro 2 – Tabela de contingência entre os conhecimentos sobre serviços onde podem obter informação sobre sexualidade e o tipo de ensino

			Regular vs. Profissional		Total
			Ensino regular	Ensino profissional	
Conheces algum serviço onde podes obter informação sobre sexualidade ou para resolver alguma dificuldade neste domínio?	Sim	Count	192	77	269
		% within Conheces algum serviço onde podes obter informação sobre sexualidade ou para resolver alguma dificuldade neste domínio?	71,4%	28,6%	100,0%
		% within Regular vs. Profissional	86,9%	72,0%	82,0%
		% of Total	58,5%	23,5%	82,0%
		Adjusted Residual	3,3	-3,3	
	Não	Count	29	30	59
		% within Conheces algum serviço onde podes obter informação sobre sexualidade ou para resolver alguma dificuldade neste domínio?	49,2%	50,8%	100,0%
		% within Regular vs. Profissional	13,1%	28,0%	18,0%
		% of Total	8,8%	9,1%	18,0%
		Adjusted Residual	-3,3	3,3	
Total	Count	221	107	328	
	% within Conheces algum serviço onde podes obter informação sobre sexualidade ou para resolver alguma dificuldade neste domínio?	67,4%	32,6%	100,0%	
	% within Regular vs. Profissional	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	67,4%	32,6%	100,0%	

**APÊNDICE XIII - DIFERENÇAS ENTRE OS CONHECIMENTOS SOBRE METODOS
CONTRACETIVOS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO**

APÊNDICE XIII**DIFERENÇAS ENTRE OS CONHECIMENTOS SOBRE MÉTODOS CONTRACETIVOS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 – Diferenças entre os conhecimentos sobre métodos contraceptivos o sexo**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square N of Valid Cases	11,196a 343	1	,001

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 47,73

Quadro 2 - Diferenças entre os conhecimentos sobre métodos contraceptivos e a faixa etária

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square N of Valid Cases	23,262a 343	1	,000

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,20

Quadro 3 - Diferenças entre os conhecimentos sobre métodos contraceptivos e o tipo de ensino

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square N of Valid Cases	43,995a 343	1	,000

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 35,25

APÊNDICE XIV - TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE O CONHECIMENTO SOBRE O METODO CONTRACETIVO QUE EVITA SIMULTANEAMENTE A GRAVIDEZ/DSTs E O SEXO, A IDADE E O TIPO DE ENSINO

APÊNDICE XIV

TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE O CONHECIMENTO SOBRE O METODO CONTRACETIVO QUE EVITA SIMULTANEAMENTE A GRAVIDEZ/DSTs E O SEXO, A IDADE E O TIPO DE ENSINO

Quadro 1 – Tabela de contingência entre o conhecimento sobre o método contraceptivo que simultaneamente evita a gravidez/DSTs e o sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Grau de conhecimento sobre contraceção (2 categorias)	Conhecimento correto	Count	91	145	236
		% within Grau de conhecimento sobre contraceção (2 categorias)	38,6%	61,4%	100,0%
		% within Sexo	59,5%	76,3%	68,8%
	Conhecimento incorreto ou desconhecimento	Count	62	45	107
		% within Grau de conhecimento sobre contraceção (2 categorias)	57,9%	42,1%	100,0%
		% within Sexo	40,5%	23,7%	31,2%
Total	Count	153	190	343	
	% within Grau de conhecimento sobre contraceção (2 categorias)	44,6%	55,4%	100,0%	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 2 Tabela de contingência entre o conhecimento sobre o método contraceptivo que simultaneamente evita a gravidez/DSTs e a faixa etária

			Idade (maior e menor que 18)		Total
			Menor ou igual a 17 anos	Maior ou igual a 18 anos	
Grau de conhecimento sobre contraceção (2 categorias)	Conhecimento correto	Count	196	40	236
		% within Grau de conhecimento sobre contraceção (2 categorias)	83,1%	16,9%	100,0%
	Conhecimento incorreto ou desconhecimento	% within Idade (maior e menor que 18)	75,7%	47,6%	68,8%
		Count	63	44	107
Total		% within Grau de conhecimento sobre contraceção (2 categorias)	58,9%	41,1%	100,0%
		% within Idade (maior e menor que 18)	24,3%	52,4%	31,2%
	Total	Count	259	84	343
		% within Grau de conhecimento sobre contraceção (2 categorias)	75,5%	24,5%	100,0%
		% within Idade (maior e menor que 18)	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 3 – Tabela de contingência entre o conhecimento sobre o método contraceutivo que simultaneamente evita a gravidez/DSTs e o tipo de ensino

			Regular vs. Profissional		Total
			Ensino regular	Ensino profissional	
Grau de conhecimento sobre contraceção (2 categorias)	Conhecimento correto	Count	185	51	236
		% within Grau de conhecimento sobre contraceção (2 categorias)	78,4%	21,6%	100,0%
	Conhecimento incorreto ou desconhecimento	% within Regular vs. Profissional	80,4%	45,1%	68,8%
		Count	45	62	107
	Total	% within Grau de conhecimento sobre contraceção (2 categorias)	42,1%	57,9%	100,0%
		% within Regular vs. Profissional	19,6%	54,9%	31,2%
Total	Count	230	113	343	
	% within Grau de conhecimento sobre contraceção (2 categorias)	67,1%	32,9%	100,0%	
		% within Regular vs. Profissional	100,0%	100,0%	100,0%

APÊNDICE XV - DIFERENÇAS QUANTO AOS CONHECIMENTOS SOBRE HIV, TENDO EM CONTA O SEXO

APÊNDICE XV
DIFERENÇAS QUANTO AOS CONHECIMENTOS SOBRE HIV, TENDO EM CONTA O SEXO

Quadro 1 - Diferenças entre os conhecimentos HIV e o sexo

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,844 ^a	1	,050
N of Valid Cases	343		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,69.

**APÊNDICE XVI - TABELAS DE CONTINGENCIA SOBRE CONHECIMENTOS DE HIV,
TENDO EM CONTA O SEXO**

APÊNDICE XVI
TABELAS DE CONTINGENCIA SOBRE CONHECIMENTOS DE HIV, TENDO EM CONTA O SEXO

Quadro 1 – Tabela de contingência entre os conhecimentos sobre HIV e o Sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
P29REC	Correto	Count	3	12	15
		% within P29REC	20,0%	80,0%	100,0%
		% within Sexo	2,0%	6,3%	4,4%
		% of Total	,9%	3,5%	4,4%
		Adjusted Residual	-2,0	2,0	
	Incorreto	Count	150	178	328
		% within P29REC	45,7%	54,3%	100,0%
		% within Sexo	98,0%	93,7%	95,6%
		% of Total	43,7%	51,9%	95,6%
		Adjusted Residual	2,0	-2,0	
Total		Count	153	190	343
		% within P29REC	44,6%	55,4%	100,0%
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	44,6%	55,4%	100,0%

**APÊNDICE XVII - DIFERENÇAS QUANTO À IMPORTANCIA DA EXISTENCIA DE
EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE
ENSINO**

APÊNDICE XVII**DIFERENÇAS QUANTO À IMPORTANCIA DA EXISTENCIA DE EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 - Diferenças entre a importância da existência de educação Sexual nas Escolas e o sexo**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,107 ^a	1	,013
N of Valid Cases	338		

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,93

Quadro 2 - Diferenças entre a importância da existência de educação Sexual nas Escolas e a idade

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,087 ^a	1	,024
N of Valid Cases	335		

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,65

Quadro 3 - Diferenças entre a importância da existência de educação Sexual nas Escolas e o tipo de ensino

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,586 ^a	1	,032
N of Valid Cases	338		

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,86

**APÊNDICE XVIII - TABELAS DE CONTINGENCIA SOBRE A IMPORTANCIA DA
EXISTENCIA DE EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS, TENDO EM CONTA O SEXO,
IDADE E TIPO DE ENSINO**

APÊNDICE XVIII

TABELAS DE CONTINGENCIA SOBRE A IMPORTANCIA DA EXISTENCIA DE EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO

Quadro 1 - Tabela de contingência entre a importância da educação sexual na escola e o sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Consideras importante a existência de educação sexual na escola?	Sim	Count	136	184	320
		% within Consideras importante a existência de educação sexual na escola?	42,5%	57,5%	100,0%
		% within Sexo	91,3%	97,4%	94,7%
		% of Total	40,2%	54,4%	94,7%
		Adjusted Residual	-2,5	2,5	
	Não	Count	13	5	18
		% within Consideras importante a existência de educação sexual na escola?	72,2%	27,8%	100,0%
		% within Sexo	8,7%	2,6%	5,3%
		% of Total	3,8%	1,5%	5,3%
		Adjusted Residual	2,5	-2,5	
Total	Count	149	189	338	
	% within Consideras importante a existência de educação sexual na escola?	44,1%	55,9%	100,0%	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	44,1%	55,9%	100,0%	

Quadro 2 - -Tabela de contingência entre a importância da educação sexual na escola e a idade

			Idade		Total
			Menor ou igual 16	Maior ou igual 17	
Consideras importante a existência de educação sexual na escola?	Sim	Count	157	160	317
		% within Consideras importante a existência de educação sexual na escola?	49,5%	50,5%	100,0%
		% within Idade	97,5%	92,0%	94,6%
		% of Total	46,9%	47,8%	94,6%
	Não	Count	4	14	18
		% within Consideras importante a existência de educação sexual na escola?	22,2%	77,8%	100,0%
		% within Idade	2,5%	8,0%	5,4%
		% of Total	1,2%	4,2%	5,4%
Total	Count	161	174	335	
	% within Consideras importante a existência de educação sexual na escola?	48,1%	51,9%	100,0%	
	% within Idade	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	48,1%	51,9%	100,0%	

Quadro 3 - -Tabela de contingência entre a importância da educação sexual na escola e o tipo de ensino

			Regular vs. Profissional		Total
			Ensino regular	Ensino profissional	
Consideras importante a existência de educação sexual na escola?	Sim	Count	220	100	320
		% within Consideras importante a existência de educação sexual na escola?	68,8%	31,3%	100,0%
		% within Regular vs. Profissional	96,5%	90,9%	94,7%
		% of Total	65,1%	29,6%	94,7%
		Adjusted Residual	2,1	-2,1	
	Não	Count	8	10	18
		% within Consideras importante a existência de educação sexual na escola?	44,4%	55,6%	100,0%
		% within Regular vs. Profissional	3,5%	9,1%	5,3%
		% of Total	2,4%	3,0%	5,3%
		Adjusted Residual	-2,1	2,1	
Total	Count	228	110	338	
	% within Consideras importante a existência de educação sexual na escola?	67,5%	32,5%	100,0%	
	% within Regular vs. Profissional	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	67,5%	32,5%	100,0%	

APÊNDICE XIX– DIFERENÇAS ENTRE AS ATITUDES SEXUAIS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO

APÊNDICE XIX**DIFERENÇAS ENTRE AS ATITUDES SEXUAIS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 - Análise das diferenças entre as atitudes sexuais e o sexo**

	Escala de Atitudes Subescala de sexo ocasional	Escala de atitudes sexuais Subescala de sexo sem compromisso
Z	-10,981	-8,425
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Sexo

Quadro 2 - Análise das diferenças entre as atitudes sexuais e a idade

	Escala de Atitudes Subescala de sexo ocasional	Escala de atitudes sexuais Subescala de sexo sem compromisso
Z	-2,604	-3,075
Asymp. Sig. (2-tailed)	,009	,002

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Idade (maior e menor que 18)

Quadro 3 - Análise das diferenças entre as atitudes sexuais e o tipo de ensino

	Escala de Atitudes Subescala de sexo ocasional	Escala de atitudes sexuais Subescala de sexo sem compromisso
Z	-4,763	-4,775
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Regular vs. Professional

**APÊNDICE XX– TABELA DE CONTINGENCIA ENTRE AS ATITUDES SEXUAIS E SEXO,
IDADE E TIPO DE ENSINO**

APÊNDICE XX**TABELA DE CONTINGENCIA ENTRE AS ATITUDES SEXUAIS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 – Tabela de contingência entre as atitudes sexuais e o Sexo**

Sexo		Escala de Atitudes Subescala de sexo ocasional	Escala de atitudes sexuais Subescala de sexo sem compromisso
Masculino	Median	3,8333	4,5000
	Mean	3,8345	4,6424
	Std. Deviation	2,07209	2,45993
	N	140	144
Feminino	Median	1,1667	2,0000
	Mean	1,2611	2,1898
	Std. Deviation	1,21936	2,12703
	N	187	187
Total	Median	1,8333	3,0000
	Mean	2,3629	3,2568
	Std. Deviation	2,07494	2,57974
	N	327	331

Quadro 2 – Tabela de contingência entre as atitudes sexuais e a idade

Idade (maior e menor que 18)		Escala de Atitudes Subescala de sexo ocasional	Escala de atitudes sexuais Subescala de sexo sem compromisso
Menor ou igual a 17 anos	Median	1,6667	3,0000
	Mean	2,1869	3,0079
	Std. Deviation	1,99118	2,50894
	N	247	252
Maior ou igual a 18 anos	Median	2,6667	4,0000
	Mean	2,9063	4,0506
	Std. Deviation	2,24154	2,65735
	N	80	79
Total	Median	1,8333	3,0000
	Mean	2,3629	3,2568
	Std. Deviation	2,07494	2,57974
	N	327	331

Quadro 3 – Tabela de contingência entre as atitudes sexuais e a o tipo de ensino

Regular vs. Profissional		Escala de Atitudes Subescala de sexo ocasional	Escala de atitudes sexuais Subescala de sexo sem compromisso
Ensino regular	Median	1,5000	2,5000
	Mean	1,9910	2,8128
	Std. Deviation	1,91222	2,53017
	N	223	227
Ensino profissional	Median	2,9167	4,0000
	Mean	3,1603	4,2260
	Std. Deviation	2,19184	2,42747
	N	104	104
Total	Median	1,8333	3,0000
	Mean	2,3629	3,2568
	Std. Deviation	2,07494	2,57974
	N	327	331

**APÊNDICE XXI - DIFERENÇAS ENTRE FREQUÊNCIAS DE RELACIONAMENTO SEXUAL,
TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO**

APÊNDICE XXI**DIFERENÇAS ENTRE FREQUÊNCIAS DE RELACIONAMENTO SEXUAL, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 – Análise de diferenças de relacionamento sexual e o sexo**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,925 ^a	2	,003
N of Valid Cases	329		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,49.

Quadro 2 – Análise de diferenças de relacionamento sexual com a idade

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45,494 ^a	2	,000
N of Valid Cases	326		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31,41.

Quadro 3 – Análise de diferenças de relacionamento sexual com o tipo de ensino

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	63,251 ^a	2	,000
N of Valid Cases	329		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,67.

**APÊNDICE XXII - TABELAS DE CONTINGENCIA SOBRE FREQUENCIAS DE
RELACIONAMENTO SEXUAL, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO**

APÊNDICE XXII

TABELAS DE CONTINGENCIA SOBRE A FREQUENCIA DE RELACIONAMENTO SEXUAL

Quadro 1 – Tabela de contingência entre a frequência de relações sexuais e o sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Já tiveste relações sexuais?	Nunca	Count	60	109	169
		% within Já tiveste relações sexuais?	35,5%	64,5%	100,0%
		% within Sexo	40,8%	59,9%	51,4%
		% of Total	18,2%	33,1%	51,4%
		Adjusted Residual	-3,4	3,4	
	Raramente	Count	35	31	66
		% within Já tiveste relações sexuais?	53,0%	47,0%	100,0%
		% within Sexo	23,8%	17,0%	20,1%
		% of Total	10,6%	9,4%	20,1%
		Adjusted Residual	1,5	-1,5	
	Com frequência	Count	52	42	94
		% within Já tiveste relações sexuais?	55,3%	44,7%	100,0%
		% within Sexo	35,4%	23,1%	28,6%
		% of Total	15,8%	12,8%	28,6%
		Adjusted Residual	2,5	-2,5	
Total	Count	147	182	329	
	% within Já tiveste relações sexuais?	44,7%	55,3%	100,0%	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	44,7%	55,3%	100,0%	

Quadro 2 – Tabela de contingência entre a frequência de relações sexuais e a faixa etária

			Idade (maior e menor que 18)		Total
			Menor ou igual a 17 anos	Maior ou igual a 18 anos	
Já tiveste relações sexuais?	Nunca	Count	155	14	169
		% within Já tiveste relações sexuais?	91,7%	8,3%	100,0%
		% within Idade (maior e menor que 18)	62,2%	17,5%	51,4%
		% of Total	47,1%	4,3%	51,4%
		Adjusted Residual	7,0	-7,0	
	Raramente	Count	46	20	66
		% within Já tiveste relações sexuais?	69,7%	30,3%	100,0%
		% within Idade (maior e menor que 18)	18,5%	25,0%	20,1%
		% of Total	14,0%	6,1%	20,1%
		Adjusted Residual	-1,3	1,3	
	Com frequência	Count	48	46	94
		% within Já tiveste relações sexuais?	51,1%	48,9%	100,0%
		% within Idade (maior e menor que 18)	19,3%	57,5%	28,6%
		% of Total	14,6%	14,0%	28,6%
		Adjusted Residual	-6,6	6,6	
Total	Count	249	80	329	
	% within Já tiveste relações sexuais?	75,7%	24,3%	100,0%	
	% within Idade (maior e menor que 18)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	75,7%	24,3%	100,0%	

Quadro 3 – Tabela de contingência entre a frequência de relações sexuais e o tipo de ensino

		Regular vs. Profissional		Total	
		Ensino regular	Ensino profissional		
Já tiveste relações sexuais?	Nunca	Count	147	22	169
		% within Já tiveste relações sexuais?	87,0%	13,0%	100,0%
		% within Regular vs. Profissional	66,5%	20,4%	51,4%
		% of Total	44,7%	6,7%	51,4%
		Adjusted Residual	7,9	-7,9	
	Raramente	Count	34	32	66
		% within Já tiveste relações sexuais?	51,5%	48,5%	100,0%
		% within Regular vs. Profissional	15,4%	29,6%	20,1%
		% of Total	10,3%	9,7%	20,1%
	Com frequência	Count	40	54	94
		% within Já tiveste relações sexuais?	42,6%	57,4%	100,0%
		% within Regular vs. Profissional	18,1%	50,0%	28,6%
% of Total		12,2%	16,4%	28,6%	
Total	Count	221	108	329	
	% within Já tiveste relações sexuais?	67,2%	32,8%	100,0%	
	% within Regular vs. Profissional	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	67,2%	32,8%	100,0%	

**APÊNDICE XXIII - DIFERENÇAS QUANTO À UTILIZAÇÃO DE METODOS
CONTRACETIVOS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO**

APÊNDICE XXIII

DIFERENÇAS QUANTO À UTILIZAÇÃO DE METODOS CONTRACETIVOS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO

Quadro 1 – Análise das diferenças entre a utilização de métodos contraceptivos e o sexo

	Se tens relações sexuais, costumás utilizar algum método contraceptivo?
Z	-,566
Asymp. Sig. (2-tailed)	,571

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Sexo

Quadro 2 - Análise das diferenças entre a utilização de métodos contraceptivos e a idade

	Se tens relações sexuais, costumás utilizar algum método contraceptivo?
Z	-,930
Asymp. Sig. (2-tailed)	,352

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Idade

Quadro 3 - Análise das diferenças entre a utilização de métodos contraceptivos e o tipo de ensino

	Se tens relações sexuais, costumás utilizar algum método contraceptivo?
Z	-1,706
Asymp. Sig. (2-tailed)	,088

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Tipoensino

APÊNDICE XXIV - DIFERENÇAS ENTRE COMPORTAMENTOS APÓS CONHECIMENTO DA EXISTENCIA DA SIDA, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO

APÊNDICE XXIV**DIFERENÇAS ENTRE COMPORTAMENTOS APÓS CONHECIMENTO DA EXISTENCIA DA SIDA, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 – Diferenças entre comportamentos sexuais após conhecimento da existência da SIDA e o sexo**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,166 ^a	1	,280
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 35,14.

Quadro 2 – Diferenças entre comportamentos sexuais após conhecimento da existência da SIDA e a idade

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,118 ^a	1	,731
N of Valid Cases	247		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,82.

Quadro 3 – Diferenças entre comportamentos sexuais após conhecimento da existência da SIDA e o tipo de ensino

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,955 ^a	1	,162
N of Valid Cases	250		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,09.

**APÊNDICE XXV - DIFERENÇAS ENTRE COMPORTAMENTOS DE CONSUMOS DE
BEBIDAS ALCCOLICAS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO**

APÊNDICE XXV**DIFERENÇAS ENTRE COMPORTAMENTOS DE CONSUMOS DE BEBIDAS ALCCOLICAS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 – Análise das diferenças entre comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas e o sexo**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,210 ^a	1	,022
N of Valid Cases	342		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 41,33.

Quadro 2 – Análise das diferenças entre comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas e a idade

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,978 ^a	1	,003
N of Valid Cases	342		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,57.

Quadro 3 – Análise das diferenças entre comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas e o tipo de ensino

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,332 ^a	1	,007
N of Valid Cases	342		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 30,46.

**APÊNDICE XXVI - DIFERENÇAS ENTRE COMPORTAMENTOS DE CONSUMOS DE
BEBIDAS ALCCOLICASE O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO**

APÊNDICE XXVI**TABELAS DE CONTINGENCIA, ENTRE OS COMPORTAMENTOS DE CONSUMOS DE BEBIDAS ALCCOLICAS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 – Tabela de contingência entre comportamentos de consumo e bebidas alcoólicas e o sexo**

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Consumes bebidas alcoólicas	Nunca Consume	Count	32	61	93
		% within Consumes bebidas alcoólicas	34,4%	65,6%	100,0%
		% within Sexo	21,1%	32,1%	27,2%
		% of Total	9,4%	17,8%	27,2%
		Adjusted Residual	-2,3	2,3	
	Consume	Count	120	129	249
		% within Consumes bebidas alcoólicas	48,2%	51,8%	100,0%
		% within Sexo	78,9%	67,9%	72,8%
		% of Total	35,1%	37,7%	72,8%
		Adjusted Residual	2,3	-2,3	
Total	Count	152	190	342	
	% within Consumes bebidas alcoólicas	44,4%	55,6%	100,0%	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	44,4%	55,6%	100,0%	

Quadro 2 – Tabela de contingência entre comportamentos de consumo e bebidas alcoólicas e a idade

			Idade (maior e menor que 18)		Total
			Menor ou igual a 17 anos	Maior ou igual a 18 anos	
Consumes bebidas alcoólicas	Nunca Consome	Count	81	12	93
		% within Consumes bebidas alcoólicas	87,1%	12,9%	100,0%
		% within Idade (maior e menor que 18)	31,3%	14,5%	27,2%
		% of Total	23,7%	3,5%	27,2%
		Adjusted Residual	3,0	-3,0	
	Consome	Count	178	71	249
		% within Consumes bebidas alcoólicas	71,5%	28,5%	100,0%
		% within Idade (maior e menor que 18)	68,7%	85,5%	72,8%
		% of Total	52,0%	20,8%	72,8%
		Adjusted Residual	-3,0	3,0	
Total	Count	259	83	342	
	% within Consumes bebidas alcoólicas	75,7%	24,3%	100,0%	
	% within Idade (maior e menor que 18)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	75,7%	24,3%	100,0%	

Quadro 3 – Tabela de contingência entre comportamentos de consumo e bebidas alcoólicas e o tipo de ensino

			Regular vs. Profissional		Total
			Ensino regular	Ensino profissional	
Consumes bebidas alcoólicas	Nunca Consome	Count	73	20	93
		% within Consumes bebidas alcoólicas	78,5%	21,5%	100,0%
		% within Regular vs. Profissional	31,7%	17,9%	27,2%
		% of Total	21,3%	5,8%	27,2%
		Adjusted Residual	2,7	-2,7	
	Consome	Count	157	92	249
		% within Consumes bebidas alcoólicas	63,1%	36,9%	100,0%
		% within Regular vs. Profissional	68,3%	82,1%	72,8%
		% of Total	45,9%	26,9%	72,8%
		Adjusted Residual	-2,7	2,7	
Total	Count	230	112	342	
	% within Consumes bebidas alcoólicas	67,3%	32,7%	100,0%	
	% within Regular vs. Profissional	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	67,3%	32,7%	100,0%	

**APÊNDICE XXVII - DIFERENÇAS ENTRE COMPORTAMENTOS DE CONSUMOS DE
SUBSTÂNCIAS ADITIVAS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO**

APÊNDICE XXVII**DIFERENÇAS ENTRE COMPORTAMENTOS DE CONSUMOS DE SUBSTÂNCIAS ADITIVAS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 – Análise das diferenças entre comportamentos de consumo de substâncias aditivas e o sexo**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,004 ^a	1	,000
N of Valid Cases	342		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,56.

Quadro 2 – Análise das diferenças entre comportamentos de consumo de substâncias aditivas e a idade

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,189 ^a	1	,013
N of Valid Cases	342		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,86.

Quadro 3 – Análise das diferenças entre comportamentos de consumo de substâncias aditivas e o tipo de ensino

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,574 ^a	1	,006
N of Valid Cases	342		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,36.

**APÊNDICE XXVIII - DIFERENÇAS ENTRE COMPORTAMENTOS DE CONSUMOS DE
SUBSTÂNCIAS ADITIVAS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO**

APÊNDICE XXVIII**TABELAS DE CONTINGENCIA, ENTRE OS COMPORTAMENTOS DE CONSUMOS DE SUBSTANCIA ADITIVAS E O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 – Tabela de contingência entre comportamentos de consumo de substâncias aditivas e o sexo**

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Consumes substâncias aditivas	Nunca Consome	Count	116	173	289
		% within Consumes substâncias aditivas	40,1%	59,9%	100,0%
		% within Sexo	76,3%	91,1%	84,5%
		% of Total	33,9%	50,6%	84,5%
		Adjusted Residual	-3,7	3,7	
	Consome	Count	36	17	53
		% within Consumes substâncias aditivas	67,9%	32,1%	100,0%
		% within Sexo	23,7%	8,9%	15,5%
		% of Total	10,5%	5,0%	15,5%
		Adjusted Residual	3,7	-3,7	
Total	Count	152	190	342	
	% within Consumes substâncias aditivas	44,4%	55,6%	100,0%	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	44,4%	55,6%	100,0%	

Quadro 2 – Tabela de contingência entre comportamentos de consumo de substâncias aditivas e a idade

			Idade (maior e menor que 18)		Total
			Menor ou igual a 17 anos	Maior ou igual a 18 anos	
Consumes substâncias aditivas	Nunca Consome	Count	226	63	289
		% within Consumes substâncias aditivas	78,2%	21,8%	100,0%
		% within Idade (maior e menor que 18)	87,3%	75,9%	84,5%
		% of Total	66,1%	18,4%	84,5%
		Adjusted Residual	2,5	-2,5	
	Consome	Count	33	20	53
		% within Consumes substâncias aditivas	62,3%	37,7%	100,0%
		% within Idade (maior e menor que 18)	12,7%	24,1%	15,5%
		% of Total	9,6%	5,8%	15,5%
		Adjusted Residual	-2,5	2,5	
Total	Count	259	83	342	
	% within Consumes substâncias aditivas	75,7%	24,3%	100,0%	
	% within Idade (maior e menor que 18)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	75,7%	24,3%	100,0%	

Quadro 3 – Tabela de contingência entre comportamentos de consumo de substâncias aditivas e o tipo de ensino

			Regular vs. Profissional		Total
			Ensino regular	Ensino profissional	
Consumes substâncias aditivas	Nunca Consome	Count	203	86	289
		% within Consomes substâncias aditivas	70,2%	29,8%	100,0%
		% within Regular vs. Profissional	88,3%	76,8%	84,5%
		% of Total	59,4%	25,1%	84,5%
		Adjusted Residual	2,8	-2,8	
	Consome	Count	27	26	53
		% within Consomes substâncias aditivas	50,9%	49,1%	100,0%
		% within Regular vs. Profissional	11,7%	23,2%	15,5%
		% of Total	7,9%	7,6%	15,5%
		Adjusted Residual	-2,8	2,8	
	Total	Count	230	112	342
		% within Consomes substâncias aditivas	67,3%	32,7%	100,0%
		% within Regular vs. Profissional	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	67,3%	32,7%	100,0%

APÊNDICE XXIX – DIFERENÇAS ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA E A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO

APÊNDICE XXIX**DIFERENÇAS ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA E A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO****Quadro 1 – Análise das diferenças entre a percepção das atitudes parentais e o sexo**

	autonomia	amor	controlo	hostilidade
Z	-,955	-,423	-2,537	-2,626
Asymp. Sig. (2-tailed)	,340	,673	,011	,009

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Sexo

Quadro 2 – Análise das diferenças entre a percepção das atitudes parentais e a idade

	autonomia	amor	controlo	hostilidade
Z	-1,767	-1,680	-,294	-1,819
Asymp. Sig. (2-tailed)	,077	,093	,769	,069

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Idade (maior e menor que 18)

Quadro 3 – Análise das diferenças entre a percepção das atitudes parentais e o tipo de ensino

	autonomia	amor	controlo	hostilidade
Z	-,960	-,188	-1,301	-5,412
Asymp. Sig. (2-tailed)	,337	,851	,193	,000

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Regular vs. Profissional

Quadro 4 – Análise das diferenças entre a percepção das atitudes parentais e o local de residência

	autonomia	amor	controlo	hostilidade
Chi-Square	6,215	5,807	4,584	6,915
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,102	,121	,205	,075

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Local de residência

Quadro 5 – Análise das diferenças entre a percepção das atitudes parentais e o estado civil do pai

	autonomia	amor	controlo	hostilidade
Z	-2,987	-6,233	-5,498	-,612
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003	,000	,000	,541

Mann-Whitney U. Grouping Variable: EC6.Pai

Quadro 6 – Análise das diferenças entre a percepção das atitudes parentais e o estado civil da mãe

	autonomia	amor	controlo	hostilidade
Z	-2,800	-6,369	-5,457	-,417
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005	,000	,000	,676

Mann-Whitney U . Grouping Variable: EC6.Mãe

APÊNDICE XXX – TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE AS ATITUDES PARENTAIS E AS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA, TENDO EM CONTA O SEXO, IDADE E TIPO DE ENSINO

APÊNDICE XXX**TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE AS ATITUDES PARENTAIS (PAP) E AS CARACTERISTICAS DA AMOSTRA****Quadro 1 – Tabela de contingência entre as PAP e o sexo masculino**

Percepção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Subescala autonomia	141	,00	200,00	100,1182	56,78197
Subescala amor	151	,00	200,00	137,3274	51,11197
Subescala controle	151	,00	200,00	139,2053	46,50207
Subescala hostilidade	150	,00	200,00	54,1073	59,64639
Valid N (listwise)	140				

a. Sexo = Masculino

Quadro 2 – Tabela de contingência entre as PAP e o sexo feminino

Percepção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Subescala autonomia	185	,00	200,00	92,0721	48,62451
Subescala amor	190	6,67	200,00	138,4546	42,52359
Subescala controle	189	,00	200,00	127,4544	46,62633
Subescala hostilidade	189	,00	200,00	32,6136	36,16228
Valid N (listwise)	184				

Sexo = Feminino

Quadro 3 – Tabela de contingência entre as PAP e a idade (menor ou igual a 17 anos)

Percepção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Subescala autonomia	245	,00	200,00	92,5850	50,02852
Subescala amor	258	,00	200,00	141,2512	42,86830
Subescala controle	257	,00	200,00	133,2036	43,19336
Subescala hostilidade	256	,00	200,00	37,5859	43,24332
Valid N (listwise)	243				

a. Idade (maior e menor que 18) = Menor ou igual a 17 anos

Quadro 4 – Tabela de contingência entre as PAP e a idade (maior ou igual a 18 anos)

Percepção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Subescala autonomia	81	,00	200,00	104,5267	58,33407
Subescala amor	83	,00	200,00	127,7109	55,20830
Subescala controle	83	,00	200,00	131,0308	57,03710
Subescala hostilidade	83	,00	200,00	56,1215	62,09744
Valid N (listwise)	81				

a. Idade (maior e menor que 18) = Maior ou igual a 18 anos

Quadro 5 – Tabela de contingência entre as PAP e o ensino regular

Percepção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Subescala autonomia	219	,00	200,00	92,6941	48,52458
Subescala amor	230	23,33	200,00	139,9321	42,15000
Subescala controle	229	20,00	200,00	131,7176	41,93105
Subescala hostilidade	228	,00	200,00	29,5016	33,88786
Valid N (listwise)	217				

a. Regular vs. Profissional = Ensino regular

Quadro 6 – Tabela de contingência entre as PAP e o ensino profissional

Perceção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Subescala autonomia	107	,00	200,00	101,4019	59,30774
Subescala amor	111	,00	200,00	133,8596	54,28249
Subescala controle	111	,00	200,00	134,6446	55,85358
Subescala hostilidade	111	,00	200,00	68,0514	63,45742
Valid N (listwise)	107				

a. Regular vs. Profissional = Ensino profissional

Quadro 7 – Tabela de contingência entre as PAP e o estado civil do pai (casado)

Perceção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Subescala autonomia	264	,00	200,00	99,4949	51,81290
Subescala amor	275	,00	200,00	146,3649	42,57000
Subescala controle	275	,00	200,00	140,3152	43,22954
Subescala hostilidade	274	,00	200,00	42,5126	51,13494
Valid N (listwise)	263				

a. Estado civil pai = Casado

Quadro 8 – Tabela de contingência entre as PAP e o estado civil do pai (divorciado)

Perceção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Subescala autonomia	56	,00	200,00	76,7857	49,30615
Subescala amor	59	,00	200,00	104,0006	45,37657
Subescala controle	58	,00	200,00	101,2452	50,47750
Subescala hostilidade	58	,00	200,00	40,9102	39,21358
Valid N (listwise)	55				

a. Estado civil pai = Divorciado

Quadro 9 – Tabela de contingência entre as PAP e o estado civil da mãe (casado)

Perceção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Subescala autonomia	260	,00	200,00	100,0641	52,01842
Subescala amor	271	,00	200,00	146,6688	42,59589
Subescala controle	271	,00	200,00	139,9139	43,89274
Subescala hostilidade	270	,00	200,00	42,5977	51,43548
Valid N (listwise)	259				

a. Estado civil mãe = Casado

Quadro 10 – Tabela de contingência entre as PAP e o estado civil da mãe (divorciado)

Perceção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Subescala autonomia	62	,00	200,00	80,3763	49,72824
Subescala amor	66	,00	200,00	105,6399	45,35046
Subescala controle	66	,00	200,00	104,5791	48,07699
Subescala hostilidade	66	,00	200,00	39,5443	38,54643
Valid N (listwise)	62				

a. Estado civil mãe = Divorciado

APÊNDICE XXXI – DIFERENÇAS ENTRE A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS E A IDADE DA INICIAÇÃO SEXUAL, TENDO EM CONTA A IDADE

APÊNDICE XXXI**DIFERENÇAS ENTRE A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS E A IDADE DE INICIAÇÃO SEXUAL, TENDO EM CONTA A IDADE****Quadro 1 – Diferenças entre a percepção das atitudes parentais e a idade de iniciação sexual**

	autonomia	amor	controlo	hostilidade
Z	-1,471	-1,400	-2,176	-1,457
Asymp. Sig. (2-tailed)	,141	,161	,030	,145

Mann-Whitney U . Grouping Variable: Início relações sexuais

**APÊNDICE XXXII – TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE AS ATITUDES PARENTAIS E A
IDADE DE INICIAÇÃO SEXUAL**

APÊNDICE XXXII**TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS (PAP)
E A IDADE DE INICIAÇÃO SEXUAL****Quadro 1 – Tabela de contingência entre a PAP e a idade de iniciação sexual (15 anos ou menos)**

Perceção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Subescala autonomia	90	,00	200,00	93,7037	52,73883
Subescala amor	93	,00	200,00	126,2801	52,27108
Subescala controle	93	,00	200,00	123,3931	51,84450
Subescala hostilidade	92	,00	200,00	53,2209	54,77667
Valid N (listwise)	89				

a. Início relações sexuais = Menor ou igual a 15 anos

Quadro 2 – Tabela de contingência entre a PAP e a idade de iniciação sexual (16 anos ou mais)

Perceção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Subescala autonomia	69	,00	200,00	106,2802	50,73813
Subescala amor	70	,00	200,00	137,8801	46,24699
Subescala controle	70	,00	200,00	140,5079	49,28826
Subescala hostilidade	70	,00	200,00	43,2405	48,56820
Valid N (listwise)	69				

a. Início relações sexuais = Maior ou igual a 16 anos

APÊNDICE XXXIII – DIFERENÇAS ENTRE A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS E A COMUNICAÇÃO COM OS PAIS

APÊNDICE XXXIII
DIFERENÇAS ENTRE A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS E A COMUNICAÇÃO COM OS PAIS

Quadro 1 – Diferenças entre e percepção das atitudes parentais e a comunicação com a mãe

	autonomia	amor	controlo	hostilidade
Chi-Square	1,257	33,274	,147	7,094
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,533	,000	,929	,029

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grau de comunicação com a Mãe

Quadro 2 – Diferenças entre e percepção das atitudes parentais e a comunicação com o pai

	autonomia	amor	controlo	hostilidade
Chi-Square	,108	86,194	25,346	13,902
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,947	,000	,000	,001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grau de comunicação com o pai

APÊNDICE XXXIV – TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS E A COMUNICAÇÃO COM OS PAIS

APÊNDICE XXXIV
TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS E A
COMUNICAÇÃO COM OS PAIS

Quadro 1 - Tabela de contingência entre a PAP e a comunicação com a mãe (Insuficiente)

Perceção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Subescala autonomia	4	,00	200,00	108,3333	106,71874
Subescala amor	4	90,00	200,00	128,3333	51,96152
Subescala controle	4	100,00	200,00	135,0000	47,25816
Subescala hostilidade	4	29,41	200,00	83,8235	80,56533
Valid N (listwise)	4				

a. Grau de comunicação com a Mãe = Insuficiente

Quadro 2 - Tabela de contingência entre a PAP e a comunicação com a mãe (Regular e Suficiente)

Perceção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev
Subescala autonomia	32	,00	200,00	104,6875	55,07154
Subescala amor	35	,00	196,67	89,3232	52,25036
Subescala controle	35	,00	200,00	126,7302	55,82740
Subescala hostilidade	35	,00	200,00	58,5474	57,35355
Valid N (listwise)	32				

a. Grau de comunicação com a Mãe = Regular e suficiente

Quadro 3 - Tabela de contingência entre a PAP e a comunicação com a mãe (Muito Bom e Bom)

Perceção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev
Subescala autonomia	285	,00	200,00	94,7368	50,92627
Subescala amor	297	,00	200,00	144,7581	41,65869
Subescala controle	297	,00	200,00	134,1190	45,60110
Subescala hostilidade	296	,00	200,00	39,8500	47,18043
Valid N (listwise)	284				

a. Grau de comunicação com a Mãe = Muito bom e bom

Quadro 4 - Tabela de contingência entre a PAP e a comunicação com o pai (Insuficiente)

Perceção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev
Subescala autonomia	14	16,67	200,00	95,2381	54,47048
Subescala amor	15	,00	200,00	95,5556	38,62039
Subescala controle	15	,00	200,00	92,6667	40,26105
Subescala hostilidade	15	,00	200,00	63,6029	52,67627
Valid N (listwise)	14				

a. Grau de comunicação com o pai = Insuficiente

Quadro 5 - Tabela de contingência entre a PAP e a comunicação com o pai (Regular e Suficiente)

Perceção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev
Subescala autonomia	63	,00	200,00	95,7672	50,08669
Subescala amor	66	,00	196,67	98,1539	45,76237
Subescala controle	66	,00	200,00	118,8721	50,13353
Subescala hostilidade	65	,00	200,00	50,3830	45,98724
Valid N (listwise)	62				

a. Grau de comunicação com o pai = Regular e suficiente

Quadro 6 - Tabela de contingência entre a PAP e a comunicação com o pai (Muito Bom e Bom)

Perceção das atitudes parentais	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev
Subescala autonomia	236	,00	200,00	96,6808	52,81262
Subescala amor	246	,00	200,00	154,2340	35,64822
Subescala controle	245	,00	200,00	141,4830	43,41724
Subescala hostilidade	245	,00	200,00	39,2078	49,92512
Valid N (listwise)	235				

a. Grau de comunicação com o pai = Muito bom e bom

**APÊNDICE XXXV – DIFERENÇAS ENTRE AS ESCALAS DE ATITUDES SEXUAIS E OS
COMPORTAMENTOS**

APÊNDICE XXXV**DIFERENÇAS ENTRE AS ESCALAS DE ATITUDES SEXUAIS E OS COMPORTAMENTOS****Quadro 1 – Análise das diferenças entre as subescalas de atitudes sexuais e o consumo de bebidas alcoólicas**

	Escala de Atitudes Subescala de sexo ocasional	Escala de atitudes sexuais Subescala de sexo sem compromisso
Chi-Square	22,380	22,820
df	2	2
Asymp. Sig.	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Consomes bebidas alcoólicas

APÊNDICE XXXVI – TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE AS ESCALAS DE ATITUDES SEXUAIS E OS COMPORTAMENTOS DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOOLICAS

APÊNDICE XXXVI**TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE AS ESCALAS DE ATITUDES SEXUAIS E OS
COMPORTAMENTOS DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOOLICAS****Quadro 1 – Tabela de contingência entre as subescalas e o consumo de bebidas alcoólicas
(nunca)**

Escala de Atitudes	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev
Subescala de sexo ocasional	87	,00	8,00	1,6552	1,66022
Subescala de sexo sem compromisso	89	,00	8,00	2,1798	2,26917
Valid N (listwise)	87				

a. Consomes bebidas alcoólicas = Nunca

**Quadro 2 – Tabela de contingência entre as subescalas e o consumo de bebidas alcoólicas
(ocasionalmente ou ao fim de semana)**

Escala de Atitudes	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev
Subescala de sexo ocasional	231	,00	8,00	2,5188	2,08234
Subescala de sexo sem compromisso	233	,00	8,00	3,5944	2,54013
Valid N (listwise)	229				

a. Consomes bebidas alcoólicas = Ocasionalmente ou ao fim de semana

**Quadro 3 – Tabela de contingência entre as subescalas e o consumo de bebidas alcoólicas
(frequentemente)**

Escala de Atitudes	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev
Subescala de sexo ocasional	8	1,17	8,00	5,5000	2,42179
Subescala de sexo sem compromisso	8	,00	8,00	4,8750	3,32469
Valid N (listwise)	8				

a. Consomes bebidas alcoólicas = Frequentemente

**APÊNDICE XXXVII – ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DAS ATITUDES
PARENTAIS E AS SUBESCALAS DE ATITUDES SEXUAIS**

APÊNDICE XXXVII

ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DAS ATITUDES PARENTAIS E AS SUBESCALAS DE ATITUDES SEXUAIS

Quadro 1 – Análise da Associação entre a percepção das atitudes parentais e as subescalas de atitudes sexuais

		Escala de Atitudes Subescala de sexo ocasional	Escala de atitudes sexuais Subescala de sexo sem compromisso	Percepção das atitudes parentais - Subescala autonomia	Percepção das atitudes parentais - Subescala amor	Percepção das atitudes parentais - Subescala controle	Percepção das atitudes parentais - Subescala hostilidade
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,705**	,046	-,054	,117*	,104
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,421	,333	,035	,062
	N	327	325	311	325	324	324
	Correlation Coefficient	,705**	1,000	,072	-,090	,047	,056
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,200	,103	,394	,310
	N	325	331	315	329	328	328
	Correlation Coefficient	,046	,072	1,000	,194**	,116*	,166**
Sig. (2-tailed)	,421	,200	.	,000	,037	,003	
N	311	315	326	326	325	324	
Correlation Coefficient	-,054	-,090	,194**	1,000	,508**	-,104	
Sig. (2-tailed)	,333	,103	,000	.	,000	,057	
N	325	329	326	341	340	339	
Correlation Coefficient	,117*	,047	,116*	,508**	1,000	,246**	
Sig. (2-tailed)	,035	,394	,037	,000	.	,000	
N	324	328	325	340	340	339	
Correlation Coefficient	,104	,056	,166**	-,104	,246**	1,000	
Sig. (2-tailed)	,062	,310	,003	,057	,000	.	
N	324	328	324	339	339	339	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**APÊNDICE XXXVIII – CONSISTENCIA INTERNA DA ESCALA DE PERCEÇÃO DE
ATITUDES PARENTAIS E ESCALA DE ATITUDES SEXUAIS**

APÊNDICE XXXVIII**CONSISTENCIA INTERNA DA ESCALA DE PERCEÇÃO DE ATITUDES PARENTAIS E
ESCALA DE ATITUDES SEXUAIS****Quadro 1 - Consistência interna da escala e subescalas do YPI**

Dimensões	N of Items	Cronbach's Alpha	
		Vaz (2011)	Estudo (2012)
YPI	63	0,896	0,941
Autonomia	6	0,651	0,681
Amor	30	0,945	0,947
Controlo	10	0,780	0,798
Hostilidade	17	0,882	0,942

Quadro 2 - Consistência interna da escala e subescalas do IP

Dimensões	N of Items	Cronbach's Alpha	
		Vaz (2011)	Estudo (2012)
IP	8	0,867	0,884

