Daniela Filipa Coelho Torres

Conhecimentos de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos numa amostra de 359 adolescentes do 8º ao 12º ano de escolaridade

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2011

Daniela Filipa Coelho Torres

Conhecimentos de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos numa amostra de 359 adolescentes do 8º ao 12º ano de escolaridade

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2011

Daniela Filipa Coelho Torres

Conhecimentos de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos numa amostra de 359 adolescentes do 8º ao 12º ano de escolaridade

Daniela Torres

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob Orientação do Mestre Francisco Sampaio Gomes.

Resumo

O presente trabalho tem como objectivo analisar os conhecimentos que os adolescentes possuem acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST`s) e dos Métodos Contraceptivos (MC`s), e perceber se o conhecimento varia em função das características sócio-demográficas dos participantes. Foram inquiridos 359 adolescentes da zona Norte do País, de ambos os sexos (213 raparigas e 146 rapazes), com idades compreendidas entre os 13 e 22 anos de idade (M= 15, 7 ; DP= 1, 481). Os participantes responderam a um questionário sócio-demográfico e ao Questionário Breve Sobre Sexualidade – QUEBRESE II (Sampaio e Silva, 2009). Os resultados do estudo indicam que os conhecimentos de IST`s variam em função: do género, da zona de residência (urbana vs. rural), do ano de escolaridade e da área vocacional frequentada. Verificou-se que ser do sexo feminino, residir em zona urbana, ter mais escolaridade e frequentar a área vocacional de Ciências e Línguas e humanidades está associado a maior conhecimento de IST`s. Os conhecimentos de MC`s variam em função do género, zona de residência (urbana vs. rural), ano de escolaridade, área vocacional frequentada, nível socioeconómico, e número de parceiros sexuais. Maior conhecimento de MC`s surge associado a: ser do sexo feminino, ter mais idade (e frequentar escolaridade mais avançada), residir em zona urbana, frequentar a área de Ciências e Línguas e Humanidades, pertencer à classe alta e ter apenas um parceiro sexual. Procedeu-se ainda à análise das qualidades psicométricas do instrumento QUEBRESE II. Os valores obtidos revelaram-se melhores que os do estudo original de 2006.

Palavras-chave: Adolescência, Sexualidade na adolescência, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Métodos Contraceptivos.

Abstract

The aim of this work is examining the knowledge that the adolescents have about Sexually Transmitted Infections (STI's) and Contraceptive Methods (CM's), and see if the knowledge varies according to socio-demographic characteristics of the participants. We studied 359 adolescents in the North zone of the Country, of both sexes (213 girls and 146 boys), between 13 and 22 years of age (M= 15, 70; SD= 1, 481). The participants answered to a socio-demographic questionnaire and the Brief Questionnaire On Sexuality - QUEBRESE II (Sampaio & Silva, 2009). The results of the study allowed us to observe that the knowledge of STI's vary depending on: gender, the residence area (urban vs. rural), the school year and the vocational school area. It was found that being female; residing in an urban area, having more schooling and attending the Sciences and Languages and Humanities vocational areas is positively associated to a greater knowledge of STI's. The knowledge of CM's are related to gender, residence area (urban vs. rural), school year, vocational school area, socioeconomic level and number of sexual partners. It appears that greater knowledge of CM's is positively related to: being female and older, having higher education, attending the area of Sciences and Languages and humanities, belonging to the upper class and having only one sexual partner. I have also examined the psychometric qualities of the instrument QUEBRESE II. The results proved to be better than the original study of 2006.

Key words: Adolescence, Adolescent Sexuality, Sexually Transmitted Infections, Contraception Methods.

Agradecimentos

Após a realização deste trabalho concluo que são as pessoas especiais que atenuam as dificuldades com que nos debatemos. Como tal, não posso deixar de agradecer a todos que estiveram ao meu lado nos momentos bons e menos bons.

Aos meus pais, os principais responsáveis por ter construído este percurso. Adoro-vos e jamais esquecerei que foram os primeiros a acreditar em mim e são aqueles a quem eu agradeço tudo o que de bom a vida me proporciona.

À minha irmã, Liliana, por tudo o que significa para mim. Pela relação especial que temos reforço que és e serás um exemplo a seguir. Adoro-te.

À minha família pela força transmitida e apoio incondicional. Aos meus primos, que me proporcionaram momentos hilariantes agradeço os sorrisos sinceros nas alturas mais difíceis.

Às minhas amigas Cláudia e Marília, companheiras desta "viagem". Passamos, ao longo deste trabalho, por momentos ambivalentes, mas em todos eles prevaleceu a amizade, o companheirismo e o respeito. Após muitos sorrisos e algumas lágrimas, fica a certeza que a amizade é o bem mais precioso que um ser humano pode ter. Todos os momentos vividos convosco foram inesquecíveis e aumentam o desejo de os repetir.

À Ana Zélia, mais que uma amiga, tornou-se numa irmã do coração, com a qual tive o prazer e privilégio de partilhar alguns dos melhores momentos da minha vida.

À Ana Soares e Anabela um agradecimento sentido aos seis anos pautados por amizade, união e alegria.

A todos os responsáveis pelos locais onde se procedeu à recolha de dados e um obrigada muito especial a todos os adolescentes, que de forma tão simpática e empenhada aceitaram participar no estudo.

Um agradecimento especial e sincero ao Mestre Francisco Sampaio Gomes, pelo profissionalismo, dedicação, sabedoria, interesse e compreensão. Agradeço as suas palavras de motivação, tão importantes ao longo deste percurso.

A todos vós o meu muito obrigado!

Índice geral

Resumo ……..……. I

Abstract ……..……. II

Agradecimentos ……..…... III

Índice geral ……..….. IV

Índice de quadros ……..…... V

Índice de anexos ..……..…….... VIII

Introdução .....……...……..……..……... 1

Capítulo I Adolescência .....…….……..…... 2

Capítulo II Sexualidade na adolescência ……...…….…… 6

Capítulo III Infecções Sexualmente Transmissíveis …….....……... 13

Capítulo IV Métodos Contraceptivos ……..…….……... 22

Capítulo V Estudo Empírico..... 32

Conclusão ……..……. 62

Bibliografia..... ..……..……..... 64

Índice de quadros

Quadro 1: Caracterização dos participantes …..…….…… 35
Quadro 2: Número de irmãos e posição na fratria ……..... 36
Quadro 3: Área vocacional frequentada ……..... 36
Quadro 4: Escolaridade dos progenitores dos adolescentes …… 37
Quadro 5: Distribuição do género quanto às fontes de informação sobre Métodos Contraceptivos..... …… 37
Quadro 6: Distribuição do género quanto às fontes de informação sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis …….....…….... 38
Quadro 7: Género e estatuto sexual (activo/ não-activo)…..... 38
Quadro 8 : Posição na fratria e estatuto sexual (activo/ não-activo)…..... 39
Quadro 9: Ano de escolaridade frequentado e estatuto sexual (activo/ não-activo)….. 39
Quadro 10: Zona de residência (urbana/ rural) e estatuto sexual (activo/ não-activo)..... 40
Quadro 11: Género e fase etária do 1º coito..... 40
Quadro 12: Posição na fratria e fase etária do 1º coito..... 40
Quadro 13: Género e número de parceiros sexuais..... 41
Quadro 14: Posição na fratria e número de parceiros sexuais..... 41
Quadro 15: Ano de escolaridade frequentado e número de parceiros sexuais..... 42
Quadro 16: Zona de residência (urbana/ rural) e número de parceiros sexuais..... 42
Quadro 17: Teste de adequabilidade da amostra para a análise factorial para a sub-escala das IST`s..... 46
Quadro 18: Análise factorial exploratória após rotação varimax das IST`s..... 47
Quadro 19: Teste de adequabilidade da amostra para análise factorial para a sub-escala dos MC`s..... 48
Quadro 20: Análise factorial exploratória após rotação varimax dos MC`s..... 48
Quadro 21: Valores de alpha para as duas sub-escalas IST`s e MC`s..... 49
Quadro 22: Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por género..... 50
Quadro 23: Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por idade..... 50
Quadro 24: Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por ano de escolaridade frequentado 51
Quadro 25: Diferenças de conhecimentos de IST`s por ano de escolaridade frequentado (post-hoc)..... 52
Quadro 26: Diferenças de conhecimentos de MC`s por ano de escolaridade 53

frequentado (post-hoc)..... 53
Quadro 27: Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por zona de residência (urbana/ rural)..... 54
Quadro 28: Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por área vocacional frequentada..... 54
Quadro 29: Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por área vocacional frequentada (post-hoc)..... 55
Quadro 30: Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por nível socioeconómico.. 56
Quadro 31: Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por nível socioeconómico (post-hoc)..... 57
Quadro 32: Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por estatuto sexual (activo/ não-activo)..... 57
Quadro 33: Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por número de parceiros sexuais.....

Índice de anexos

Anexo A: Carta de pedido de autorização..... 74
Anexo B: Consentimento informado..... 75

Introdução

Este trabalho tem como objectivo analisar os conhecimentos que os adolescentes possuem acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis e dos Métodos Contraceptivos.

A dissertação é constituida por cinco capítulos. O primeiro capítulo tem como finalidade caracterizar a faixa-etária em questão, a adolescência. Inicialmente faz-se um resumo das prinicpais mudanças físicas, psicológicas, cognitivas, sociais e morais, que ocorrem nesta fase de desenvolvimento. Posteriormente apresenta-se uma síntese das teorias da adolescência: psicanalítica, sociológica e de Piaget.

O segundo capítulo debruça-se sobre a sexualidade na adolescência. Pretende-se fazer uma revisão bibliográfica acerca da forma como a sexualidade é vivenciada e percepcionada pelos adolescentes. Além disso, faz-se uma alusão aos principais comportamentos de risco inerentes à vivência da sexualidade na adolescência.

No terceiro capítulo abordam-se temáticas relativas às Infecções Sexualmente Transmissíveis e apresentam-se estudos realizados com adolescentes sobre esta temática.

O quarto capítulo foca a temática da contracepção na adolescência e apresenta uma revisão dos modelos preditores do uso de contracepção. Neste capítulo faz-se uma revisão de alguns estudos realizados na área dos métodos contraceptivos, cuja população-alvo são adolescentes.

Por fim, o quinto capítulo é dedicado ao estudo empírico. Como tal, expõe-se: o objectivo do estudo, as hipóteses, as variáveis e a metodologia utilizada na investigação. Descreve-se também a amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos e os resultados.

I – Adolescência

O termo adolescência deriva do latim *adolescere*, que significa crescimento e amadurecimento. O crescimento relaciona-se com o desenvolvimento a nível físico, psicológico, cognitivo, social e moral (Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro & Gomes, 2007). A adolescência é uma fase de transição em que o sujeito muda do estado infantil para o estado adulto (Gleitman, 1993). Ballenato (2009) considera que a adolescência se inicia com a puberdade, sensivelmente aos 12 anos, no sexo feminino e aos 14 no sexo masculino. Simões (2007) refere que este é um período de crescimento e progresso, no qual acontecem mudanças de ordem física, psicológica, cognitiva e social. De acordo com Zagury (1996) enquanto que as alterações físicas são comuns a todos os adolescentes, as alterações psicológicas e sociais variam consoante a cultura, o grupo e inclusive entre indivíduos pertencentes ao mesmo grupo.

Posteriormente, apresenta-se uma revisão das principais mudanças que ocorrem neste período de desenvolvimento. Relativamente às modificações físicas existem dois tipos de transformações. Inicialmente, denotam-se alterações corporais como um súbito acréscimo na altura, bem como, no teor da gordura e dos músculos corporais. A fase posterior relaciona-se com a maturação sexual, incluindo transformações nos órgãos reprodutores e nas características sexuais secundárias, ou seja, o aparecimento dos pêlos faciais e corporais, crescimento dos seios, aumento do pénis e testículos (Kail, 2004). As mudanças físicas que acontecem nesta fase têm um impacto crucial a nível do funcionamento psicológico, do comportamento do adolescente e das relações com os outros (DeHart, Sroufe & Cooper, 2000).

Na adolescência é frequente surgirem problemas de foro emocional. Algumas particularidades caracterizam esta fase: os adolescentes necessitam alcançar independência a nível da sociedade, os pais deixam de ser o foco da atenção em detrimento do grupo de pares, que se torna o principal ponto de referência para os jovens. Os adolescentes adoptam uma postura mais retraída e menos comunicativa com as figuras parentais e, pontualmente, tendem a questionar as regras familiares. Neste período, os jovens têm uma atitude crítica no que respeita à ordem social estabelecida, assumem uma atitude de rebeldia para com as figuras de autoridade, procuram alcançar mais autonomia e desejam pensar de forma independente dos adultos e tomar as suas próprias decisões. Não obstante, continuam a necessitar do amparo e conselhos dos adultos que os rodeiam (Ballenato, 2009).

Zagury (2003) relata que a adolescência é um período pautado por mudanças profundas na esfera intelectual. A nível cognitivo, existe uma mudança gradual do pensamento operatório e concreto para um pensamento formal e abstracto (Tavares et al., 2007). Piaget considera que os adolescentes atingem um patamar mais elevado do desenvolvimento cognitivo, que denomina período das operações formais, associado à aptidão para o pensamento abstracto. Isto oferece-lhes a possibilidade de manusear a informação, concebendo possibilidades, aferindo hipóteses e criando teorias (Papalia, Olds & Feldman, 2004). Neste estágio os adolescentes compreendem que a sua realidade específica é somente uma entre outras concebíveis, e começam a contestar temáticas complexas como a verdade, a justiça e a existência (Gerring & Zimbardo, 2004). A consciência intelectual dos adolescentes não é uma consciência directa dos actos, das concepções e das representações, como se verificava no pensamento concreto. Os adolescentes possuem uma consciência mediatizada do entendimento, através dos signos e dos processos mentais, designada de consciência reflexiva. Uma vez que o pensamento, nesta fase, permite ter acesso à abstracção, o adolescente pode sentir prazer em traçar hipóteses e em aceder ao universo da especulação (Golse, 2004).

Na adolescência as relações com os pais e os amigos são fundamentais. O relacionamento com o grupo de pares assume um lugar de destaque. Nesta etapa as amizades distinguem-se por serem seguras, íntimas, complexas e cruciais em termos psicológicos. O adolescente recorre ao grupo de pares como meio de efectuar a transição do seio familiar para o mundo dos adultos (Bee, 1997).

Segundo a teoria psicossocial de Erikson os adolescentes confrontam-se com uma crise intitulada "identidade versus confusão de identidade". A tarefa primordial, nesta fase, é a construção de um sentido de identidade, na qual surgem questões como "o que sou e o que quero ser". Estas dúvidas emergem em diferentes áreas da vida do indivíduo: profissão, papéis sexuais, política e religião (Marchand, 2001). A procura de identidade é pautada por momentos de ansiedade, desorientação e desordem. Os adolescentes analisam os seus pensamentos e atitudes, pois desejam definir o seu *self*. Existe uma confusão quanto aos papéis que assumem na sociedade. Esta crise psicossocial é ultrapassada quando se obtém uma identidade pessoal e psicossocial, ou seja, quando percepcionam a sua singularidade e o papel que desempenham na sociedade (Tavares et al., 2007). Se o adolescente não superar esta crise pode experienciar uma sensação de difusão e confusão do eu (Marchand, 2001).

Na opinião de Piaget, através da interacção com o grupo de pares as crianças expandem os seus juízos de justiça. Piaget menciona que quando uma criança colabora, de forma autónoma, com outra criança é invadida por um sentimento e uma necessidade intrínseca de ser fiel, com a finalidade de manter a confiança mútua. Na infância, existe um interesse manifesto em ser aceite pelos outros e acreditam que é relevante cuidar dos outros da mesma maneira que desejariam ser tratadas. O autor alerta para a importância de ceder ao sujeito autonomia para escolher e decidir, para desta forma cooperar com outros indivíduos e criar um sistema moral de valores e crenças (Sousa, 2006). Na perspectiva de Kohlberg todos os relacionamentos sociais facultam a possibilidade do indivíduo assumir papéis sociais, fomentam a capacidade de empatia e promovem, ainda, o desenvolvimento moral. O autor define três níveis de razão moral: pré-convencional, convencional e pós-convencional, com os adolescentes inseridos no nível 2, habitualmente atingido após os 12 anos de idade. Neste nível os valores morais estão relacionados com a interpretação de papéis bons ou maus, na conservação da ordem convencional e no ir de encontro às expectativas dos demais (Sprinthall & Collins, 1994).

1.1 Teorias da adolescência

As teorias da adolescência podem agrupar-se em três: psicanalítica, sociológica e de Piaget (Delval, 1996). Posteriormente, apresenta-se uma síntese das mesmas.

A **teoria psicanalítica** de Freud considera a adolescência como um estágio distinto do desenvolvimento, no qual os seres humanos podiam efectuar o dever biológico de se reproduzirem e, desta forma, assegurar a espécie. Na perspectiva de Freud, o sexo constituía o factor primordial para todo o comportamento humano, desde os primeiros estágios de vida. O autor designava a adolescência de estágio genital, uma vez que é nesta fase que a relação sexual se transforma um motivo crucial do comportamento. De acordo com esta teoria, a instabilidade emocional associada à adolescência resulta do confronto psicológico entre o *id*, o *ego* e o *superego*. O aparecimento imediato da excitação sexual, aquando a puberdade, reactiva instintos primitivos, amplifica o poder do id e abala a estabilidade psicológico alcançada durante a segunda infância. Esta instabilidade produz conflito emocional e conduta irregular. Como tal, a tarefa da adolescência consiste em recuperar o equilíbrio emocional (Cole & Cole, 2003).

A **teoria sociológica**, ao contrário da anterior, explica esta fase através de motivos sociais. Deste modo, a adolescência é originada por tensões e pressões oriundas da sociedade, dado que, além de estar a terminar o processo de socialização o adolescente tem, simultaneamente, que assumir novos papéis sociais (Cole & Cole, 2003). Sprinthall e Collins (1994) referem que existem determinadas sociedades e sub-grupos nos quais o processo de socialização, que leva à execução de papéis sociais dos adultos, ocorre de forma gradual e progressiva. Todavia, em algumas sociedades os adolescentes dispõem de pouco tempo para assimilarem papéis sociais distintos. O facto do adolescente se deparar com um curto espaço de tempo e, por vezes, com modelos pouco claros dificulta a aprendizagem social. Desta forma, a instabilidade psicológica surge associada aos inúmeros obstáculos que as tarefas de aprendizagem abrangem.

De acordo com **Piaget**, a adolescência resulta da interacção entre factores sociais e individuais. Neste estádio de desenvolvimento surgem alterações decisivas nos processos cognitivos que estão relacionadas com mudanças na posição social. O sujeito integra a sociedade dos adultos mas tem disposição para alterá-la, através da realização de planos de vida, que conquista através do real e do possível. As mudanças de cariz afectivo e social estão, indubitavelmente, associadas a modificações na forma de pensar (Delval, 1996).

II – Sexualidade na adolescência

As revisões da literatura mais remotas acerca da sexualidade explicam que as condutas sexuais nem sempre foram entendidas da mesma forma. O comportamento sexual, até meados do século XIX, era percepcionado apenas como um impulso de cariz biológico que necessitava ser manifestado, mas somente dentro dos parâmetros dos seus fins, ou seja, a reprodução. Até então, a reprodução era encarada como um comportamento sexual aceitável, em contrapartida à masturbação e à homossexualidade que eram comportamentos sexuais altamente reprovados pela sociedade. O início do século XX foi pautado por uma fase de mudança no que diz respeito à forma como a sexualidade humana é encarada. Apesar do sexo ainda ser considerado como biológico, a tónica agora centra-se na conduta sexual enquanto actividade, ao invés de ser focalizada somente na reprodução. Actualmente, ocorreu outra alteração na forma como a sexualidade é vista. Apesar de algumas investigações mais recentes considerarem o sexo enquanto actividade, percepcionam esta prática como sendo perigosa e de risco. Como tal, presentemente, o sexo é examinado em termos de promoção da saúde, educação para a saúde e autoprotecção (Ogden, 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o conceito de sexualidade integra o género, as identidades do sexo e género, a sensualidade, a vinculação afectiva, o amor e a procriação. Pode ser vivenciada ou manifestada através de ideias, fantasias, anseios, necessidades, atitudes, crenças, acções, experiências e relacionamentos (OMS, 2000). Vance (1995) acrescenta que a sexualidade inclui componentes distintos: relações sexuais, orgasmos, carinhos prévios, companheirismo, partilha, comunicação e imaginação. Para o autor a sexualidade não se restringe apenas à reprodução, uma vez que a sexualidade reprodutiva é apenas uma área diminuta do universo sexual. O ser humano é um ser sexuado, possui interesses sexuais e através dos comportamentos manifesta a sua sexualidade. Esta não é vivenciada de igual modo nas diferentes fases do desenvolvimento, pois apresenta particularidades em cada fase do ciclo vital (López & Fuertes, 1999).

Sabe-se que a adolescência é um período propício a descobertas sexuais. Nesta fase, surge um interesse nas temáticas relacionadas com o sexo (Santrock, 2003). O desejo sexual intensifica-se na puberdade e muitos estímulos passam a possuir um cariz erótico. Assim, o interesse sexual e os estímulos eróticos incitam os adolescentes a procurar prazeres sexuais,

quer através da auto-estimulação, quer através do relacionamento com os outros indivíduos (López & Fuertes, 1999).

Na adolescência a sexualidade exprime-se de diversas maneiras. Inicialmente, o adolescente tende a conter o seu próprio impulso sexual, sobretudo se vivenciou experiências sexuais anteriores frustrantes. Assim, a expressão de sexualidade mais comum na adolescência inicial e intermediária é aquela em que os adolescentes idealizam o acto sexual mesmo quando não há envolvimento amoroso entre as partes (Costa, Lopes, Souza & Patel, 2001). Cordeiro (2009) considera que o namoro é crucial na vivência da sexualidade e refere que namorar implica desejo, atracção, sedução e conquista. Na adolescência os namoros iniciam-se, habitualmente, por volta dos 14 e 16 anos. Estes ocorrem, na sua maioria, no grupo de pares que os adolescentes integram (APA, 2002). Sorensen (2007) declara que os adolescentes debatem-se com conflitos românticos e acrescenta que, nesta faixa-etária, os relacionamentos amorosos assumem o centro da vida social. Davidoff (2001) refere que o namoro auxilia os adolescentes a entenderem a sua própria personalidade, necessidades interpessoais e valores. Além disso, o namoro faz com que os adolescentes aprendam a sua sexualidade e relações íntimas de entregas mútuas. Segundo Matos e Sampaio (2009) o amor romântico emerge, habitualmente, na adolescência e define-se por uma grande motivação para a relação, isto é, existe uma forte vontade e interesse em estar com o companheiro (paixão, enamoramento). Associado a este amor surge o amor físico, que diz respeito a um impulso sexual genuíno, no qual o prazer é o mais desejado

A sexualidade física na adolescência é central uma vez que é nesta fase da vida que o sujeito desenvolve a sua identidade sexual. Esta passa por um processo biológico, psicológico e social, no qual a família desempenha um papel preponderante. Na infância, os progenitores, ainda que imperceptivelmente, diferenciam os rapazes das raparigas, através da escolha do vestuário, cores, brinquedos e objectos (Cano, Ferriani & Gomes, 2000). A sociedade incute aos rapazes e às raparigas, mesmo quando ainda não têm noção da sua identidade sexual, um determinado papel sexual que afecta todas as áreas e acções da vida. Sensivelmente aos 2 ou 3 anos, as crianças consciencializam-se da sua identidade sexual e aprendem a interiorizar as tarefas que a sociedade considera próprias do sexo masculino ou feminino. A identidade sexual transforma-se no factor constante dos juízos que o indivíduo faz de si próprio. Por sua vez, o papel de género caracteriza a vida dos sujeitos ao longo de todo o ciclo vital (López & Fuertes, 1999).

Sprinthall e Collins (1994) traçam um esboço do percurso sexual, no qual fazem uma alusão à forma como a sexualidade é vivenciada neste período de desenvolvimento. O início da adolescência, período entre os 11 e 15 anos, é assinalado por determinadas características: aparecimento da primeira identificação societal como sujeito que executa um papel sexual convencional; começo da actividade sexual manifesta do sujeito, com o seu corpo ou com outros indivíduos; desenvolvimento de elementos ligados à imaginação sexual; início da distinção entre o sexo feminino e masculino relativamente à actividade sexual manifesta. Nesta fase, as condutas associadas ao sexo demonstram todas as aprendizagens que constituem a identidade sexual e existe reforço do grupo de pares pelos valores "homossociais", isto é, identificação significativa com sujeitos do mesmo sexo. O final da adolescência, situado entre os 15 e 18 anos, define-se pela integração crescente de comportamentos de essência sexual em relacionamentos sociais de cariz não sexual e, em oposição ao início da adolescência, nesta etapa verifica-se uma alteração para valores "heterossociais", ou seja identificação expressiva com sujeitos do sexo oposto.

Algumas teorias sugerem que o comportamento sexual é influenciado por motivações positivas pelo sexo. Estas podem ser físicas, o desejo por sentimentos de excitação e prazer (Parsons, Halkitis, Bimbi & Borkowski, 2000); orientadas para o relacionamento, nomeadamente, o interesse pela intimidade (Tschann, Adler, Millstein, Gurvey & Ellen, 2002); sociais, anseiam ser aprovados pelo grupo de pares (Kinsman, Romer, Furstenberg & Schwarz, 1998), ou individuais, isto é, a vontade de aprender a conhecer-se a si próprio (Stanton et al., 1994).

Existem imensos estudos que analisam a sexualidade dos adolescentes. Contudo, a maioria debruça-se sobre o coito vaginal, apesar de haver uma proporção expressiva de adolescentes que praticam sexo oral (Felsher, Cornell, Kropp & Tschann, 2005). Determinadas investigações referem que: entre 14% a 50% dos adolescentes praticam sexo oral antes de iniciarem o coito vaginal (Schwartz, 1999; Newcomer & Udry, 1985; Schuster, Bell & Kanouse, 1996); existem mais adolescentes a terem sexo oral comparativamente ao coito vaginal (Newcomer & Udry, 1985; Schuster et al., 1996; Prinstein, Meade & Cohen, 2003) e mencionam que dos que praticam sexo oral, apenas uma minoria recorre a Métodos Contraceptivos (MC`s) (Conard & Blythe, 2003; Boekeloo & Howard, 2002; Prinstein et al., 2003). Apesar da prática de sexo oral não causar riscos como a gravidez e conferir menor perigo de contrair uma IST (Infecção Sexualmente Transmissível), algumas pesquisas

alertam para o facto do sexo oral constituir um possível transmissor de patologias de foro oral, respiratório e genital, inclusive as seguintes IST`s: herpes genital, hepatites, gonorreia, clamídia, sífilis e vírus da imunodeficiência humana (VIH) (Boekloo & Howard, 2002). Os mesmos autores conduziram um estudo tendo como finalidade investigar a prática de sexo oral nos adolescentes e a percepção de risco que estes possuíam relativamente à mesma. Descobriram que apesar da esmagadora maioria (96%) reconhecer que o VIH pode ser transmitido por via oral e vaginal, alguns adolescentes (68%) não reconhecem o risco de contaminação através do sexo oral.

Alguns autores realizaram um estudo pioneiro cujo objectivo é examinar a percepção que os adolescentes possuem acerca das consequências sociais e emocionais e a nível da saúde, associadas à prática de sexo oral, em comparação ao coito vaginal (Felsher et al., 2005). Este estudo incluiu 580 participantes, dos quais 58% pertencem ao sexo feminino e 42% ao sexo masculino, cuja média de idades é 14,54.

Os resultados desta investigação mostram que 20% dos adolescentes praticaram sexo oral e 16% coito vaginal. Relativamente aos próximos 6 meses, 32% dos adolescentes tenciona ter sexo oral e 26% sexo vaginal. Constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do género no que diz respeito às intenções e experiências sexuais. Os autores verificaram que a maioria dos adolescentes considera que a prática de sexo oral, comparativamente ao coito vaginal, acarreta menos riscos e menos consequências negativas para a saúde, nomeadamente, gravidez e IST`s. Os participantes avaliam o sexo oral como a prática sexual que traz menos consequências sociais e emocionais. De acordo com os adolescentes, o sexo oral tem menos probabilidade de trazer problemas a uma relação amorosa, não afecta a reputação e não faz com que os adolescentes se sintam culpabilizados por praticarem sexo oral, comparativamente ao coito vaginal. Contudo, acreditam que obtêm mais prazer através da prática do coito vaginal. A análise das atitudes que os adolescentes possuem sobre a prática do sexo oral versus coito vaginal indicou que os participantes pensam que a prática de sexo oral é mais aceitável para a faixa-etária em que se encontram. Os adolescentes concordam que indivíduos com a idade deles são demasiado precoces para praticarem sexo vaginal (Felsher et al., 2005).

As posturas e as condutas adoptadas em relação à sexualidade variam consoante o género. O comportamento sexual diferenciado é causado por diferenças biológicas, mas também devido à educação sexual e afectiva (Silva, 1994). Inúmeras investigações apontam o facto dos

adolescentes do sexo feminino e masculino terem opções sexuais distintas. As raparigas incorporam a conduta sexual como um papel e identidade sexual que contém competências para a ternura e sensibilidade, ao passo que os rapazes só manifestam interesse em desenvolver relações amorosas mais tardiamente. Os rapazes vêm a sexualidade genital como uma componente natural numa relação, enquanto que as raparigas guardam a intimidade sexual para relacionamentos profundos marcados por sentimentos de amor mútuo, quando têm um companheiro estável (Hoffman, Paris & Hall, 1994). A relação sexual entre homem e mulher inclui disparidades. As mulheres apresentam-se defensivas, devido ao receio de serem vistas como "fáceis". Revelam um menor interesse genital, pois experienciam alguma inibição face à satisfação sexual. Por sua vez, os rapazes anseiam desenvolver a sua sexualidade genital o mais precocemente possível, havendo escassa preocupação com a vertente afectiva dos relacionamentos. No entanto, as desigualdades de género quanto ao comportamento sexual têm vindo a diminuir: as mulheres tendem a possuir uma postura menos defensiva quanto à genitalidade e os homens começam a valorizar mais o carácter emocional dos relacionamentos (Moita & Santos, 2010).

2.1 Comportamentos de risco

No âmbito da sexualidade na adolescência importa abordar os comportamentos de risco típicos desta fase do ciclo vital. Segundo Feijó e Oliveira (2001) a nomenclatura comportamentos de risco reporta-se ao envolvimento dos adolescentes em acções que podem comprometer a sua saúde, tanto fisicamente como mentalmente.

Segundo Straub (2005) metade das situações de morbidade e morte, na adolescência, surgem associadas a comportamentos de risco evitáveis. Estes referem-se a hábitos alimentares desadequados, consumo de substâncias ilícitas e comportamentos sexuais de risco.

Os adolescentes são uma população de risco pelas condutas sexuais que adoptam, tais como: início prematuro, uso irregular de MC`s, multiplicidade de parceiros e durabilidade dos relacionamentos (Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares, 2006). Esta população é particularmente vulnerável a determinados comportamentos de risco, como a gravidez indesejada, o aborto e IST`s. Estes acontecimentos imprevistos têm consequências generalizadas nos projectos de vida do adolescente e no seu próprio quotidiano (Saito, 2000).

De seguida, apresenta-se uma revisão dos principais comportamentos de risco típicos desta fase de desenvolvimento: gravidez na adolescência, aborto e IST`s.

A gravidez na adolescência tem se tornado num problema de saúde pública, quer em países em desenvolvimento, quer em países desenvolvidos (WHO, 2004). Esta problemática difere de país para país e de acordo com a época considerada (Justo, 2000). Não obstante, estima-se que em Portugal a proporção de partos por adolescentes representará 8% da totalidade dos partos ocorridos no país. Os partos em mulheres com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos variam entre 95 por 1000 nos Estados Unidos, 22 por 1000 em Portugal e 15 por 1000 na Holanda (Tavares & Barros, 1996).

Saito e Leal (2007) referem que um quarto (25%) das gravidezes indesejadas na adolescência, terminam em aborto. Num estudo com 14 adolescentes Portuguesas, com idades entre os 14 e 22 anos, que já tinham passado ou estavam a passar por uma gravidez, verificou-se que embora a interrupção voluntária da gravidez fosse algo que tivessem em consideração, o aborto surgia como o último recurso. Assim as gravidezes, mesmo que indesejadas, decorreram naturalmente, embora a possibilidade de abortar tivesse sido ponderada (Vilar & Gaspar, 1999).

As IST`s constituem uma das principais causas, a nível mundial, de doença aguda, infertilidade, perda de capacidades a longo prazo e de mortalidade (OPS, OMS & ONUSIDA, 1999). Calcula-se que, anualmente, se produzem mais de 340 milhões de IST`s curáveis, em pessoas do sexo masculino e feminino, com idades entre os 15 e 49 anos (OMS, 2007).

2.2 Adolescentes e vulnerabilidade

Saito (2000) explica que a vulnerabilidade dos adolescentes acontece devido ao facto do desenvolvimento da sexualidade nem sempre ser acompanhado de uma maturação afectiva e cognitiva, o que explica a fragilidade desta população. O tipo de pensamento presente nesta faixa-etária ajuda a perceber as razões pelas quais os adolescentes são considerados, mais do que qualquer outra população, vulneráveis aos riscos da actividade sexual: dificuldade em aceder ao raciocínio formal, dificuldade em optar por escolhas racionais a longo prazo e dificuldade em ponderar acerca dos efeitos das suas acções, o que resulta em resoluções imediatas e pouco sensatas (UNICEF, UNAIDS & OMS, 2002). De acordo com Straub (2005) a debilidade dos adolescentes pode ser compreendida em factores biológicos, sociodemográficos e sociais.

Quanto aos factores biológicos as alterações de foro hormonal que ocorrem aquando a puberdade tornam os sujeitos mais susceptíveis. Os indivíduos que amadurecem mais

tardiamente são menos susceptíveis, comparativamente aos que amadurecem precocemente. As hormonas aumentam o desejo de início da actividade sexual, mas a nível psicológico os jovens não estão aptos para se protegerem dos riscos da vida sexual.

Os factores sociodemográficos também podem ser responsáveis pelos comportamentos de risco. Um exemplo referido é o facto de existir maior possibilidade de filhos de pais alcoólicos consumirem mais álcool, em relação a filhos de pais não alcoólicos.

A nível social, verifica-se que a influência do grupo de pares torna os adolescentes mais vulneráveis. Observa-se que os jovens que atribuem maior importância à opinião do grupo de pares revelam tendências para se comportarem em conformidade com os amigos, de forma a serem incluídos no grupo. Este tipo de conduta pode não ser semelhante ao comportamento que está atribuído ao bom senso moral.

Aliado a estes factores, os adolescentes ainda se deparam com o designado "mito da invencibilidade". Este sugere que os adolescentes possuem crenças falsas de que estão isentos face aos perigos das relações sexuais sem protecção, bem como do abuso de drogas e de outros comportamentos de risco (Straub, 2005).

III - Infecções Sexualmente Transmissíveis

A designação Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST`s) substituiu a nomenclatura clássica de Doenças Sexualmente Transmissíveis (Rodrigo & Mayer-da-Silva, 2003). Contudo, os autores consideram que embora a denominação actual seja mais geral, é simultaneamente menos concreta pois existem vários gérmenes que são transmitidos (infecção) sem provocar sintomas e ou sinais (doença).

As IST`s podem ser caracterizadas como doenças do foro infeccioso, que podem ser ou não, propagadas por via sexual. Constituem um problema central e comum em saúde pública. São foco de inquietação, devido à elevada percentagem de casos e pelo facto de resultarem em infertilidade e impotência. As IST`s têm, ainda, uma relação próxima com neoplasias genitais e anais e infecção pelo VIH (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006).

Variáveis como género, faixa-etária, meio socioeconómico, vivências passadas, acesso aos MC`s influenciam a forma como cada adolescente percepciona o risco de contrair uma IST. Tal como se verificava em relação aos MC`s, Lúcio e Rego (2007) consideram que a decisão dos indivíduos se protegerem de uma IST deve ser uma decisão conjunta dos parceiros e não uma opção individual. Na opinião dos autores, o objectivo não é apenas a abolição de condutas de risco, mas a promoção de hábitos saudáveis. Os adolescentes tendem a desvalorizar as IST`s uma vez que estas não apresentam, na sua maioria, sintomas e não são consideradas um risco próximo, contrariamente à gravidez.

3.1 Prevalência

Embora se assista a um progresso da tecnologia e da ciência, as IST`s continuam a afectar indivíduos em todo o mundo. Julga-se que existe uma prevalência elevada, independentemente do sexo, nível socioeconómico e condutas sexuais dos sujeitos (Gir et al., 1991).

Os valores da prevalência e da inciência das IST`s têm merecido atenção, sobretudo desde a década de 90 do século XX. Em determinados países os valores ainda são imprecisos (Rodrigo & Mayer-da-Silva, 2003).

As IST`s ocupam lugar de destaque nas doenças mais frequentes a nível mundial (Wilson & Sande, 2004). Segundo a OMS, no ano de 1999 contabilizou-se um total de 340 milhões de novos casos de IST`s curáveis em todo o planeta. Foram também contabilizados alguns

milhões das IST`s sem cura como o herpres genital, infecções pelo papiloma vírus humano, hepatite B e infecção pelo VIH (OMS, 2007). Das mulheres que possuem infecções como gonorreia e clamídia e não recebem tratamento, 10% a 40% evoluem para uma doença inflamatória pélvica (DIP). As mulheres que possuem DIP manifestam uma probabilidade de 6 a 10 vezes de terem uma gravidez ectópica, contribuindo dessa forma para mais de 15% da mortalidade materna. Um quarto dessas mulheres (25%) vai sofrer problemas de infertilidade (OMS, 2007).

Sensivelmente um milhão de indivíduos é infectado diariamente com uma IST. Essas infecções vão manifestar-se em sintomas agudos e infecções crónicas. Originam consequências graves, a médio-longo prazo, como gravidez ectópica, cancro cervicouterino e disfunções prematuras em crianças e adultos (OMS, 2007).

Em adolescentes a incidência de infecções bacterianas como a clamídia afecta 10 a 25% de raparigas adolescentes. Cerca de 2% de adolescentes são portadoras de papiloma vírus humano (Chaby, 1997). Relativamente aos casos de IST`s em adolescentes, a gonorreia, herpes genital, sífilis e clamídia apresentam taxas elevadas de prevalência nesta faixa-etária, analogamente a outras idades (Straub, 2005).

3.2 Adolescência e vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis

Os adolescentes, devido ao facto de não se percepcionarem como vulneráveis ao contágio de IST`s, não manifestam apreensão quanto a estas doenças. Os adolescentes que iniciam a actividade sexual precocemente têm elevadas probabilidades de vir a contrair uma IST (Taquette, Vilhena & Paula, 2004).

Quando deparados com um diagnóstico da doença os jovens evidenciam receio quanto à doença e à reacção dos pais. Por um lado, temem a doença uma vez que não possuem informação e, portanto, confrontam-se com o desconhecido, por outro lado, assustam-se com a reacção dos pais quando descobrirem que os filhos são sexualmente activos. Todavia, os progenitores podem ter um papel positivo se conseguirem estabelecer comunicação com os filhos (Borges, Nichiata & Schor, 2006). Os pais devem transmitir aos filhos, de forma clara e através de uma comunicação sincera e aberta, formas de prevenção das IST`s (Beserra et al., 2008). Para alguns a temática de sexualidade ainda constitui um tabu. Os pais não dialogam com os filhos acerca de sexualidade, por constrangimento, devido à educação que receberam ou, simplesmente, porque não possuem eles próprios conhecimentos acerca das

IST`s. Assim, a escola assume um papel de destaque. Muitas vezes cabe exclusivamente às instituições educativas instruir os jovens para a sexualidade. Frequentemente os professores e os profissionais de saúde prestam informações sobre a vida sexual, dado que os pais nem sempre comunicam com os filhos sobre o tema. Altmann (2003) defende que, ultimamente, os estabelecimentos de ensino são o local de intervenção na área da sexualidade, orientando e informando os alunos. É o local de eleição para a execução de políticas públicas de promoção de saúde.

Os jovens estão susceptíveis às IST`s ao procurarem "aventuras" na vida sexual, habitualmente não reflectindo acerca dos seus efeitos (Borges et al., 2006). Quando o acto sexual está relacionado com prazer, impulsividade e paixão, torna o adolescente vulnerável às IST`s (Paulilo & Jeolas, 2005). Zagury (2003) acrescenta que, ao acreditarem que os parceiros são saudáveis, os adolescentes facilitam e ficam mais susceptíveis a uma possível contaminação. Na sua imaturidade, os adolescentes possuem a imagem idealizada dos seus parceiros pois consideram-nos automaticamente livres de uma IST.

Canavarro, Pereira e Morgado (2003) referem que as raparigas constituem um grupo mais vulnerável. Os autores resumem os factores, biológicos, psicológicos, relacionais e sócio-culturais, que estão na ordem dessa vulnerabilidade. A nível biológico, as mulheres evidenciam maior susceptibilidade da zona genital, o que as torna mais sensíveis a infecções. Taquette e colaboradores (2004) referem que, na adolescência, o epitélio cilíndrico do colo do útero está mais visível e alguns microorganismos têm eleição por este tecido. Outros factores são comuns aos rapazes: precocidade no início da vida sexual, consumo de substâncias (álcool e drogas), envolvimento em comportamentos delinquentes, e limitações no raciocínio formal, que não permite pensar com lógica nas consequências das relações desprotegidas (Canavarro et al., 2003). Relativamente aos factores relacionais, os autores referem as seguintes variáveis: famílias disfuncionais, relações familiares problemáticas, estilo de relacionamento com o grupo de pares e o sexo oposto, selecção do companheiro amoroso, quantidade de parceiros sexuais e uso de MC`s. Determinados factores de cariz sócio-culturais como: pobreza, crenças distorcidas sobre o papel feminino, crenças sobre as condutas sexuais e ausência de conhecimento sobre o VIH/ SIDA, aumentam a probabilidade de contaminação.

3.3 Teoria da acção planeada, modelo de crenças e comportamentos de prevenção face ao VIH/ SIDA

A SIDA é uma doença grave, conduzindo na sua maioria à morte. O responsável por esta doença denomina-se vírus da imunodeficiência humana, conhecido pela abreviatura VIH (Figueiras, Marcelino & Ferreira, 2009). Opostamente a outras doenças, a SIDA é uma doença estigmatizada. O diagnóstico de VIH/ SIDA é habitualmente associado, na opinião pública, à homossexualidade ou à toxicodependência; contudo qualquer indivíduo é passível de contrair a doença (Cruz et al., 1997).

Os adolescentes são considerados um grupo específico na estratégia de luta contra esta doença. Em Portugal os adolescentes e jovens adultos manifestam um nível de conhecimento razoável no que respeita à doença e às suas formas de transmissão e prevenção. Contudo eles constituem um grupo de risco por possuirem crenças erróneas originadoras de condutas de risco (Cruz et al., 1997; Almeida, Silva & Cunha, 2005). Relativamente à SIDA, os adolescentes percepcionam-se, na sua maioria, como vulneráveis à doença (Almeida et al., 2005). Não obstante, tal como referem alguns autores (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006; Dias, Gaspar & Gonçalves, 2005), este grupo minimiza os riscos a que se expõe e, como tal, tende a abraçar condutas de risco elevado. Existe ainda um número expressivo de adolescentes que crêem que esta doença surge predominantemente em indivíduos de meios sociais problemáticos e pobres, embora saibam que a doença não se transmite pelo contacto social (Dias et al., 2005). Na opinião de Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006) há uma contradição entre o que os adolescentes acreditam e entre as suas condutas, isto é óbvio que o conhecimento por si mesmo não produz alterações no comportamento. Cláudio e Sousa (2003) afirmam que cerca de 50% dos adolescentes não modifica as suas condutas perante o risco de contrair a SIDA. Por exemplo, os adolescentes não utilizam o preservativo embora saibam que este método contraceptivo é essencial para evitar a doença. Nascimento e Lopes (2000) concordam que embora a informação seja um trunfo, não tem poder suficiente para impactar atitudes e costumes. O autor considera que determinadas crenças acerca da doença podem ser um entrave à sua prevenção. Isto é, os adolescentes acreditam que a SIDA é uma doença exclusiva de homossexuais e toxicodependentes e ao excluirem-se do grupo de risco não se sentem vulneráveis. As crenças desempenham um papel primordial no comportamento dos adolescentes, porém, figuras significativas como os pais, grupo de pares, professores, também regulam a conduta dos adolescentes.

Figueiras e colaboradores (2009) decidiram explorar o nível de conhecimento dos adolescentes e as crenças individuais acerca do VIH/ SIDA. Assim, os autores decidiram realizar uma investigação para apurar até que ponto a teoria da acção planeada e os constituintes do modelo das crenças podem ser um indicador da adopção de condutas de prevenção para o HIV/ SIDA nos jovens adolescentes. Para a recolha de informação os autores utilizaram um questionário sobre as crenças acerca do VIH/ SIDA e as características sociodemográficas. Recrutaram 546 adolescentes Portugueses (Lisboa), numa amostra de 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 14 e 19 anos. Observou-se que os participantes, segundo as dimensões do modelo de crenças da saúde, possuem uma crença baixa no seu entendimento de vulnerabilidade à doença, bem como, na possibilidade de, no futuro, serem portadores da mesma. Porém, possuem crenças fortes no que diz respeito às vantagens da prevenção. No que concerne à teoria da acção planeada, constatou-se que os adolescentes descrevem crenças expressivas acerca da capacidade de adoptarem comportamentos e padrões de prevenção para se protegerem da doença. Em suma os jovens manifestam uma atitude favorável relativamente às condutas preventivas. Os autores recorreram à regressão linear para perceber em que sentido os constituintes da teoria da acção planeada, e do modelo de crenças sobre a saúde permitem prever a intenção de implementar condutas de prevenção face ao VIH/ SIDA. Após a análise do teste, concluíram que variáveis como as vantagens, os obstáculos, as pistas para a acção e a auto-eficácia têm um peso significativo na adopção de condutas ajustadas. Assim, observou-se que quanto maior for o conhecimento das vantagens, os conhecimentos disponíveis e a auto-eficácia, maior a probabilidade dos adolescentes adoptarem hábitos saudáveis. Em oposição, os obstáculos percebidos contribuem de forma desfavorável para a adopção de condutas de prevenção (Figueiras et al., 2009).

Na globalidade, os autores chegaram à conclusão que os adolescentes se percepcionam como sendo pouco vulneráveis à doença, embora tenham um forte desejo teórico de possuir comportamentos preventivos. Os participantes reconhecem as vantagens de adoptar comportamentos de prevenção face VIH/ SIDA (Figueiras et al., 2009). Todavia, outros autores (Dias et al., 2005; Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006) acreditam que o facto dos adolescentes reconhecerem as vantagens dos comportamentos preventivos não conduz necessariamente à ausência de condutas desadequadas. Lopes (2004) acrescenta que os jovens portugueses consideram que o preservativo oferece mais vantagens do que prejuízos e

tendem a manifestar maior propensão para adoptar comportamentos preventivos correctos que errados.

3.4 Estudos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis

Abreu et al., (2008) realizaram um estudo com o intuito de analisar o conhecimento que os jovens, escolarizados do Rio de janeiro (Campos dos Goytacazes - Rio de Janeiro), possuem relativamente às IST`s. Para o estudo fizeram-se 76 entrevistas, 50 a raparigas e 26 a rapazes, com idades compreendidas entre os 13 e 20 anos. Quanto ao estatuto sexual, observou-se que 53% não era sexualmente activo e 47% era sexualmente activo. A maioria dos jovens iniciou a actividade sexual aos 14 anos (34%), 13% iniciaram com 12 anos. Quanto ao número de parceiros sexuais, 41% declararam ter tido 1 parceiro, aproximadamente um quarto (23%) afirmaram ter dois, 20% mencionaram três parceiros, 10% relataram ter dez parceiros e 3% referiram ter tido quatro e cinco parceiros. Os autores concluíram que alguns jovens (4%) não são sabedores do significado de IST`s e a maioria pensa que estas se referem somente à SIDA. Constatou-se que metade dos jovens (49%) conhece a definição de IST`s. Dos entrevistados, nenhum referiu ter tido, em algum momento, IST`s, no entanto, 3% afirmaram estar confusos quanto à possibilidade de já terem sofrido uma IST. A esmagadora maioria (97%) declarou nunca ter tido IST`s.

Em 2004, Taquette et al., efectuaram uma investigação para identificar os factores de risco dos adolescentes escolarizados, residentes no Rio de Janeiro, face às IST`s. Para tal, os autores entrevistaram 356 adolescentes, dos 12 aos 19 anos, de ambos os sexos (30% rapazes, 70% raparigas). Quanto à actividade sexual, verificou-se que 224 eram sexualmente activos; destes 109 eram portadores de IST`s e 115 não portadores. É de destacar que 132 adolescentes ainda não tinham iniciado a actividade sexual.

Nos adolescentes portadores de IST`s a média do inicio da actividade sexual foi de 14,7 anos, ao passo que no grupo de não portadores a média de inicio foi de 15 anos. Apesar da maioria dos adolescentes entrevistados terem iniciado a vida sexual antes dos 15 anos, os autores mencionaram que não existe uma associação estatisticamente significativa entre idade precoce do primeiro coito e possuir uma IST. No grupo de portadores o número de parceiros sexuais foi superior a 2 em 29% dos casos, já no grupo de não portadores constatou-se que 33% tiveram mais de dois parceiros. Relativamente à distribuição dos diagnósticos das IST`s mediante o género, as doenças mais comuns no caso das mulheres foram as vulvovaginites

(60%): candidíase, vaginose e tricomoníase e papilomavírus humano com 19%. No caso dos homens as doenças mais frequentes foram as uretrites gonocócicas e não gonocócicas (55%) e papilomavírus humano (23%).

Um outro estudo realizado por Brasil, Mitsui, Pereira e Alves (2000) debruçou-se sobre os conhecimentos dos adolescentes acerca da SIDA. Os autores levaram a cabo 127 entrevistas a adolescentes Brasileiros escolarizados (Maringá - Paraná) dos 13 aos 20 anos, com 72 raparigas e 55 rapazes. Para a recolha de dados os autores utilizaram a entrevista dirigida, realizada através de um questionário, que incluia 22 questões referentes à SIDA, sexualidade e adolescência. Para analisar o nível de informação que os adolescentes possuem da SIDA, os autores categorizaram as respostas fornecidas em 3 categorias: bom, regular e insatisfatório. Os autores chegaram à conclusão que 71% dos rapazes e 63% das raparigas evidenciaram um bom nível de informação, ao passo que 30% das raparigas e um quarto (25%) dos rapazes expressaram um nível de conhecimento regular. Apenas 11% manifestam um nível de conhecimento insatisfatório. Quanto ao nível de informação que os adolescentes possuem acerca da contaminação da SIDA, verificou-se que mais de metade (54%) dos rapazes possui um bom conhecimento, 40% um conhecimento regular e 6% um conhecimento insatisfatório. No caso das raparigas, 40% manifestou ter bom conhecimento, 46% um conhecimento regular e 14% um conhecimento insatisfatório. No que respeita às formas de prevenção de SIDA, a maioria dos rapazes (49%) e raparigas (53%) tem um conhecimento regular; e um quarto dos rapazes (25%) e 7% das raparigas apresenta um nível bom de conhecimento. Os autores também estudaram as fontes de conhecimentos sobre a SIDA. As fontes de informação mais frequentes no caso dos rapazes são os meios de comunicação (36%) e a escola (34%), sendo que o mesmo se verifica no caso das raparigas (39% relataram os meios de comunicação e 29% a escola).

Torres, Davim e Almeida (1999) realizaram um estudo com o objectivo de identificar os conhecimentos e opiniões que os adolescentes possuem acerca da prevenção da SIDA. Foram recrutados 30 adolescentes com idades entre os 14 e 22 anos (50% rapazes e 50% raparigas). Para a recolha de dados usaram um questionário, com questões abertas e fechadas. Relativamente às respostas dos inquiridos quanto ao conhecimento das formas de prevenção existentes para a SIDA, a esmagadora maioria (97%) declarou conhecer algum meio de prevenção, sendo que o presrvativo masculino foi o método mais referido pelos adolescentes. Quando questionados acerca das fontes de informação a maioria (79%) referiu meios de

comunicação como televisão, revistas, livros, filmes e rádio. Os autores concluiram que a temática em questão é pouco abordada e discutida no seio familiar dos adolescentes, o que é revelador de falta de comunicação entre pais e filhos. Considera-se, assim, que os progenitores negligenciam a responsabilidade que têm acerca da educação sexual.

Camargo e Botelho (2007) conduziram um estudo tendo como objectivo caracterizar o papel da experiência sexual no contexto informativo e cultural, para o risco de transmissão da SIDA em adolescentes. A amostra era composta por 1. 386 estudantes de Santa Catarina (Brasil) dos quais 60% era do sexo feminino e 40% do sexo masculino, sendo a média de idades 17 anos. Foi utilizado um questionário que englobava variáveis como: dados sociodemográficos, experiência sexual e comunicação e conhecimentos sobre SIDA. Relativamente à experiência sexual os autores centraram-se na prática sexual com penetração (genital ou anal). Metade da amostra (52%) afirmou já ter iniciado a actividade sexual. Verificaram que a maioria dos adolescentes do sexo masculino (63%) assumiram já ter experimentado sexo com penetração, percentagem que diminui no caso do sexo feminino (43%). A análise desta variável permitiu aos autores concluir que a relação sexual com penetração era uma prática relativamente recente e esporádica entre os adolescentes. No que concerne à comunicação sobre esta temática a esmagadora maioria (87%) referiu não sentir qualquer tipo de pudor e desconforto em abordar este assunto. Apesar da indiscutível maioria (78%) referir que as prinicpais fontes de informação acontecem no seio do grupo de pares, uma percentagem relativamente significativa (46%) relatou que conversavam com os progenitores sobre a temática em questão. Nos adolescentes que, no momento da pesquisa, tinham uma relação amorosa, 83% declarou conversar com o parceiro acerca da temática sexualidade. A escola (45%) e a televisão (42%) desempenham um papel preponderante no que diz respeito às principais fontes de informação que os adolescentes utilizam para obter informações sobre a SIDA. Por sua vez, os profissionais de saúde não têm um papel relevante no fornecimento de informações sobre IST`s. Apesar disso, 31% dos inquiridos referiram que os médicos e enfermeiros seriam bem aceites pela população estudantil, no que concerne à divulgação da temática nas escolas. No que respeita à possiveis formas de contágio da SIDA muitos adolescentes citaram que a transmissão podia ocorrer através da actividade sexual (100%) e sanguínea (89%). Na perspectiva dos adolescentes a maioria (87%) considera estar bem informado sobre s SIDA.

Nascimento e Lopes (2000) realizaram um estudo para identificar a prevalência de IST`s/ SIDA em adolescentes Brasileiros (Rio Branco - Acre). A recolha de dados procedeu-se mediante a realização de um questionário que incluia questões fechadas sobre as seguintes temáticas: dados sociodemográficos; sexualidade dos inquiridos; casos e informações relativas às IST`s.

O estudo integrou 2, 684 alunos do 1º e 2º grau de escolaridade, distribuindo-se a amostra de forma relativamente igualitária quanto ao género: masculino (46%) e feminino (54%). No que concerne ao estatuto sexual verificou-se que 51% ainda não haviam iniciado a actividade sexual, contrariamente a 49% que afirmaram ser sexualmente activos. Nos adolescentes sexualmente activos constatou-se que a maioria (62%) utilizava sempre preservativo, seguido de 32% que usam ocasionalmente e 6% que nunca usa contracepção. O levantamento do conhecimento acerca de IST`s permitiu concluir que: a quase totalidade (99%) afirmou possuir conhecimentos em oposição a uma minoria (1%) que relatou não possuir qualquer tipo de conhecimentos. No que respeita ao conhecimento das formas de contaminação é indiscutível o facto de a maioria (96%) conhecer como se adquire uma IST. Quanto às formas de prevenção a resposta mais constante foi a utilização do preservativo (94%). Nesta investigação, foram encontrados 89 casos de adolescentes detentores das seguintes IST`s: hepatite B, candidíase e gonorreia.

IV – Métodos Contraceptivos

A contracepção é uma temática de extrema importância no que respeita à prevenção de diversas problemáticas relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes (Nodin, 2001).

Os MC`s permitem ter relações sexuais, evitando a gravidez indesejada (Cordeiro, 2009). Alguns deles protegem contra determinadas infecções transmitidas por via sexual (Silva, Bomfim, Cardozo, Franco & Marques, 2007) Na adolescência, a temática da prevenção e contracepção sexual é essencial. É crucial que os adolescentes tenham a noção de que a sexualidade não se reduz ao acto sexual (o durante), mas tem um antes e um depois (Cordeiro, 2009).

4.1 Contracepção na adolescência

Existe uma grande diversidade de MC`s contudo o seu grau de eficiência varia. Assim, a pílula e a esterilização são vistos como tendo um elevado grau de eficácia, contrariamente ao coito interrompido, ao método do calendário, entre outros (Cordeiro, 2009). Segundo Bouzas, Pacheco e Eisenstein (2004) nem todos os MC`s são indicados para adolescentes.

É desaconselhável a utilização de métodos como método do calendário, coito interrompido, diafragma e o dispositivo intra-uterino (DIU). Embora o método do calendário e o coito interrompido constem como os mais utilizados na adolescência, estes são contra-indicados para esta faixa-etária, pois a probabilidade de insucesso é altamente elevada, uma vez que a utilização destes exige autocontrolo e conhecimento do próprio corpo.

A falta de êxito do método do calendário surge associado ao facto de muitas adolescentes não se recordarem da data exacta na qual menstruaram e, como tal, deparam-se com a dificuldade de calcular de forma segura o seu período fértil. Além disso, o facto dos encontros amorosos, poderem ser ocasionais e espontâneos constitui um obstáculo à utilização destes métodos.

O coito interrompido exige um grande autocontrolo e rigor por parte do rapaz, pelo que apresenta valores elevados de risco. Alguns adolescentes não sabem que as secreções anteriores à ejaculação já podem conter espermatozóides e, como resultado, pode surgir uma gravidez indesejada. Embora não seja considerado um MC o coito interrompido aparece como uma conduta sexual frequente entre adolescentes no início da actividade sexual (Bouzas et al., 2004).

O diafragma não deve ser o método de eleição entre adolescentes, mas antes entre mulheres mais maduras e responsáveis: é mais indicado para ser utilizado após a adolescência. Aroso (2001) explica que este método apresenta dificuldades na sua utilização e possui taxas elevadas de insucesso. Portanto, o seu uso não é indicado aquando a fase mais fértil da mulher, isto é, até aos 40 anos de idade.

Na adolescência, o DIU deve ser apenas usado em casos especiais designadamente em adolescentes que já tiveram filhos, adolescentes portadoras de distúrbios mentais ou naquelas que, devido a problemas de foro médico, não podem recorrer a contraceptivos orais.

Contrariamente aos métodos referidos, o preservativo masculino e a pílula são considerados os métodos mais adequados para a faixa-etária em questão. Apesar da combinação mais frequente ser a utilização conjunta de ambos, nem sempre os adolescentes a usam da forma correcta. Apesar do preservativo masculino ser bastante conhecido, a maioria dos adolescentes, principalmente os de idade mais precoce, faz um uso incorrecto e inconsistente do mesmo, diminuindo, desta forma, a sua eficácia. A pílula é um método com elevada eficácia e segurança, sendo o contraceptivo mais popular entre adolescentes. Porém, neste período de desenvolvimento existe generalizada utilização incorrecta com elevadas taxas de abandono. O possível aumento de peso e a ocorrência de hemorragias intermediárias são factores que podem contribuir para a não utilização deste método (Bouzas et al., 2004).

Vários estudos demonstram que os adolescentes e os jovens tendem a não recorrer aos MC`s por diversos motivos. Os adolescentes que iniciam a vida sexual em idades precoces, caracterizam as relações sexuais como ocasionais. Muitas investigações mostram que as raparigas tendem a não usar contraceptivos quando os parceiros são mais velhos, isto é, com uma diferença de idades acima de 7 anos (Calazanas, Araújo, Venturi & Júnior, 2005; Holtzman, Bland, Lansky & Mack, 2001; Pinho et al., 2002; Teixeira, Knauth, Fachel & Leal, 2006).

4.2 Fases da adopção de contracepção na adolescência

Na óptica de Byrne (citado por Boruchovitch, 1992) os adolescentes apesar de se percepcionarem como tendo competências para iniciar a vida sexual não possuem habilidades de comunicação sincera e clara com os parceiros incluindo a temática da contracepção.

A utilização de MC`s engloba, nesta faixa-etária, cinco fases. Inicialmente, é necessário que o sujeito possua conhecimentos científicos acerca dos MC`s. Posteriormente, é fundamental que assegurem a adopção de MC`s na relação sexual. Esta fase apresenta dificuldades, vindas do facto de muitas relações sexuais não serem programadas. Adicionalmente os jovens possuem crenças negativas quanto ao planeamento das relações sexuais. Num momento posterior, os adolescentes necessitam seleccionar e saber como utilizar um determinado método. A quarta fase envolve a comunicação da decisão ou acordo e, por fim, a utilização consistente do MC em questão. A comunicação assume um papel determinante no uso de contracepção, pois quanto melhor os adolescentes conseguirem comunicar com os seus parceiros, maior são as probabilidades de os persuadirem para a relevância da utilização de métodos anticoncepcionais (Byrne, 1983, citado por Boruchovich, 1992).

4.3 Modelos preditores do uso de métodos contraceptivos

Alguns modelos têm sido sugeridos para perceber os motivos que levam as pessoas a recorrerem, ou não, aos MC`s.

Os modelos desenvolvimentistas defendem que a utilização de MC`s está relacionada com determinadas etapas do desenvolvimento psico-social individual do adolescente. A evolução ao longo destas etapas relaciona-se com dois factores: prática sexual e com a importância da sexualidade para o autoconceito dos sujeitos. Estes modelos apesar de caracterizarem as mudanças ao longo das diferentes etapas, não estudam as cognições que estão no cerne dessas transformações (Ogden, 2004).

4.3.1 Teoria das três fases

Lindemann (1977, citado por Ogden, 2004) é o criador da teoria das três fases da utilização de MC`s. Esta teoria identifica três etapas: fase natural, fase da prescrição pelos pares e fase do perito. Segundo o autor, à medida que o sujeito progride nas três etapas, aumenta a possibilidade da utilização de contraceptivos.

Na fase natural, existe escassa probabilidade de um indivíduo recorrer aos MC`s. O acto sexual é imprevisto e, como tal, os sujeitos não se percepcionam como sendo sexualmente activos. Na fase posterior, embora se verifique um aumento no uso de contracepção, os métodos utilizados não são considerados os mais seguros. Nesta altura, como a prática sexual é mais recorrente, os adolescentes trocam informações com o grupo de pares acerca dos

MC`s. Na última fase, os adolescentes oficializam a utilização de contraceptivos, recorrendo a profissionais de saúde. A sexualidade, neste momento, está enraizada como prática de saúde no autoconceito dos sujeitos.

4.3.2 Modelo de Rains

Tal como o modelo anterior, o modelo desenvolvido por Rains (1971, citado por Ogden, 1999) considera a contracepção no âmbito do desenvolvimento sexual e do autoconceito.

Quando o adolescente sente que a actividade sexual é satisfatória as probabilidades de recorrer aos MC`s ampliam. Este modelo reconhece as seguintes etapas: estar apaixonado (o que faculta um racional para a sexualidade) e estar numa relação estável e singular (a actividade sexual é vista como uma conduta razoável). Por fim, os adolescentes atendem ao futuro, no que diz respeito à sexualidade, pois prevêem o facto de ter uma vida sexual activa. Acredita-se que ao atingir a fase 4 o adolescente irá recorrer ao uso de MC`s.

4.4 Modelos da Tomada de Decisão

Em oposição aos modelos desenvolvimentistas, os modelos designados de "tomada de decisão" atribuem especial relevância às cognições pessoais no contexto da sua relação com as normas da sociedade.

Na opinião de Sheeran e colaboradores (1991, citado por Ogden, 2009) a utilização de contraceptivos resulta: dos antecedentes, de factores intrapessoais, do mundo interpessoal, e de factores situacionais. Quanto aos factores antecedentes, estes incluem as variáveis idade, género, raça, nível socioeconómico e educação. O estudo destas variáveis permitiu concluir que: as mulheres mais velhas tendem a utilizar com maior frequência MC`s, pessoas do sexo feminino utilizam os MC`s com maior frequência e indivíduos de raça branca apresentam também probabilidades superiores de virem a recorrer à contracepção. Os estudos apresentam dado contraditórios quanto à relação existente entre o nível socioeconómico e a utilização de contracepção, pois alguns autores referem que existe relação, ao passo que outros relatam não existir qualquer tipo de ligação. Relativamente à educação, os adolescentes com desempenhos escolares e ambições académicas superiores, usarão mais MC`s (Ogden, 2009).

Os factores intrapessoais englobam as variáveis conhecimentos, atitudes e personalidade. Em relação à primeira existe uma fraca relação entre o conhecimento e o comportamento, sendo que ainda se identifica alguma ausência de informação quanto ao tema contracepção.

Atitudes positivas face à contracepção estão, de facto, associadas à sua utilização. Como justificação para a não utilização de contracepção, os adolescentes consideram que é um obstáculo à espontaneidade do acto sexual e que a sua utilização é difícil. Os estudos sobre personalidade e uso de contracepção defendem que a decisão de recorrer à contracepção varia consoante o tipo de personalidade. Na perspectiva desta investigação, determinados aspectos dos sujeitos são constantes ao longo do tempo, sendo encontradas associações entre os tipos de personalidade que se seguem: conservadorismo e papel sexual, locus de controlo interno e *culpabilidade sentida em relação à sexualidade e a ansiedade relativamente ao sexo.* Assim, o tipo de personalidade *conservadorismo* e *papel sexual* surge negativamente associado ao uso de MC`s. O *locus de controlo interno* parece estar correlacionado com a utilização de contraceptivos, mas não com a selecção do seu tipo. Por fim, *a culpabilidade sentida em relação à sexualidade e a ansiedade relativamente ao sexo*, apresenta uma relação positiva com a utilização e manutenção da utilização da contracepção (Ogden, 2009).

Quanto aos factores interpessoais, os estudos têm enfatizado a importância do papel das pessoas significativas (parceiro, progenitores e grupo de pares). Em relação aos parceiros, o comportamento como a durabilidade e o tipo do relacionamento, bem como, o grau de confiança, a exclusividade e a habilidade de abordar francamente a temática da contracepção exercem influência positiva sobre a utilização de MC`s. Quanto aos progenitores, existe alguma evidência que a tolerância e comunicação clara entre mães e filhas acerca de MC`s se relaciona positivamente com a utilização. Relativamente ao grupo de pares, verifica-se que a permissividade destes e o comportamento que estes manifestam face à contracepção, aumentam o recurso à mesma (Ogden, 2009).

Sheeran e colaboradores (1991, citado por Ogden, 2009) apontam factores situacionais associados negativamente à utilização de MC`s: espontaneidade; utilização de substâncias antes da relação sexual e acesso à contracepção. A espontaneidade é frequentemente apontada como o motivo pelo qual não se recorre à contracepção. Por seu turno, o consumo de substâncias antes do acto sexual pode estar associado a práticas sexuais de risco. Por outro lado, o fácil acesso à contracepção, quer em geral, quer na ocasião do acto prognostica maior utilização de contracepção (Ogden, 2009).

4.5 Teoria do comportamento planeado

A Psicologia Social deu origem às teorias de acção, que tentam explicar a intenção comportamental.

Neste campo, a teoria do comportamento planeado é dominante. Procura desenvolver uma explicação acerca das intenções comportamentais através de crenças, atitudes, normas subjectivas e controle percebido (Matos, Veiga & Reis, 2009). Por crenças entendemos proposições acerca do relacionamento entre dois objectos, podendo estes ser concretos ou abstractos, ou entre um objecto e os seus atributos. Quanto à atitude esta é uma apreciação de origem efectiva que surge associada à avaliação de um objecto de cariz social, sendo que a sua apreciação pode ser favorável ou desfavorável. Norma subjectiva refere-se à percepção da coacção social, praticada por referentes cruciais em relação à concretização ou não de uma determinada conduta. O controlo percebido sobre um comportamento surge como representante da crença pessoal do nível de facilidade em realizá-lo, sendo uma aproximação do controlo real. O controlo percebido sobre o comportamento é, na teoria do comportamento planeado, delimitador da intenção e do comportamento (Matos et al., 2009).

Matos e colaboradores (2009) realizaram um estudo com o intuito de identificar os precedentes das atitudes preditoras da utilização do preservativo. O estudo incluiu uma amostra de 732 jovens estudantes da cidade de Belo Horizonte, de ambos os sexos, com idades entre os 18 e 19 anos. A finalidade era examinar a intenção da inclusão do preservativo na relação sexual. A amostra era maioritariamente feminina (61%). Mais de metade (68%) dos adolescentes referiram ter algum tipo de relação com 35% a descrever o relacionamento no contexto namoro. Quanto à utilização de MC`s, a maioria (57%) dos entrevistados declararam que não utilizam (ou a parceira não utiliza) a pílula.

Quanto aos resultados, concluiu-se que a construção da intenção é independente das atitudes, no entanto, é dependente das normas sociais e controlo percebido. Através da análise de regressão os autores observaram não existir uma relação significativa entre atitude e intenção comportamental. Pelo contrário, constatou-se que o controlo percebido é uma variável que exerce uma influência significativa na intenção da utilização do preservativo. Após o estudo, os autores verificaram que a utilização do preservativo é um comportamento de "consumo", sendo que em regra geral as opções de consumo são alvo de influências por parte de factores

ambientais, sociais, culturais, económicos e pessoais, tal como: personalidade, estados de humor, saúde mental e valores.

Os autores depararam-se com o facto da atitude não ser um factor relevante da intenção da utilização do preservativo. Hynie e Lydon (1996) realizaram um estudo que descobriu os dados da pesquisa de Matos et al., (2009). O estudo com uma amostra de 62 mulheres, com idades entre 18 e 44, analisou os métodos a que as participantes recorreram nas últimas cinco semanas. Observaram ser frequente a combinação da pílula e do preservativo masculino. No entanto constataram que embora 5 mulheres tivessem a intenção de usar ambos os métodos, actualmente utilizavam somente a pílula. Os mesmos verificaram que as mulheres com atitudes sexuais negativas recorrem menos à contracepção. Por outro lado, as mulheres com atitudes sexuais extremamente positivas não foram, igualmente, utilizadoras frequentes e consistentes de contraceptivos. Aqui estão de acordo com Matos et al., (2009) que informaram que as atitudes não são uma variável no que toca à explicação da intenção de usar MC`s.

Os autores (Matos et al., 2009) destacam a relevância das normas sociais (entenda-se pressão social e norma moral) para predizer o uso de preservativo entre jovens adultos. Nesta investigação apesar dos sujeitos do sexo masculino terem evidenciado maior obrigação moral de utilizar preservativo, é o sexo feminino que age com maior racionalidade na decisão da utilização do método em questão. Isto possivelmente porque manifesta menor predisposição para ter relações sexuais desprotegidas e têm aptidão para impedir actividades sexuais de risco.

Um resultado curioso foi o facto de terem descoberto que a intenção da utilização do preservativo é percepcionada como uma decisão pessoal e não como resultado de uma negociação entre os parceiros sexuais (Matos et al., 2009).

4.6 Alguns estudos sobre Métodos Contraceptivos

Castro e Rodrigues (2009) realizaram um estudo no norte de Portugal (Região do Douro) com o intuito de averiguar o conhecimento dos adolescentes sobre contracepção de emergência. Para a recolha de dados, os autores utilizaram um questionário. A primeira parte do instrumento incluía 10 perguntas de caracterização sociodemográfica, a segunda reunia 22 perguntas referentes a informações e conhecimentos sobre sexualidade e contracepção de

emergência, a última parte compreendia 8 perguntas relativas à atitude face à contracepção de emergência.

Avaliaram 753 estudantes do ensino secundário, 58% pertencia ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 14 e 23 anos. Quanto à actividade sexual, constatou-se que a maioria dos participantes não era sexualmente activo (68%). Daqueles que já iniciaram a actividade sexual, verificou-se que a idade de início foi de 16 anos nas raparigas (9%) e 14 anos nos rapazes (10%). Nos jovens sexualmente activos, somente uma minoria (18%) referiu utilizar constantemente MC`s. Nos adolescentes sexualmente activos unicamente 18% fazem uso consistente de MC`s. Nos jovens sexualmente activos e naqueles que asseguraram ter utilizado algum MC apurou-se que o mais utilizado foi o preservativo masculino (88%) e a pílula (27%). Apenas 8% mencionaram já ter recorrido à contracepção de emergência. Verificou-se que dos que utilizaram a contracepção de emergência, a maioria não possuía conhecimento efectivo acerca deste tipo de contracepção.

Alves e Lopes (2008) levaram a cabo uma investigação sobre a utilização de MC`s em jovens universitários do estado de São Paulo (Brasil). Os autores usaram um questionário para obter informações sociodemográficas como: género, idade, raça, religião, nível socioeconómico e dinâmica familiar. O questionário incluía, ainda, informações referentes à actividade sexual, nomeadamente, idade do primeiro coito, utilização de MC`s aquando a primeira relação sexual, idade de início do uso de MC`s, uso actual de contracepção e número de gravidezes.

A amostra era constituída por 295 jovens, de ambos os sexos (58% do sexo masculino), com idades entre os 17 a 19 anos. Verificou-se que 51% não era sexualmente activo. A indiscutível maioria dos jovens (92%) referiu ter recorrido ao preservativo masculino na primeira relação sexual. A idade média de início de utilização de preservativo masculino foi de 17 anos, a idade mínima de 13 e a máxima de 19. Além do preservativo masculino, 15% dos jovens afirmaram ter utilizado, em simultâneo, a pílula. Apenas 3% recorreu ao uso exclusivo da pílula. No momento da pesquisa 39% dos adolescentes sexualmente activos usavam o preservativo masculino frequentemente, combinado com outros MC`s. Concluiu-se que a utilização do preservativo masculino na segunda e subsequentes relações sexuais é menor quando comparada ao momento da primeira relação sexual, em oposição à pílula (17%) cujo uso ampliou com o decorrer das relações sexuais. Nos jovens que declararam não utilizar MC`s os motivos foram: não pensar no momento e ocasionalidade das relações.

Um outro estudo com 406 estudantes residentes em São Paulo (Brasil), com idades entre os 13 e 24 anos, pretendia analisar o conhecimento que os adolescentes tinham acerca de MC`s. Para tal, os autores recorreram a um teste composto por 18 itens de escolha múltipla a respeito de conhecimentos de MC`s. Verificou-se que apenas 20% dos jovens com actividade sexual referiram utilizar MC`s. Quando questionados acerca do método utilizado, 14% dos jovens relataram o preservativo masculino juntamente com a pílula e 3% citaram a utilização isolada do contraceptivo oral. Dos MC`s mais populares entre a população estudada constam: o preservativo masculino e a pílula; o DIU e diafragma foram os mencionados com menor frequência. Os autores concluíram que os participantes do estudo revelam um conhecimento pouco ajustado sobre os MC`s (Silva et al., 2007).

Martins et al., (2006) investigaram os conhecimentos sobre MC`s em adolescentes Brasileiros (São Paulo), de ambos os sexos, com idades entre os 12 e 19 anos. Para isso, realizaram entrevistas a 1.594 alunos, de escolas públicas e privadas. Para participar no estudo os adolescentes responderam a um questionário que continha informações sobre características sociodemográficas, reprodutivas e MC`s. As razões de prevalência foram estimadas com intervalo de confiança (IC) de 95% para cada pergunta relativa ao conhecimento de MC`s. Os autores atribuíram a cada pergunta certa, alusiva ao conhecimento de MC´s, meio ponto, sendo que o ponto de corte foi 50% de acerto.

A média de início dos adolescentes sexualmente activos foi 17 anos e meio. A maioria (95%) referiu possuir conhecimento sobre MC`s, tendo-se observado que o preservativo feminino foi o que obteve um índice de acerto mais elevado (IC=95%), seguido do preservativo masculino (IC=70%) e pílula cuja percentagem de acertos foi de 25% em escolas públicas e 57% escolas privadas. Ao examinar o escore de conhecimento dos adolescentes constatou-se que cerca de 26% dos alunos de escolas públicas e 41% dos jovens de escolas privadas possuem conhecimentos adequados sobre MC`s.

Em 2006, Sampaio e Silva realizaram um trabalho com o intuito de avaliar os conhecimentos sobre MC`s, bem como as condutas e atitudes sexuais. O Material utilizado foi o *Questionário sobre os Conhecimentos Específicos e Atitudes Sexuais na Adolescência – QCEASA*.

A amostra era constituida por 204 adolescentes Portugueses escolarizados, residentes no norte de Portugal. Relativamente ao género a amostra era composta por ambos os sexos (46%

raparigas e 54% rapazes), com idades entre os 14 e 21 anos. A amostra era composta na sua maioria por adolescentes sexualmente não-activos (80%). Após a análise dos dados obtidos, os autores comprovaram que variáveis como: ser do sexo feminino, ter mais idade e pertencer à classe alta estão associados a níveis mais elevados de conhecimento. Curiosamente, constataram que não existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível do conhecimento de MC`s, entre os jovens sexualmente activos e os não-activos. Os autores descobriram, ainda, que dos 40 adolescentes que já tinham dado início à actividade sexual, o grupo preponderante (83%) usava sempre MC`s, contra apenas 18% que referiu usar ocasionalmente.

Guimarães, Vieira e Palmeira (2003) estudaram as informações que os estudantes de escolas públicas de Aracaju (Brasil) possuem acerca de MC`s. Este estudo integrou 816 adolescentes, 52% do sexo masculino, sendo que mais de metade dos adolescentes (59%) tinham entre 18 a 19 anos. Analisadas as fontes de informação sobre MC`s mencionadas pelos adolescentes concluiu-se que o grupo mais prevalente obtinha através de leituras (28%): revistas, livros e jornais, seguidas do grupo de pares (19%), meios de comunicação (18%), profissionais de saúde (9%), progenitores (7%), parceiros (6%) e outros (0,2%). A esmagadora maioria dos adolescentes não conversava com os pais acerca desta temática (74%). Um número significativo de adolescentes (62%) referiu que os progenitores não tinham conhecimento que os filhos usavam MC`s. Relativamente aos conhecimentos dos MC`s, observou-se que o método natural mais conhecido entre os adolescentes é o método da tabela (24%), o método de barreira mais conhecido é o preservativo masculino (85%) e a pílula surge como o método hormonal que reúne maior nível de conhecimento (53%). Não obstante, existem determinados MC`s que ostentam níveis de conhecimento precários, nomeadamente, o capuz cervical e a esponja vaginal (87%), os espermicidas (76%), o preservativo feminino (47%) e o diafragma (35%).

V - Estudo empírico

No presente capítulo explica-se a escolha da temática deste estudo, bem como, os seus objectivos, hipóteses e variáveis. Além disso, apresenta-se a metodologia usada na investigação. Será ainda descrita a amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos e os resultados.

5.1 Justificação do estudo

A opção pelo estudo da adolescência advém do facto da adolescência ser considerada uma das fases do desenvolvimento mais desafiantes e complexas que o ser humano vivencia. Estudar a sexualidade na adolescência torna-se pertinente uma vez que é neste período que o desenvolvimento psicossexual adopta particular importância.

O elevado número de adolescentes infectados com IST`s, na faixa etária em estudo, leva a incluir variáveis como conhecimentos sobre MC`s e conhecimentos acerca das IST`s. A contracepção e a prevenção de IST`s constituem duas vertentes fundamentais da saúde reprodutiva e sexual. Crê-se que a maioria dos adolescentes raramente usa MC`s apesar de terem noção que estes previnem IST`s e outras situações indesejadas (Kail, 2004).

5.2 Objectivos do estudo

O estudo concentra-se em duas variáveis dependentes: os conhecimentos de IST`s e os conhecimentos de MC`s. Desta forma, o objectivo geral da investigação é analisar os conhecimentos que os adolescentes possuem acerca destas 2 temáticas.

Quanto aos objectivos específicos, estes visam:

1. Perceber se existem diferenças ao nível dos conhecimentos sobre IST`s e MC`s em função do género do adolescente;
2. Investigar se os conhecimentos sobre IST`s e MC`s estão relacionados com a idade do adolescente;
3. Analisar se os conhecimentos sobre IST`s estão relacionados com o ano de escolaridade frequentado;
4. Verificar se os conhecimentos sobre IST`s e MC`s estão relacionados com a zona de residência (urbana/ rural);

5. Testar se os conhecimentos sobre IST`s e MC`s variam consoante a área vocacional frequentada;
6. Apurar se os conhecimentos sobre IST`s e MC`s estão relacionados com o nível socioeconómico;
7. Perceber se existem diferenças ao nível dos conhecimentos sobre IST`s e MC`s em função do estatuto sexual (activo/ não-activo);
8. Analisar se os conhecimentos sobre IST`s e MC`s estão relacionados com o número de parceiros sexuais.

5.3 Hipóteses exploratórias

De acordo com Almeida e Freire (2007), uma hipótese pode ser caracterizada como o esclarecimento ou conclusão mais provável de um problema. A rejeição da hipótese nula é a finalidade do investigador, uma vez que este tenciona provara sua hipótese científica (Pinto, 1999).

Serão analisadas as hipóteses do estudo:

Hipótese 1: O género influencia os conhecimentos sobre IST`s e MC`s.

Hipótese 2: A idade influencia os conhecimentos sobre IST's e MC's.

Hipótese 3: O ano de escolaridade frequentado influencia os conhecimentos sobre IST's e MC's.

Hipótese 4: A zona de residência (urbana/ rural) influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s.

Hipótese 5: A área vocacional frequentada influencia os conhecimentos sobre IST's e MC's.

Hipótese 6: O nível socioeconómico influencia os conhecimentos sobre IST's e MC's.

Hipótese 7: O estatuto sexual (activo/ não-activo) influencia os conhecimentos sobre IST's e MC's.

Hipótese 8: O número de parceiros sexuais influencia os conhecimentos sobre IST's e MC's.

5.4 Variáveis

O conceito de variável reporta-se ao factor determinante ou estabelecido numa investigação. Existem dois tipos de variáveis: a variável dependente e a variável independente. A primeira designa-se pela característica que é modificada quando o investigador produz alterações ao nível da variável independente. A segunda diz respeito à manipulação que o investigador concretiza, de forma a perceber qual o efeito que esta produz na variável dependente (Almeida & Freire, 2007). As variáveis dependentes deste estudo incluem os conhecimentos que os adolescentes possuem acerca das IST`s e dos MC`s. O género, idade, ano de escolaridade frequentado, zona de residência (urbana/ rural), área vocacional frequentada, nível socioeconómico, estatuto sexual (activo/ não-activo) e número de parceiros sexuais constituem as variáveis independentes.

5.5 Participantes

Esta investigação é do tipo quantitativo e utiliza o método correlacional. A designação correlacional está associada ao tipo de metodologia usada com mais frequência a análise das relações entre variáveis, isto é, os coeficientes de correlação (Almeida & Freire, 2007).

A amostra diz respeito ao agregado de sujeitos, casos e análises extraídos de uma população (Almeida & Freire, 2007). Esta investigação recorreu ao método de amostragem *não probabilística*. Este tipo de amostra também pode ser designada de *intencional* uma vez que não se conhece a probabilidade de um determinado factor vir a ser inserido na amostra.

A amostra é composta por 359 adolescentes provenientes do Norte do país, mais especificamente do distrito de Aveiro (Arrifana e Arouca) e do Porto (Paredes, Penafiel, Porto e Santo Tirso).

Quadro 1

Caracterização dos participantes

		n	%	M	DP	Min.	Max.
Género	Feminino	213	59				
	Masculino	146	41				
	Total	359	100				
Idade				15, 70	1, 481	13	22
Ano de escolaridade frequentado	8º/ 9º ano	173	48				
	10º ano	90	25				
	11º ano	53	15				
	12º ano	43	12				
	Total	359	100				
Zona de residência	Zona urbana	244	68				
	Zona rural	115	32				
	Total	359	100				
Nível socioeconómico	Classe baixa	44	12				
	Classe média baixa	163	45				
	Classe média	79	22				
	Classe média alta	46	13				
	Classe alta	24	7				
	Total	356	99				
Estatuto sexual	Activo	120	33				
	Não - activo	238	66				
	Total	358	100				

n = amostra; % = percentagem; M = média; DP = desvio padrão; Min = mínimo; Máx = máximo

Como se pode observar no Quadro 1 a amostra é constituída por 359 adolescentes, dos quais 213 (59%) são do sexo feminino e 146 (41%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 13 e 22 anos (m= 15, 70). No que concerne ao ano de escolaridade frequentado, os adolescentes frequentam na sua maioria o 8º/ 9º ano (48%), seguido do 12º que contabiliza um quarto dos adolescentes (25%). Os restantes 27% encontram-se divididos pelo 11º (15%) e 12º ano (12%). Relativamente à zona de residência, a amostra é formada expressivamente por adolescentes que residem em zona urbana 244 (68%), sendo que apenas 32% dos participantes habitam em zona rural. Aproximadamente metade das famílias dos adolescentes apresentam um nível socioeconómico médio baixo (45%), ao passo que somente 24 (7%) dos inquiridos pertencem à classe alta. Os restantes 147 participantes distribuem-se equilibradamente pelas categorias: classe média alta (13%), classe baixa (12%) e classe média (22%). Relativamente ao estatuto sexual, observa-se que mais de metade dos adolescentes são sexualmente não-activos (66%).

Quadro 2

Número de irmãos e posição na fratria

		n	%
Número de irmãos	0 irmãos	76	21
	1 irmão	182	51
	2 irmãos	69	19
	3 irmãos	18	5
	4 irmãos	7	2
	Mais de 4 irmãos	7	2
	Total	359	100
Posição na fratria	Filho único	77	21
	Filho mais velho	125	35
	Filho do meio	39	11
	Filho mais novo	118	33
	Total	359	100

Tal como se pode verificar no Quadro 2, metade dos adolescentes (51%) tem somente um irmão. Sensivelmente, um quarto dos adolescentes (21%) é filho primogénito e 19% dos jovens têm 2 irmãos. Os restantes 9% pertencem a famílias com mais de 4 filhos.

No que respeita à posição que os inquiridos ocupam na fratria, verifica-se que os filhos primogénitos ocupam um lugar de destaque com 125 adolescentes (35%), sucedendo-se os filhos mais novos (33%). Os 116 adolescentes que restam são filhos únicos (21%) e filhos do meio (11%).

Quadro 3

Área vocacional frequentada

Área vocacional frequentada	n	%
Cursos técnicos	30	8
Ciencias e tecnologias	127	35
Línguas e humanidades	33	9
Total	190	52

Em relação à área vocacional frequentada pelos adolescentes inquiridos, constata-se que existe uma superioridade na área de ciências e tecnologias (35%). Os demais encontram-se agrupados de forma relativamente igualitária pelos cursos técnicos (8%) e a área de línguas e humanidades (9%) (Quadro 3).

Quadro 4

Escolaridade dos progenitores dos adolescentes

		n	%
Escolaridade paterna	Sem estudos	6	2
	4ª classe	112	31
	6º ano	81	23
	9º ano	63	18
	12º ano	49	14
	Curso superior	27	8
	Total	338	94
Escolaridade materna	Sem estudos	5	1
	4ª classe	99	28
	6º ano	89	25
	9º ano	93	26
	12º ano	40	11
	Curso superior	26	7
	Total	352	98

Conforme se pode observar no Quadro 4, relativamente à escolaridade paterna constata-se que o grupo maior é a 4ª classe (31%), o grupo dos que não possuem estudos tem somente 2%. Apenas 8% dos progenitores ingressaram no ensino superior. A outra metade dos progenitores (55%) encontra-se agrupada, de forma equilibrada, pelo 6º ano (23%), 9º ano (18%) e 12º ano (14%).

Quanto à escolaridade materna verifica-se que a maioria possui a 4ª classe (28%), seguindo-se o 9º ano (26%), 6º ano (25%) e 12º ano (11%). Em oposição, o grupo menos prevalente pertence às mães que não possuem estudos (1%). Somente 7% das progenitoras são detentoras de curso superior.

Quadro 5

Distribuição do género quanto às fontes de informação sobre os Métodos Contraceptivos

	Pílula		**Preservativo masculino**	
Fontes de informação	**Feminino**	**Masculino**	**Feminino**	**Masculino**
Família	n = 35	n = 8	n = 18	n = 16
Grupo de pares	n = 24	n = 24	n = 27	n = 14
Profissionais	n = 4	n = 2	n = 8	n = 6
Meios de comunicação	n = 2	n = 2	n = 7	n = 3

Tal como se pode verificar no Quadro 5, quando questionados acerca de onde provinham as informações sobre a pílula, a maioria das raparigas referiu a família (n= 35), contrariamente aos rapazes que mencionaram o grupo de pares (n= 24). Quanto ao preservativo masculino, aproximadamente um quarto das raparigas (n= 27) citou o grupo de pares como fonte de

informação. Por sua vez, os rapazes obtiveram informações do preservativo masculino através da família (n= 16) e do grupo de pares (n= 14). Assim, constata-se que a maioria dos adolescentes obteve informações sobre os referidos MC`s (pílula e preservativo masculino) por meio da família e grupo de pares. Profissionais e meios de comunicação não assumem um papel de destaque quanto à propagação desta informação.

Quadro 6

Distribuição do género quanto às fontes de informação sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis

Fontes de informação	Feminino	Masculino
Família	n = 14	n = 7
Grupo de pares	n = 42	n = 27
Profissionais	n = 1	n = 2
Meios de comunicação	n = 4	n = 3

Ao analisar o Quadro 6 percebe-se que, sensivelmente, metade dos adolescentes do sexo feminino recebe informações sobre IST`s através do grupo de pares (n= 42), situação semelhante aos rapazes que também referiram o grupo de pares (n= 27). É de notar que, relativamente às IST`s, os profissionais não tem um papel significativo na divulgação das IST`s.

De forma a proceder a uma melhor caracterização das variáveis, de seguida expõe-se o cruzamento do género e do estatuto sexual (activo/ não-activo) (Quadro 7).

Quadro 7

Género e estatuto sexual (activo/ não-activo) (n= *358)*

	Activo		Não-activo		Total	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Feminino	69	32	144	68	213	100
Masculino	51	35	94	65	145	100
Total	120	34	238	66	358	100

Qui-quadrado= 0, 299 *p*= 0, 585

Tal como se pode observar no Quadro 7, o teste do qui-quadrado não é significativo (*p*= 0, 585), o que indica independência das variáveis género e estatuto sexual (activo/ não-activo), ou seja as variáveis em questão nao interferem entre si. A proporção de raparigas sexualmente activas é sensivelmente igual à dos rapazes sexualmente activos.

No Quadro 8 é apresentado o cruzamento das variáveis posição na fratria e estatuto sexual (activo/ não-activo).

Quadro 8

Posição na fratria e estatuto sexual (activo/ não- activo) (n= *358)*

	Activo		Não -activo		Total	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Filho único	20	26	57	74	77	100
Filho mais velho	39	31	86	69	125	100
Filho do meio	24	62	15	38	39	100
Filho mais novo	37	32	80	68	117	100
Total	120	34	238	66	358	100

Qui-quadrado= 16, 197 *p*= 0, 001

A análise do Quadro 8 permite concluir que existe dependência entre as variáveis posição na fratria e estatuto sexual (activo/ não-activo), pois o coeficiente do teste qui-quadrado é significativo (*p*= 0, 001), isto é, as variáveis em análise interferem entre si. Verifica-se que os filhos únicos são maioritariamente não-activos (74%), assim como os filhos mais velhos (69%) e os filhos mais novos (68%). Em oposição, verifica-se claramente que os filhos do meio já iniciaram a actividade sexual (62%).

De seguida (Quadro 9), expõe-se o cruzamento das variáveis ano de escolaridade frequentado e estatuto sexual (activo/ não-activo).

Quadro 9

Ano de escolaridade frequentado e estatuto sexual (activo/ não-activo) (n= *358)*

	Activo		Não-activo		Total	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
8º / 9º ano	37	22	135	78	172	100
10º ano	32	36	58	64	90	100
11º ano	23	43	30	57	53	100
12º ano	28	65	15	35	43	100
Total	120	34	238	66	358	100

Qui-quadrado= 32, 882 *p*= 0, 000

Observa-se que existe dependência entre as variáveis ano de escolaridade frequentado e estatuto sexual (activo/ não-activo), dado que o valor do teste qui-quadrado é significativo (*p* = 0, 000), o que significa que as variáveis em estudo exercem influência entre si. À medida que aumenta o ano de escolaridade aumenta a percentagem de sujeitos que já iniciaram a actividade sexual. Inversamente à medida que diminui a escolaridade aumenta a percentagem de sujeitos que ainda não deram início à actividade sexual.

Posteriormente (Quadro 10), é exposto o cruzamento das variáveis zona de residência (urbana/ rural) e estatuto sexual (activo/ não-activo).

Quadro 10

Zona de residência (urbana/ rural) e estatuto sexual (activo/ não-activo) (n= *358)*

	Activo		Não-activo		Total	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Zona urbana	98	40	146	60	244	100
Zona rural	22	19	92	81	114	100
Total	120	34	238	66	358	100

Qui-quadrado= 15, 180 *p*= 0, 000

Através da análise do Quadro 10 verifica-se que o teste qui-quadrado é significativo (*p*= 0, 000), ou seja, as variáveis zona de residência (urbana/ rural) e estatuto sexual (activo/ não-activo) são dependentes ou interferem entre si. Dos sujeitos sexualmente activos a maioria reside na zona urbana (40%).

Segue-se no Quadro 11 o cruzamento das variáveis género e fase etária do primeiro coito.

Quadro 11

Género e fase etária do primeiro coito (n= 117)

	12 – 15 anos		Mais de 16 anos		Total	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Feminino	43	62	26	38	69	100
Masculino	36	75	12	25	48	100
Total	79	68	38	32	117	100

Qui-quadrado= 2, 076 *p*= 0, 150

A análise do Quadro 11 indica um teste qui-quadrado não significativo (*p*= 0, 150). Existe independência entre as variáveis género e fase etária do primeiro coito. Isto significa que as variáveis em questão não se influenciam entre si. Não há diferenças entre rapazes e raparigas quanto à fase do 1º coito, no entanto, pode haver diferenças quanto à idade média de início da actividade sexual.

Posteriormente (Quadro 12), afigura-se o cruzamento das variáveis posição na fratria e fase etária do primeiro coito.

Quadro 12

Posição na fratria e fase etária do primeiro coito (n= 117)

	12 – 15 anos		Mais de 16 anos		Total	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Filho único	16	80	4	20	20	100
Filho mais velho	28	72	11	28	39	100
Filho do meio	15	63	9	38	24	100
Filho mais novo	20	59	14	41	34	100
Total	79	68	38	32	117	100

Qui-quadrado= 3, 194 *p*= 0, 363

Através da análise do Quadro 12 verifica-se que o teste do qui-quadrado não é significativo (*p*= 0, 363), isto é, existe independência entre as variáveis posição na fratria e fase etária do primeiro coito. A posição na fratria não tem impacto na fase etária do 1º coito.

De seguida, segue-se o cruzamento das variáveis género e número de parceiros sexuais (Quadro 13).

Quadro 13

Género e número de parceiros sexuais (n= 110)

	1 parceiro		**Mais que 1 parceiro**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Feminino	38	57	29	43	67	100
Masculino	15	35	28	65	43	100
Total	53	48	57	52	110	100

Qui-quadrado= 5, 000 *p*= 0, 025

De acordo com a análise do Quadro 13 observa-se que o teste do teste qui-quadrado é significativo (*p*= 0, 025), como tal, as variáveis género e número de parceiros sexuais são dependentes.

No que se refere ao número de parceiros sexuais constata-se que mais de metade (57%) do sexo feminino teve apenas um parceiro sexual. Esta situação não se verifica no caso do sexo masculino, pois um número superior (65%) dos rapazes já teve mais que um parceiro sexual.

Posteriormente, realizou-se o cruzamento das variáveis posição na fratria e número de parceiros sexuais (Quadro 14).

Quadro 14

Posição na fratria e número de parceiros sexuais (n= 110)

	1 parceiro		**Mais que 1 parceiro**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Filho único	8	42	11	58	19	100
Filho mais velho	15	44	19	56	34	100
Filho do meio	12	50	12	50	24	100
Filho mais novo	18	55	15	45	33	100
Total	53	48	57	52	110	100

Qui -quadrado= 1, 073 *p*= 0, 784

Com base na análise do Quadro 14 o coeficiente do teste qui-quadrado não é significativo (*p*= 0, 784), isto é, existe independência entre as variáveis posição na fratria e número de parceiros sexuais. A posição na fratria não tem impacto no número de parceiros sexuais.

Em seguida (Quadro 15), revela-se o cruzamento das variáveis ano de escolaridade frequentado e número de parceiros sexuais.

Quadro 15

Ano de escolaridade frequentado e número de parceiros sexuais (n= 110)

	1 parceiro		Mais que 1 parceiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
8º e 9º ano	14	45	17	55	31	100
10º ano	13	41	19	59	32	100
11º ano	12	57	9	43	21	100
12º ano	14	54	12	46	26	100
Total	53	48	57	52	110	100

Qui -quadrado= 1, 855 *p*= 0, 603

O Quadro 15 permite observar que o coeficiente do teste qui-quadrado não é significativo (*p*= 0, 602), o que significa que existe independência entre as variáveis ano de escolaridade frequentado e número de parceiros sexuais. O ano de escolaridade frequentado não exerce influência no número de parceiros sexuais.

Em seguida, revela-se o cruzamento das variáveis zona de residência (urbana/ rural) e número de parceiros sexuais (Quadro 16).

Quadro 16

*Zona de residência (urbana/ rural) e número de parceiros sexuais (*n= *110)*

	1 parceiro		Mais que 1 parceiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Zona urbana	47	53	41	47	88	100
Zona rural	6	27	16	73	22	100
Total	53	48	57	52	110	100

Qui-quadrado= 4, 815 *p*= 0, 028

Verifica-se que o coeficiente do teste qui-quadrado é significativo (*p*= 0, 028), isto é, as variáveis zona de residência (urbana/ rural) e número de parceiros sexuais são dependentes, deste modo, interferem entre si.

Os adolescentes residentes em zona urbana tiveram na sua maioria um parceiro sexual (53%), situação bastante diferente dos adolescentes que habitam em zona rural, cuja expressiva maioria (73%) apresenta mais que um parceiro sexual.

5.5.1 Materiais

Os conhecimentos sobre IST`s e MC`s serão avaliados através do Questionário Breve Sobre Sexualidade – QUEBRESE II, destinado a alunos do 8º, 9º, 10º, 11º e 12º ano de escolaridade e ensino superior. Foi, ainda, utilizado um questionário sócio-demográfico (Sampaio & Silva, 2009).

5.5.2 Questionário sócio-demográfico

Este questionário, da autoria de Sampaio e Silva (2009), é dirigido aos adolescentes e é de auto-preenchimento, tendo como finalidade recolher informações de caracterização dos participantes em termos de variáveis sócio-demográficas. O questionário em questão inclui variáveis como: género, idade, estado civil, número de irmãos, ano de escolaridade frequentado, área vocacional frequentada, profissão e habilitações literárias dos progenitores.

5.5.3 Questionário Breve Sobre Sexualidade – QUEBRESE II

Criado por Francisco Sampaio e Dora Bastos Silva da Universidade Fernando Pessoa, o QUEBRESE II constitui um instrumento (tipo papel lápis) de auto-preenchimento e administração individual ou colectiva, sendo o tempo médio de aplicação, sensivelmente 20 minutos. A população - alvo são alunos que frequentam desde o 8º ano de escolaridade até ao ensino superior (Sampaio & Silva, 2009).

No que concerne às dimensões que este instrumento avalia, estas podem ser agrupadas em três aspectos da sexualidade a): conhecimentos sobre sexualidade, nomeadamente conhecimentos sobre IST`s e MC`s; b) comportamentos sexuais, ou seja, utilização de protecção na relação sexual, idade da primeira relação sexual, utilização de serviços médicos e aconselhamento e, por fim, c) fontes de informação acerca da consulta de conhecimentos e fontes de informação. A avaliação dos conhecimentos é feita com base em questões directas e através da análise de situações directas ou hipotéticas concretas relacionadas com situações inesperadas e problemas associados à vivência da sexualidade. É de denotar que a sub-escala dos conhecimentos avalia conhecimentos não teóricos percepcionados como necessários para uma prática sexual segura. A sub-escala IST`s comporta 11 itens e a sub-escala MC`s é constituída por 22 itens, contabilizando um total de 33 itens. O tipo de resposta às questões é de escolha múltipla, existindo 4 opções de resposta, sendo que apenas uma é a correcta. Relativamente à cotação dos itens esta é feita através de uma escala dual, certo/errado, sendo que a pontuação de cada indivíduo, em cada uma das sub-escalas, varia entre 0 e 100, o que equivale à proporção de respostas certas (Sampaio & Silva, 2009)

5.6 Procedimentos

Para a realização desta investigação contactaram-se diversas escolas do Norte do país. No entanto, obtiveram-se várias respostas negativas por parte de diversos estabelecimentos de ensino, alegando que o tema do estudo era demasiado "delicado". Para aumentar o tamanho

da amostra optou-se por incluir, além das escolas (Escola E.B. 2,3 Arrifana e Escola Secundária Alexandre Herculano), grupos de jovens a frequentar aulas de catequese (Paróquia de S. Martinho do Campo e Paróquia de Vandoma), associações de jovens cristãos (Arouca, Vandoma e Vilela) e atletas de um clube de futebol (Futebol Clube de Vandoma).

O contacto estabelecido com os responsáveis pelos grupos acima referidos era acompanhado com uma carta redigida pelo orientador da investigadora (Anexo A). Na carta indicava o objectivo e pertinência da investigação, assim como uma breve apresentação sobre o instrumento a utilizar. A questão da confidencialidade foi abordada, uma vez que os participantes foram informados acerca do anonimato e confidencialidade dos dados. Referiu-se que estes iriam ser informatizados de modo a preservar a identidade dos participantes. Realçou-se que a participação no estudo era livre e, como tal, era possível não participar ou desistir, sem qualquer prejuízo para os participantes. Para o tratamento de dados e análise estatística recorreu-se ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 19).

Após aceitarem participar, os directores e responsáveis pelos locais seleccionaram os adolescentes mais viáveis e convenientes para a administração dos questionários. Foram enviados aos encarregados de educação os consentimentos informados (Anexo B), os quais elucidavam objectivos e procedimentos do estudo. A investigadora teve atenção à linguagem utilizada no consentimento informado, pois Ribeiro (1999) refere que esta deve estar ao alcance de todos os sujeitos a que este documento se destina. Apenas um encarregado de educação não permitiu que o seu educando participasse no estudo.

Posteriormente, chegou-se a acordo quanto ao procedimento de administração dos instrumentos e os horários mais convenientes. A investigadora administrou os instrumentos por turma, de forma colectiva. Antes da aplicação dos instrumentos, foram fornecidas todas as instruções necessárias aos participantes, a fim de dissipar eventuais dúvidas.

A recolha dos dados decorreu entre Dezembro de 2009 e Março de 2010.

Após a recolha de dados, o estatuto socioeconómico das famílias dos adolescentes foi determinado através da escala de Warner para avaliação do estatuto socioeconómico (1ª adaptação para Portugal). Esta, mediante as profissões, insere os indivíduos em 5 grupos socioeconómicos diferentes: Classe baixa, Classe média baixa, Classe média, Classe média alta e Classe alta (Ferreira, 1999).

6. Qualidades psicométricas do QUEBRESE

Sampaio e Silva (2006) levaram a cabo um estudo, através do qual analisaram as qualidades psicométricas do QUEBRESE. Uma vez que as sub-escalas que avaliam os conhecimentos de IST`s e MC`s são as mais pertinentes, do ponto de vista psicométrico, serão apenas analisados os itens das mesmas.

A amostra comportou 626 estudantes, desde os 13 até aos 24 anos. A recolha de dados foi realizada no Norte de Portugal em 12 estabelecimentos de ensino, 8 escolas do ensino básico e secundário e quatro universidades, quer do sector público e privado.

O instrumento QUEBRESE exibe qualidades psicométricas razoáveis, em ambas as sub-escalas. Assim, satisfaz as condições necessárias de fiabilidade, sensibilidade e validade para escalas que se destinam a avaliar os conhecimentos sexuais (Sampaio & Silva, 2006).

Segue-se um resumo das qualidades psicométricas do QUEBRESE no estudo original de Sampaio e Silva (2006). O QUEBRESE apresenta bons níveis de consistência interna (α= 0, 78) na sub-escala MC`s; a sub-escala IST`s tem níveis fracos de consistência interna (α= 0,63). Ambas as sub-escalas exibem distribuições próximas da curva normal. Sendo assim, pode considerar-se que nos encontramos perante um instrumento sensível. Excluindo os valores de simetria dos estudantes universitários relativamente à sub-escala IST`s (= -1, 236), constata-se que quer os valores de simetria, quer os valores de curtose encontram-se no intervalo que varia entre -1 e +1. Quanto ao valor de simetria de 1,2 este pode ser percepcionado como admissível, uma vez que encontra-se no intervalo entre -2 e +2, o que surge associado a distribuições praticamente normais, na maioria dos casos de psicometria (Sampaio & Silva, 2006). A sub-escala IST`s e a sub-escala MC`s ostentam habilidade para diferenciar indivíduos entre si, em situações nas quais se considera uma variável independente fundamental para a explicação dos conhecimentos. As pontuações obtidas pelos estudantes universitários são superiores quando comparadas às pontuações dos alunos não universitários. Nos estudantes não universitários à medida que aumenta a escolaridade, aumentam as pontuações. Como seria de esperar, em comparação aos restantes grupos de alunos não universitários, os indivíduos do 8º ano manifestam pontuações inferiores. O QUEBRESE tem, ainda, a vantagem de reconhecer *outliers* ou indivíduos que expressam conhecimentos atípicos, ou seja, demasiado baixos para a sua idade. Isto oferece a possibilidade de fazer intervenções psico-pedagócicas individualizadas. A fórmula do Índice

de Dificuldade Ajustada (IDA) foi utilizada pelos autores para efectuar o cálculo do índice de dificuldade de cada item. A dificuldade do item caracteriza-se pela percentagem de sujeitos que obtiveram respostas correctas (Ribeiro, 1999). As omissões foram contabilizadas como respostas erradas, para aumentar o rigor. O IDA surge como um indicador mais rígido, comparativamente, ao índice de dificuldade, dado que tem em apreciação que a probabilidade de se adivinhar "à sorte" uma questão com 4 possibilidades de resposta é inferior à de se adivinhar uma questão com duas ou três escolhas de resposta. A sub-escala que apresenta maior dificuldade global é a dos MC`s, pois possui uma percentagem mais elevada de itens de dificuldade média, ao passo que a sub-escala IST`s evidencia quase somente itens fáceis. Tal como o esperado, são os alunos universitários que manifestam menores dificuldades em ambas as sub-escalas (Sampaio & Silva, 2006).

6.1 Revisão das qualidades psicométricas do "QUEBRESE II"

Com o intuito de participar no processo de avaliação contínua das qualidades psicométricas do "QUEBRESE", procedeu-se à própria análise das qualidades psicométricas. Começou-se pela análise factorial (AF). A finalidade da AF é identificar factores inerentes a um conjunto de variáveis, calculando o peso dos factores e respectivas variâncias (Pestana & Gageiro, 2008). Pretende-se apenas analisar as duas sub-escalas que medem os conhecimentos das IST's e MC's, visto que segundo os autores, são as que proporcionam maior interesse psicométrico e que se proporcionam a apreciação estatística psicométrica (Sampaio & Silva, 2006). De modo, a se obter melhores resultados nesta análise, resolveu-se acrescentar as variáveis sociodemográficas da amostra (sexo; idade; ano escolaridade frequentado; nível socioeconómico e número de irmãos).

Quadro 17

Teste de adequabilidade da amostra para a análise factorial para a sub-escala das IST`s (11 itens)

KMO	0,73	
Bartlet	1231,144	*p*= 0,000

Na análise da adequabilidade dos dados para AF, calculou-se o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). A análise do KMO para a sub-escala das IST's, produziu um valor adequado (KMO= 0,73), o que indica que a análise factorial pode ser executável. O teste de Esfericidade de Bartlett

produziu um valor significativo (p= 0,000) também indicativo de boas condições para AF (Pestana & Gageiro, 2008 & Maroco, 2003) (Quadro 17).

Quadro 18
Análise factorial exploratória após Rotação Varimax das IST's

Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	h^2
Item 3 - Prevenção IST's	0,67						0,56
Item 5 - Protecção IST's	0,66						0,49
Item 8 - Transmissão SIDA	0,66						0,48
Item 9 - Prevenção SIDA	0,62						0,65
Item 10 - Contrair SIDA		0,76					0,62
Item 1 - Sintomas IST's		0,65					0,52
Item 4 - Contrair IST's		0,64					0,57
Item 2 - Transmissão IST's		0,57					0,52
Idade			0,92				0,88
Ano Escolaridade			0,92				0,89
Item 7 - Sintomas SIDA				0,80			0,68
Item 6 - Definição SIDA				0,52			0,53
NSE				0,45			0,47
Item 43 - Situação Imprevista					0,75		0,60
N.º irmãos						0,94	0,89
Valores Próprios	3,68	1,81	1,23	1,13	1,06	1,00	
% de Variância Explicada	23,03	11,29	7,71	7,08	6,62	6,25	61,97%

A análise factorial em componentes principais, apresentou seis factores que explicam 61,97% da variância total. Deste modo, observa-se uma importância moderada dos valores de comunalidade para a avaliação da escala de IST's. A rotação Varimax, mostra contribuições proporcionais dos 6 factores para a variância de total de respectivamente 23,03%; 11,29%; 7,71%; 7,08%; 6,62% e 6,25%. O Quadro 18, apresenta a extracção factorial após a rotação varimax, ou seja a correlação de cada item da sub-escala com os 6 factores considerados. Para a análise da matriz das correlações dos factores extraídos, recorreu-se ao coeficiente de correlação linear R de Pearson, segundo o qual sustenta que quanto mais próximo de 1 ou de -1 maior é a associação linear entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2008). Conforme se pode verificar no Quadro 18, o primeiro factor satura em 4 itens, o segundo factor em 4 itens, o terceiro factor em 2 itens, o quarto factor em 3 itens, os factores 5 e 6 apenas em 1 item. A variável género não satura com nenhum outro factor, por isso não é apresentada no Quadro 18.

Quadro 19

Testes de adequabilidade da amostra para a análise factorial para a sub-escala dos MC`s (22 itens)

KMO	0, 82	
Bartlet	2228, 554	p= 0, 000

Repetiu-se o processo para AF da sub-escala dos MC's e obteve-se uma correlação boa entre as variáveis (KMO= 0,82) (Quadro 19).

Quadro 20

Análise factorial exploratória após Rotação Varimax dos MC's

Itens	**Factor 1**	**Factor 2**	**Factor 3**	**Factor 4**	**Factor 5**	**Factor 6**	**Factor 7**	**Factor 8**	h^2
Item 45 – Sit. Imprevista	0,77								0,63
Item 46 – Sit. Imprevista	0,72								0,72
Item 42 – Sit. Imprevista	0,61								0,55
Item 41 – Sit. Imprevista	0,57								0,48
Item 24 – Def. Laq. Trom.	0,51								0,50
Item 44 – Sit. Imprevista	0,49								0,48
Item 20 – Ut. Pílula emerg.	0,39								0,43
Item 23 – Def. Mét. Temp.		0,68							0,64
Item 17 – Def. Diafragma		0,68							0,53
Item 25 – Def. Vasectomia		0,61							0,51
Item 18 – Def. Espermicida		0,56							0,53
Ano Escolaridade			0,89						0,83
Idade			0,86						0,82
NSE			0,35						0,31
Item 22 – Def. Mét. Muco				0,72					0,65
Item 21 – Def. Mét. Calend.				0,57					0,51
Item 13 – Def. DIU				0,55					0,50
Item 14 – Def. Pres. Masc.				0,43					0,50
Item 12 - Toma da pílula					0,59				0,51
Item 11 - Tempo ef. pílula					0,55				0,50
Item 15 – Col. Pres. Masc.						0,77			0,61
Item 16 – Def. Pres. Fem.						0,49			0,51
Item 40 – Sit. Imprevista							0,72		0,56
Item 26 – Def. duche vagin.							0,50		0,48
Item 19 – Def. Coito Inter.								0,39	0,41
Valores Próprios	5,58	2,13	1,51	1,33	1,24	1,11	1,08	1,07	
% de Variância Explicada	20,67	7,88	5,61	4,91	4,58	4,12	4,01	3,97	55,73

A análise factorial dos itens referentes aos MC's, após rotação varimax, provou 8 factores que explicam 55,73% da variância total. Constata-se assim, uma importância moderada dos valores de comunalidade para a avaliação da escala dos MC's. As contribuições

proporcionais dos 8 factores para a variância explicada foram respectivamente 20,67%, 7,88%, 5,61%, 4,91%, 4,58%, 4,12%, 4,01% e 3,97%.

O Quadro 20 apresenta a extracção das cargas factoriais de cada item da sub-escala MC's, após a rotação varimax, ou seja a correlação de cada item da sub-escala com os 8 factores considerados. Apesar da fraca variância total explicada (55,73%) pelo conjunto dos 8 factores extraídos, a estrutura factorial encontrada é lógica, com 7 factores associados a conhecimentos agrupados (por tema, regra geral) e um factor (F3) saturada nas variáveis sociodemográficas. Não são apresentadas no quadro 20, as variáveis "género" e "n.º de irmãos" por não apresentarem ilações com outras variáveis.

Quadro 21
Valores de alpha para as duas sub-escalas IST's e MC's

Sub-escalas	**N.º de itens**	**Alpha**
IST's	11	0,72
Exclusão do item 43 – Situação Imprevista	10	0,76
MC's	22	0,84

Quanto ao estudo da fiabilidade das sub-escalas IST's e MC's (Quadro 21), verifica-se que a consistência interna na sub-escala IST's é razoável (α= 0,72) enquanto que a consistência interna da sub-escala MC's (α= 0,84) é boa (Pestana & Gageiro, 2008). Para verificar a possibilidade de melhorar o valor do coeficiente alfa de Cronbach, analisou-se a possibilidade de exclusão de um item que prejudique o valor da consistência interna em ambas as sub-escalas. A eliminação do item 43 "situação imprevista" faz aumentar ligeiramente o coeficiente de alpha (α= 0,76). Na sub-escala das MC's não foi encontrado nenhum item que ajude a melhorar o coeficiente de alpha. Num estudo prévio os valores obtidos referentes à sub-escala IST's (α= 0,63) e MC's (α= 0,78) foram inferiores aos resultados actuais (Sampaio & Silva, 2006).

7. Teste de hipóteses

A primeira hipótese colocada é "O género influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s". Para a verificação desta hipótese foi utilizado o teste *t*-Student, utilizado para comparar as médias de uma variável relativamente a dois grupos independentes, isto é, nos quais não existe ligação no que concerne a indivíduos ou objectos (Pereira, 2004).

No Quadro 22 é apresentado o teste *t*-Student por género.

Quadro 22

Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por género

Género	n	IST`s	DP	*t*	*p*	MC`s	DP	*t*	*p*
Feminino	213	9, 67	1, 574	3, 850	0, 000 ***	16, 64	3, 709	5, 559	0, 000 ***
Masculino	146	8, 86	2, 185			13, 97	4, 914		
Total	359								

*** $p \leq 0, 001$

Como se pode verificar no Quadro 22 existem diferenças estatisticamente significativas quer na sub-escala IST`s (*t*= 3, 850; *p*= 0, 000), quer na sub-escala MC`s (*t*= 5, 559; *p*= 0, 000). Observa-se que são os adolescentes do sexo feminino os que obtêm pontuações mais elevadas, na sub-escala IST`s (m= 9, 67), e na sub-escala MC`s (m= 16, 64). Logo, confirma-se esta hipótese uma vez que as diferenças entre os dois grupos são significativas: os conhecimentos de IST`s e MC`s são influenciados pelo género.

A segunda hipótese afirma que "A idade influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s". Para a verificação da hipótese procedeu-se à realização do teste *One-Way Anova*, cuja finalidade é examinar qual o efeito de um factor na variável endógena, comparando as médias da última em cada categoria do factor, para perceber se é ou não idêntico entre si (Pestana & Gageiro, 2008).

Quadro 23

Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por idade

Idade	n	IST`s	DP	*F*	*p*	MC`s	DP	*F*	*p*
14	85	9, 33	1, 665	1, 214	0, 302	15, 14	4, 112	1, 791	0, 114
15	104	9, 13	2, 010			15, 73	4, 068		
16	67	9, 60	1, 670			16, 54	4, 080		
17	56	9, 23	2, 036			14, 73	5, 317		
18	31	9, 39	2, 290			15, 74	4, 966		
19	12	10, 33	0, 985			17, 83	3, 070		
Total	355								

De acordo com o Quadro 23, observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na sub-escala IST`s (*F*= 1, 214; *p*= 0, 302) e na sub- escala MC`s (*F*= 1, 791; *p*= 0, 114).

A terceira hipótese colocada é "O ano de escolaridade frequentado influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s". Para a verificação da hipótese em questão procedeu-se à execução do teste *One-Way Anova*.

Quadro 24

Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por ano de escolaridade frequentado

Ano de escolaridade	**n**	**IST`s**	**DP**	***F***	***p***	**MC`s**	**DP**	***F***	***p***
8º / 9º	173	8, 87	1, 994	7, 338	0, 000 ***	14, 45	4, 578	7, 365	0, 000 ***
10º	90	9, 83	1, 376			16, 57	3, 395		
11º	53	9, 74	1, 810			16, 81	4, 536		
12º	43	9, 70	2, 053			16, 33	4, 684		
Total	359								

*** $p \leq 0, 001$

De acordo com o Quadro 24, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas, quer na sub-escala IST`s ($F$= 7, 338; $p$= 0, 000), quer na sub-escala MC`s (F= 7, 365; p= 0, 000). Posteriormente realizou-se um teste post-hoc LSD, para verificar em que grupos é que ocorrem as diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 25

Diferenças de conhecimentos de IST´s por ano de escolaridade frequentado (post-hoc LSD)

IST`s		***p***
8º / 9º ano (*n* = 173)	**10º ano**	0, 000 ***
	11º ano	0, 003 *
	12º ano	0, 008 **
10º ano (*n* = 90)	**8º/ 9º ano**	0, 000 ***
	11º ano	0, 760
	12º ano	0, 691
11º ano (*n* = 53)	**8º/ 9º ano**	0, 003 *
	10º ano	0, 760
	12º ano	0, 919
12º ano (*n* = 43)	**8º/ 9º ano**	0, 008 **
	10º ano	0, 691
	11º ano	0, 919

*** $p \leq 0, 001$ ** $p \leq 0, 01$ * $p \leq 0, 05$

A análise do Quadro 25 permite perceber que existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível das IST`s, nos seguintes grupos: entre o 8º/ 9º ano e o 10º ano (*p*= 0, 000), com o grupo de 10º ano a obter pontuações mais elevadas (m= 9, 83); entre o 8º/ 9º ano e o 11º ano (*p*= 0, 003), com o grupo do 11º ano apresentando maior nível de conhecimento (m= 9, 74) ; e entre o 8º/ 9º ano e o 12º ano (*p*= 0, 008), com o grupo do 12º ano a destacar-se por obeter mais conhecimentos (m= 9, 70). Nos restantes grupos (10º ao 12º ano não há diferenças entre si.

Quadro 26

Diferenças de conhecimentosde MC`s por ano de escolaridade frequentado (post-hoc LSD)

MC`s		***p***
8º e 9º ano (*n* = 173)	**10º ano**	0, 000 ***
	11º ano	0, 001 ***
	12º ano	0, 011 *
10º ano (*n* = 90)	**8º e 9º ano**	0, 000 ***
	11º ano	0, 744
	12º ano	0, 764
11º ano (*n* = 53)	**8º e 9º ano**	0, 001 ***
	10º ano	0, 744
	12º ano	0, 584
12º ano (*n* = 43)	**8º e 9º ano**	0, 011 *
	10º ano	0, 764
	11º ano	0, 584

*** $p \leq 0, 001$; * $p \leq 0, 05$

Através da análise do Quadro 26 conclui-se que há diferenças estatisticamente significativas, ao nível dos MC`s, nos seguintes grupos: entre o 8º/ 9º ano e o 10º ano (*p*= 0, 000), com o 10º ano a ostentar mais conhecimentos; entre o 8º/ 9º ano e o 11º ano (*p*= 0, 001), com o grupo do 11º com pontuações mais altas (m= 16, 81) ; e entre o 8º/ 9º ano e o 12º ano (*p*= 0, 011), com o grupo do 12º ano a distinguir-se com pontuações superiores (m= 16, 33). Tal como nas IST`s não há diferenças entre os grupos do 10º ao 12º ano.

A quarta hipótese colocada é "A zona de residência (urbana/ rural) influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s". Para a averiguação da mesma realizou-se um teste *t*-Student para amostras independentes.

Quadro 27

Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por zona de residência (urbana/ rural)

Zona de residência	**n**	**IST`s**	**DP**	***t***	***p***	**MC`s**	**DP**	***t***	***p***
Zona urbana	244	9, 52	1, 708	2, 485	0, 014 *	16, 41	3, 967	5, 170	0, 000 ***
Zona rural	115	8, 95	2, 176			13, 74	4, 823		
Total	359								

* $p \leq 0, 05$; *** $p \leq 0, 001$

Tal como se pode observar no Quadro 27, há diferenças estatisticamente significativas nas 2 sub-escalas (IST`s $t$= 2, 485; $p$= 0, 014), (MC`s t= 5, 170; p= 0, 000). Verifica-se que os adolescentes que pontuam mais alto são provenientes da zona urbana nas 2 sub-escalas Assim, confirma-se esta hipótese pois existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos: a zona de residência (urbana/ rural) tem influência nos conhecimentos de IST`s e MC`s.

A quinta hipótese colocada é "A área vocacional frequentada influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s". Para a averiguação desta hipótese realizou-se o teste *One-Way Anova*.

Quadro 28

Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por área vocacional frequentada

Área vocacional	**n**	**IST`s**	**DP**	***F***	***p***	**MC`s**	**DP**	***F***	***p***
Cursos técnicos	30	8, 43	2, 473	13, 277	0, 000 ***	12, 33	4, 887	22, 890	0, 000 ***
Ciências	127	9, 92	1, 445			17, 09	3, 672		
Línguas e humanidades	33	10, 30	0, 847			17, 91	2, 416		
Total	190								

*** $p \leq 0, 001$

O Quadro 28, indica que existem diferenças estatisticamente significativas quer ao nível da sub-escala IST`s ($F$= 13, 277; $p$= 0, 000), quer ao nível da sub-escala MC`s (F= 22, 890; p = 0, 000). De seguida, realizou-se um post-hoc LSD para estudar entre que grupos é que existem diferenças estatisticamente significativas (Quadro 29).

Quadro 29

Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por área vocacional frequentada (post-hoc LSD)

IST`s		*p*
Cursos técnicos (*n*= 30)	**Ciências**	0, 000 ***
	Línguas e humanidades	0, 000 ***
Ciências (*n*= 127)	**Cursos técnicos**	0, 000 ***
	Línguas e humanidades	0, 216
Línguas e humanidades (n= 33)	**Cursos técnicos**	0, 000 ***
	Ciências	0, 216
MC`s		
Cursos técnicos (n= 30)	**Ciencias**	0, 000 ***
	Línguas e humanidades	0, 000 ***
Ciências (n= 127)	**Cursos técnicos**	0, 000 ***
	Línguas e humanidades	0, 263
Línguas e humanidades (n= 33)	**Cursos técnicos**	0, 000 ***
	Ciências	0, 263

*** $p \leq 0, 001$

Ao examinar o Quadro 29 observa-se que, ao nível das IST`s, existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos: Cursos técnicos vs. Ciências (*p*= 0, 000), com a área de ciências a salientar-se por obter pontuações mais altas (m= 9, 92) e Cursos técnicos vs. Línguas e humanidades (*p*= 0, 000) com último grupo a sobressair por possuir mais conhecimentos de IST`s (m= 10, 30). Relativamente ao conhecimento de MC`s, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, à semelhança das anteriores, isto é, nos grupos Cursos técnicos e Ciências (*p*= 0, 000), com Ciências a destacar-se com pontuações mais altas (M= 17, 09) e Cursos técnicos e Línguas e humanidades (*p*= 0, 000), sendo este último o grupo detentor de mais conhecimentos de MC`s (m= 17, 91).

A sexta hipótese colocada é "O nível socioeconómico influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s". Para a verificação da hipótese em questão procedeu-se à realização do teste *One-Way Anova*.

Quadro 30

Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por nível socioeconómico

Nível socioeconómico	**n**	**IST`s**	**DP**	***F***	***p***	**MC`s**	**DP**	***F***	***p***
Classe baixa	44	9, 00	1, 739	1, 708	0, 148	14, 52	4, 693	3, 551	0, 007 *
Classe média baixa	163	9, 21	1, 908			15, 03	4, 552		
Classe média	79	9, 71	1, 834			16, 86	3, 902		
Classe média alta	46	9, 20	2, 029			15, 52	4, 386		
Classe alta	24	9, 79	1, 841			16, 92	3, 833		
Total	356								

* $p \leq 0, 05$

De acordo com o Quadro 30, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na sub-escala IST`s ($F$= 1, 708; $p$= 0, 148), mas sim na sub-escala MC`s (F= 3, 551; p= 0, 007). De seguida, efectuou-se um post-hoc LSD para examinar entre que grupos é que existem essas diferenças (Quadro 31).

Quadro 31

Diferenças de conhecimentos de MC`s por nível socioeconómico (post-hoc LSD)

MC`s		*p*
Classe baixa (n= 44)	**Classe média baixa**	0,494
	Classe média	0,005 **
	Classe média alta	0,279
	Classe alta	0,031 *
Classe média baixa (n= 163)	**Classe baixa**	0,494
	Classe média	0,002 **
	Classe média alta	0,501
	Classe alta	0,049 *
Classe média (n= 79)	**Classe baixa**	0,005 **
	Classe média baixa	0,002 **
	Classe média alta	0,099
	Classe alta	0,956
Classe média alta (n= 46)	**Classe baixa**	0,279
	Classe média baixa	0,501
	Classe média	0,099
	Classe alta	0,205
Classe alta (n= 24)	**Classe baixa**	0,031 *
	Classe média baixa	0,049 *
	Classe média	0,956
	Classe média alta	0,205

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

A análise do Quadro 31 permite verificar que relativamente aos conhecimentos de MC`s existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos: Classe baixa vs. Classe média (p= 0, 005) com a classe média a obter melhores pontuações (m= 16, 86); Classe baixa vs. Classe alta (p= 0, 031) sendo a classe alta possuidora de mais conhecimentos (m= 16, 92);

Classe média baixa vs. Classe média (*p*= 0, 002), com a classe média a exibir pontuações mais altas (m= 16, 86) e Classe média baixa vs. Classe alta (*p*= 0, 049) com o último grupo a apresentar maior nível de conhecimentos (m= 16, 92).

A sétima hipótese colocada é "O estatuto sexual (activo/ não-activo) influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s". Para a confirmação desta hipótese realizou-se o teste *t*-Student para amostras independentes.

Quadro 32

Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por estatuto sexual (activo/ não- activo)

Estatuto sexual	**n**	**IST`s**	**DP**	***t***	***p***	**MC`s**	**DP**	***t***	***p***
Activo	120	9, 12	2, 151	- 1, 557	0, 120	15, 34	4, 997	-0, 734	0, 464
Não - activo	238	9, 45	1, 737			15, 73	4, 009		
Total	358								

Como se constata no Quadro 32 não existem diferenças estatisticamente significativas na sub-escala IST`s (*t*= - 1, 557; *p*= 0, 120) e na sub-escala MC`s (*t*= - 0, 734; *p*= 0, 464). Logo, esta hipótese não se confirma pois não há diferenças significativas entre os dois grupos. O estatuto sexual (activo/ não-activo) não exerce influência nos conhecimentos de IST`s e MC`s.

A oitava hipótese colocada é "O número de parceiros sexuais influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s". Para a confirmação desta hipótese procedeu-se à concretização do teste *t*-Student para amostras independentes.

Quadro 33

Diferenças de conhecimentos de IST`s e MC`s por número de parceiros sexuais

Número de parceiros sexuais	**n**	**IST`s**	**DP**	***t***	***p***	**MC`s**	**DP**	***t***	***p***
1 parceiro	53	9, 23	2, 198	0, 374	0, 709	16, 53	4, 204	1, 968	0, 052 ms
Mais que 1 parceiro	57	9, 07	2, 178			4, 75	5, 225		
Total	110								

ms= marginalmente significativo

De acordo com a análise do Quadro 33 observa-se que existem apenas diferenças marginalmente significativa na sub-escala MC`s (*t*= 1, 968; *p*= 0, 052). Verifica-se que os adolescentes que referiram ter tido um parceiro sexual são quem pontuam mais alto (m= 16, 53).

8. Discussão dos resultados

Nesta parte vamos efectuar um sumário e análise crítica dos resultados obtidos, confrontando-os entre si e com o enquadramento teórico resultante da investigação, numa tentativa de enfatizar o seu significado e implicações.

Denota-se que na presente investigação não existe, à priori, um enviesamento da amostra, dado que os participantes foram aceites sem triagem.

No que concerne às hipóteses da investigação, a primeira hipótese visa analisar se o género influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s. Os resultados demonstram que os adolescentes do sexo feminino apresentam mais conhecimentos quer de IST`s quer de MC`s. Os resultados encontrados vão de encontro a outros estudos que referem que o sexo feminino possui níveis mais elevados de conhecimentos (Martins et al., 2006; Sampaio & Silva, 2006; Reis & Matos, 2007; Castro & Rodrigues, 2009). Alguns autores acreditam que o sexo feminino possui mais conhecimentos sobre temáticas relacionadas com a sexualidade, uma vez que as raparigas participam com mais frequência em acções sobre educação sexual e têm mais disponibilidade para se dedicarem aos estudos, o que conduz a um impacto positivo na área social (Gomes et al., 2002). Castro e Rodrigues (2009) referem que as raparigas manifestam mais cuidados preventivos face à contracepção. Brasil et al., (2000) contestam estes dados pois descobriram que o sexo masculino apresenta mais conhecimentos de IST`s. Na opinião dos autores esta diferença pode estar relacionada com o facto das adolescentes terem relações sexuais com parceiros fixos, nas quais a afectividade está presente. Desta forma, as adolescentes não se percepcionam como vulneráveis face a determinadas IST`s, acreditando que a possibilidade de contaminação de uma IST é escassa. Isto significa que as adolescentes possuem conhecimentos reduzidos face às formas de prevenção de IST`s, enquanto que os rapazes, por manterem relações sexuais com várias parceiras estão mais alerta no que respeita a formas de prevenção de IST`s.

A segunda hipótese pretende verificar se a idade influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s. Na presente investigação concluiu-se que a idade não exerce influência quer ao nível dos conhecimentos de IST`s, quer ao nível de conhecimentos de MC`s. Estes resultados divergem do estudo de Sampaio e Silva (2006) o qual verificou que os adolescentes mais velhos são detentores de mais conhecimentos sobre MC`s. Os autores mencionam que os

adolescentes mais velhos são sexualmente activos em maior número, o que pode estar associado a níveis mais elevados de conhecimentos.

A terceira hipótese procura averiguar se os conhecimentos sobre IST`s e MC`s estão relacionados com o ano de escolaridade frequentado. Os resultados deste estudo apontam para um maior nível de conhecimento de IST`s e MC`S dos alunos do ensino secundário, do 10º ao 12º ano, quando comparados com os do 8º e 9º ano. Este resultado vai de encontro ao estudo de Martins e colaboradores (2006) que indica que maior escolaridade está associada a maior nível de conhecimento das temáticas em questão. Os resultados do estudo efectuado por Castro e Rodrigues (2009) também corroboram estes dados, pois os autores apuraram que existe maior conhecimento de contracepção de emergência em alunos que frequentam o 12º ano de escolaridade. Segundo Gomes et al., (2002), maior escolaridade está associada a níveis de conhecimentos mais elevados porque o início de actividades e acções relacionadas com a sexualidade nas escolas, surge tardiamente. O autor alerta para a importância da educação sexual ser implementada numa fase mais precoce de forma a atenuar estas diferenças de conhecimentos.

A quarta hipótese tem como objectivo compreender se a zona de residência (urbana/ rural) influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s. Os resultados desta investigação apontam que os adolescentes provenientes de zona urbana têm melhores resultados em ambas as sub-escalas (IST`s e MC`s). Estes resultados estão de acordo com um estudo que revelou que as adolescentes de zona urbana possuem mais conhecimentos (Romero, Medeiros, Vitalle & Wehba, 2007). Isto pode estar relacionado com o facto das adolescentes de zona urbana estarem inseridas numa zona de maior desenvolvimento e acesso a serviços de saúde e outros meios que facultam mais informações e esclarecimentos. Não obstante, os autores constataram que as jovens de zona rural procuram mais informações sobre sexualidade quando comparadas às adolescentes da zona urbana. Esta situação pode estar associada ao facto das adolescentes residirem num nível socioeconómico mais desfavorável, onde as informações sobre sexualidade são mais escassas e pelo facto das jovens da zona rural iniciarem a actividade sexual mais precocemente e, como tal, sentem mais necessidade de possuir informações (Romero et al., 2007).

A quinta hipótese tem como objectivo analisar se a área vocacional frequentada tem influencia ao nível dos conhecimentos sobre IST's e MC's. Os resultados da investigação indicam que o grupo dos estudantes de Ciências e Línguas e humanidades destacam-se, em

comparação com o grupo dos estudantes de Cursos técnicos, uma vez que possuem mais conhecimentos de IST`s e MC`s. Possivelmente os alunos de Ciências e Línguas e humanidades são mais curiosos em termos do conhecimento e também porque talvez tenham mais exposição escolar às temáticas em questão. Não foram encontrados outros estudos que analisassem a influência que a área vocacional frequentada exerce em relação aos conhecimentos de IST`s e MC`s, no entanto, seria interessante verificar se outros estudos apresentam resultados semelhantes ou discrepantes aos descobertos nesta investigação.

Relativamente à hipótese seis, esta tem como finalidade examinar se o nível socioeconómico influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s. Os resultados da presente investigação permitem verificar que o nível socioeconómico afecta somente os conhecimentos de MC`s. A classe alta evidencia-se por apresentar níveis de conhecimento mais elevados relativamente aos MC`s. O estudo de Sampaio e Silva (2006) também encontrou resultados semelhantes a estes. Martins e colaboradores (2006) apresentam, num estudo, resultados semelhantes e concluiram que maior nível socioeconómico está positivamente associado a níveis mais elevados de conhecimentos de IST`s. No entanto, verificaram que os adolescentes com maior nível socioeconómico utilizam menos MC`s. Os resultados indicam que os adolescentes de estratos socioeconómicos mais elevados percepcionam-se como menos vulneráveis aos riscos de contrair uma IST, uma vez que se relacionam com parceiros de níveis socioeconómicos elevados e não consideram a possibilidade dos parceiros possuirem uma IST. Belo e Silva (2004) acrescentam que o facto de níveis socioeconómicos mais elevados apresentarem mais conhecimentos pode estar relacionado com o facto destas classes privilegiadas terem mais acesso e contacto com meios de informação mais eficazes.

A finalidade da hipótese sete era compreender se o estatuto sexual (activo/ não-activo) influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s. Nos nossos resultados observa-se que o estatuto sexual não tem influência no que respeita aos conhecimentos de IST`s e MC`s. Um outro estudo apresenta resultados bastante parecidos com estes, uma vez que realçam o facto da vida sexual activa não exercer influência sobre os conhecimentos acerca das temáticas IST`s e MC`s (Sampaio & Silva, 2006).

A hipótese oito tem como propósito investigar se o número de parceiros sexuais influencia os conhecimentos de IST`s e MC`s. Os resultados apontam que o número de parceiros sexuais faz diferença marginalmente significativa, exclusivamente, na área dos conhecimentos de MC`s, com o grupo dos adolescentes que tiveram apenas um parceiro sexual a apresentar

níveis mais altos de conhecimentos de MC`s. Não foram encontrados estudos que analisassem se conhecimentos e número de parceiros sexuais estavam relacionados. Porém, seria pertinente conhecer se níveis de conhecimentos mais elevados estão associados a menores números de parceiros ou se o conhecimento não tem impacto no número de parceiros sexuais.

8.1 Méritos e limitações

Após a concretização da investigação e após uma reflexão acerca de todo o processo envolvente, conclui-se que este trabalho foi pautado não só por distinções, mas também por algumas restrições.

Como mérito destaca-se o facto da amostra ser relativamente diversificada em termos geográficos, uma vez que a recolha de dados abrangeu diversas zonas do Norte do país: Arrifana, Arouca, Paredes, Penafiel e Santo Tirso. Considera-se que a amostra é composta por um número razoável de participantes, 359 adolescentes. Além disso, os resultados obtidos parecem fidedignos.

O presente estudo apresenta também algumas limitações. Uma delas está relacionada com o facto de apenas se ter estudado os conhecimentos de IST`s e MC`s. Futuramente, seria pertinente alargar a investigação e estudar os comportamentos sexuais dos adolescentes. Além do instrumento utilizado, QUEBRESE II, seria interessante recorrer a outros instrumentos, nomeadamente, a entrevistas. Contudo, esta opção não se revelou viável devido às limitações do tempo. Ao longo deste processo foi notória a dificuldade em encontrar estabelecimentos de ensino que colaborassem com a investigação. O facto de se ter obtido diversas respostas negativas por parte de muitas escolas pode ser percepcionado como uma limitação, uma vez que a recolha de dados ficou restrita a apenas alguns locais de ensino. Apesar de se ter efectuado contacto com escolas privadas e escolas profissionais, de forma a diversificar a amostra, estas não aceitaram contribuir para o estudo.

Em suma, a investigação em questão contribuiu para uma aprendizagem pessoal mais complexa, no que diz respeito ao processo de recolha e tratamento de dados.

Conclusão

Após a realização deste estudo conclui-se que a temática da sexualidade na adolescência é um tema bastante complexo, uma vez que abrange diversas dimensões. A sexualidade está presente ao longo de todo o ciclo vital e surge associada ao desenvolvimento geral do sujeito (Costa, Lopes, Souza & Patel, 2001). A sexualidade na adolescência deve ser analisada como um todo. O adolescente deve ser compreendido como um ser humano que vive em sociedade. É crucial investigar o adolescente em termos bio-psico-sociais, de forma a preservar a sua individualidade (Camargo, Guimarães, Fruet & Silva, 1994).

A presente investigação teve como propósito analisar os conhecimentos de IST`s e MC`s numa amostra de 359 adolescentes portugueses do 8º ao 12º ano de escolaridade.

Os resultados do estudo apontam que ser do sexo feminino, residir em zona urbana, maior escolaridade e frequentar áreas de estudos mais teóricas (Ciências e Línguas e Humanidades) está associado a maior conhecimento de IST`s. Relativamente aos MC`s níveis mais elevados de conhecimentos surgem relacionados com: ser do sexo feminino, frequentar escolaridade mais avançada, frequentar a área de Ciências e Línguas e Humanidades, pertencer à classe alta e ter apenas um parceiro sexual (no que toca aos adolescentes sexualmente activos).

Este trabalho permitiu verificar que ainda existe um longo caminho a percorrer no que diz respeito ao estudo e intervenção preventiva na sexualidade dos adolescentes. Apesar dos adolescentes evidenciarem alguns conhecimentos sobre IST`s e MC`s, esses conhecimentos infelizmente não se traduzem em práticas sexuais saudáveis. Embora os adolescentes conheçam as consequências das práticas sexuais desajustadas, muitas vezes optam por ignorar essa informação no seu comportamento sexual. Neste sentido, alerta-se para a importância da implementação de programas de promoção de saúde sexual em ambiente escolar, uma vez que a escola surge, frequentemente, como o único espaço comum de propagação de informação fiável sobre sexualidade. É fundamental que a educação sexual seja implementada o mais cedo possível, de forma a ajudar o adolescente a adquirir conhecimentos básicos e científicos sobre sexualidade. A educação para a sexualidade desempenha um papel fundamental, pois auxilia o adolescente a perceber a relação existente

entre o estilo de vida e os comportamentos protectores ou de risco para a saúde (Costa et al., 2001). Tal como referem Carmo e Sandi (2007) as escolas devem privilegiar os debates sobre a temática sexualidade e facultar aos alunos conhecimentos pertinentes sobre adolescência e sexualidade.

Em suma, uma vez que um grande número de adolescentes revela condutas sexuais de risco, a educação sexual é central e tem como finalidade fomentar a adopção de práticas sexuais seguras para que os adolescentes possam viver a sua sexualidade em plenitude e de forma satisfatória e saudável.

Bibliografia

Abreu, F. B., Cabral, G. B., Cordeiro, J. E., Henrique, M. A., Gama, P. P., & Souza, V. D. (2008). A consciência dos adolescentes da cidade de Campos dos Goytacazes (Rio de Janeiro) em relação às DST`s. *Revista Perspectivas*, *2* (8), 27 - 46.

Almeida, A. D., Silva, C. F., & Cunha, G. S. (2005). Os adolescentes e o VIH/ Sida: Estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao VIH/ Sida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *23* (2), 105 - 112.

Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Altmann, H. (2003). Orientação sexual em uma escola: Recortes de corpos e de género. *Cadernos Pagu*, *21* (1), 281 - 315.

Alves, A. S., & Lopes, M. H. (2008). Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *61* (2), 170 - 176.

American Psychological Association. (2002). *A reference for professionals developing adolescents*. Washington, DC: Author.

Aroso, A. (2001). *De mães para filhas, de filhas para mães: Da fisiologia à contracepção*. Porto: Ambar.

Ballenato, G. (2009). *Educar sem gritar - Pais e filhos: Convivência ou sobrevivência* (5ª ed.). Lisboa: A Esfera dos Livros.

Bee, H. (1997). *O Ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Belo, M. A., & Silva, J. L. (2004). Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Revista de Saúde Pública*, *38* (4), 479 – 487.

Beserra, E. P., Pinheiro, P. N., Alves, M., Barroso, M. G. (2008). Adolescência e vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis: Uma pesquisa documental. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, *20* (1): 32 – 35.

Boekeloo, B. O., & Howard, D. E. (2002). Oral sexual experience among young adolescents receiving general health examinations. *American Journal of Health Behavior*, *26*, 306 – 314.

Borges, A. L., Nichiata, L. Y., & Schor, N. (2006). Conversando sobre sexo: A rede sócio - familiar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, *14* (3), 422 - 427.

Boruchovitch, E. (1992). Factores associados à não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. *Revista de Saúde Pública*, *26* (6), 437- 443.

Bouzas, I., Pacheco, A., & Eisenstein, E. (2004). Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência. *Adolescência e Saúde, 1* (2), 27 - 33.

Brasil, L. S., Mitsui, R., Pereira, A. M., & Alves, R. N. (2000). Mudanças no comportamento sexual do adolescente recorrentes do surgimento da SIDA no contexto social. *Análise Psicológica*, *4* (18), 465 - 483.

Calazans, G., Araújo, T. W., Venturi, G., & Júnior, I. (2005). Factors associated with condom use among youth. *Official Journal Of The International AIDS Society*, *19* (4), 43 -50.

Camargo, A., Guimarães, I. R., Fruet, M. S., & Silva, R. C. (1994). Sexualidade do adolescente. *Pro-Posições*, *5* (3), 133 – 142.

Camargo, B. V., & Botelho, L. J. (2007). Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre protecção contra o HIV. *Revista de Saúde Pública*, 1 - 8.

Canavarro, M. C., Morgado, L. M., Pereira, M. (2003). *A adolescência, a mulher e a SIDA*. Portugal: Comunicação apresentada no IV Congresso Virtual HIV/ AIDS: A mulher e a infeção pelo HIV/ SIDA.

Cano, M. A., Ferriani, M. G., & Gomes, R. (2000). Sexualidade na adolescência: Um estudo bibliográfico. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, *8* (2), 18 - 24.

Carmo, R., & Sandi, I. C. (2007). O discurso dos adolescentes sobre a vida sexual na adolescência. *Revista Electrónica de Enfermagem*, *9* (2), 417 – 431.

Castro, J. F., & Rodrigues, V. M. (2009). Conhecimentos e atitudes dos jovens face à contracepção de emergência. *Revista da Escola de Enfermagem*, *43* (4), 889 - 894.

Chaby, L. (1997). *A adolescente e o seu corpo*. Instituto Piaget: Biblioteca Básica De Ciência e Cultura.

Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente: Dos 10 aos 15 anos*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

Cláudio, V., & Sousa, P. (2003). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/ Sida. *Análise psicológica*, *2* (21), 159 - 174.

Cole, S., & Cole, M. (2003). *O desenvolvimento da criança e do adolescente* (4ª ed.). Nova Iorque: Artmed Editora.

Conrad, L. A., & Blythe, M. J. (2003). Sexual function, sexual abuse and sexually transmitted diseases in adolescence. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics ang Gynaecology*, *17* (2), 103 – 116.

Costa, M. C., Lopes, C. P., Souza, R. P., & Patel, B. N. (2001). Sexualidade na adolescência: Desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. *Jornal de Pediatria*, *77* (2), 217 - 224.

Cruz, J. F., Vilaça, M. T., Sousa, A. C., Gomes, R., Melo, B., Araujo, M. S., Dias, C. S., Freitas, M. C., & Ruivo, M. L. (1997). Prevenção de VIH e da Sida nos adolescentes e jovens adultos: Investigação de conhecimentos, atitudes e comportamento sexual. *Teoria, Investigação e Prática*, 2, 279 - 304.

Davidoff, L. L. (2001). *Introdução à Psicologia* (3ª ed.). São Paulo: Pearson Education.

DeHart, G. B., Sroufe, L. A., & Cooper, R. G. (2000). *Child development: Its nature and course* (4ª ed.). Estados Unidos da América: Mc-Graw Hill.

Delval, J. (1996). *El desarollo humano*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.

Dias, S. F., Gaspar, M., Gonçalves, A. C. (2005). Preventing HIV transmission in adolescents: An analysis of the Portuguese data from the health behavior school-aged children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, *15* (3), 300 - 304.

Feijó, R., & Oliveira, E. R. (2001). Comportamentos de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, *77* (2), 125 - 134.

Felsher, B. L., Cornell, J. L., Kropp, R. Y., & Tschann, J. M. (2005). Oral versus vaginal sex among adolescents: Perceptions, attitudes, and behavior. *American Academy of Pediatrics*, *115* (4), 845 – 851.

Ferreira, E. (1999). O desenvolvimento das crianças em risco ambiental: Uma perspectiva ecológica. Tese de Licenciatura em Psicologia Social e do Trabalho. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Figueiras, M. J., Marcelino, D., & Ferreira, M. M. (2009). Preditores da intenção de adoptar comportamentos preventivos face ao HIV/ SIDA em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *27* (2), 27 - 36.

Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/ Sida em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 299 - 316.

Gerring, R. J., & Zimbardo, P. G. (2004). *A psicologia e a vida*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Gir, E., Moriya, T. M., Robazzi, M. L., Oliveira, M. H., Bueno, S. M., & Machado, A. A. (1991). Doenças Sexualmente Transmissíveis: Conceitos, atitudes e percepções entre colectores de lixo. *Revista de Saúde Pública*, *25* (3), 226 - 229.

Gleitman, H. (1993). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Golse, B. (2004). *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Gomes, W., Costa, M., Sobrinho, C., Santos, C., & Bacelar, S. (2002). Nível de informação sobre a adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. *Jornal de Pediatria*, *78* (4). 301 – 308.

Guimarães, A. M., Vieira, M. J., & Palmeira, J. A. (2003). Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, *11* (3), 293 - 298.

Hoffman, L., Paris, S., & Hall, E. (1994). *Developmental psychology today* (6ª ed.). Estados Unidos da América: McGraw-Hill.

Holtzman, D., Bland, S., Lansky, A., & Mack, K. A. (2001). HIV – Related behaviors and perceptions among adults in 25 states: 1997 behavioral risk factors surveillance system. *American Journal of Public Health, 91* (11), 1882 - 1888.

Hynie, M., & Lydon, J. E. (1996). Sexual attitudes and contraceptive behavior revisited: Can there be too much of a good thing?. *The Journal of Sex Research*, *33* (2), 127 - 134.

Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebés adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista de Psicossomática*, *2* (602), 97 - 147.

Kail, R. (2004). *A criança*. São Paulo: Prentice Hall.

Kinsman, S. B., Romer, D., Furstenberg, F. F., & Schwarz, D. (1998). Early sexual initiation: The role of peer norms. *Pediatrics*, *102* (5), 1185 – 1192.

López, F., & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.

Lúcio, J., & Rego, S. (2007). *Educação para a saúde: Informação, conhecimento e saber na prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Fórum Jovens Cientistas. Portugal: Porto.

Marchand, H. (2001). *Temas do desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Martins, L. B., Costa-Paiva, L., Osis, M. J., Sousa, M. H., Neto, A. M., & Tadini, V. (2006). Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, *40* (1), 57 - 64.

Matos, E. B., Veiga, R. T., & Reis, Z. S. (2009). Intenção de uso de preservativo masculino entre jovens estudantes de Belo Horizonte: Um alerta aos ginecologistas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, *31* (11), 574 - 580.

Moita, G., & Santos, M. R. (2010). *A Lua não fica cheia num dia: Falar de sexualidade com pais e educadores*. Porto: Edições Afrontamento.

Monteiro, M. J., & Vasconcelos-Raposo, J. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/ SIDA: Um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *7* (1), 125 - 136.

Nascimento, L. C., & Lopes, C. M. (2000). Atividade sexual e Doenças Sexualmente Transmissíveis em escolares do 2º grau de Rio Branco-Acre, Brasil. *Revista Latino – Americana de Enfermagem,* 8 (1*),* 107 - 113.

Newcomer, S. F., & Udry, J. R. (1985). Oral sex in an adolescent population. *Archives of Sexual Behavior*, *14*, 41 – 46.

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

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

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. Guatemala: Actas de una reunión de consulta.

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Estrategia mundial de prevención y control de las Infecciones de Transmissión Sexual*. Suiza: 59ª Assamblea Mundial de la Salud.

OPS., OMS., & ONUSIDA. (1999). *Vigilancia Mundial del VIH, y las Infecciones de Transmissión Sexual*. Washington, D.C: Pautas para la vigilancia de las Infecciones de Transmissión Sexual.

Papalia, E. D., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2004). *A child`s world: Infancy through adolescence* (10ª ed.). Nova Iorque: McGraw-Hill.

Parsons, J. T., Halkitis, P. N., Bimbi, D., & Borkowskit, T. (2000). Perceptions of the benefits and costs associated with condom use and unprotected sex among late adolescent college students. *Journal of Adolescent*, 23 (4), 377 - 391.

Paulilo, M. A. & Jeolas, L. S. (2005). Aids, drogas, riscos e significados: Uma construção sociocultural. *Ciência e Saúde Colectiva*, *10* (1), 175 - 184.

Pereira, A. (2004). *Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). (revista e corrigida). Lisboa: Edições Sílabo.

Pinho, M. D., Berquó, E., Oliveira, K. A., Lopes, F., Lima, L. C., & Pereira, N. (2002). Juventudes, raça e vulnerabilidades. *Revista Brasileira de Estudos de População*, *19* (2), 277-294.

Pinto, A. C. (1999). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.

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

Reis, M., & Matos, M. G. (2007). Contracepção: Conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças, 8* (2), 209 – 220.

Reis, M., Ramiro, L., Carvalho, M., & Pereira, S. (2009). A sexualidade, o corpo e os amores. In M. G. Matos & D. Sampaio, (coord.), *Jovens com saúde: Diálogo com uma geração*, (170 - 182). Lisboa: Texto Editores.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Rodrigo, F. G., & Mayer-da-Silva, A. (2003). *Doenças Transmitidas Sexualmente: Dermatologia e venerologia*. Lisboa: Lidel Medicina e Ciências.

Romero, K., Helena, E., Medeiros, G., Vitalle, M., & Wehba, J. (2007). O conhecimento dos adolescentes sobre questões relacionadas com o sexo. *Revista de Associação Médica Brasileira*, *53* (11), 14 – 19.

Saito, M. (2000). Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. *Jornal de Pediatria*, *22* (3), 217 – 219.

Saito, M., & Leal, M. (2007). Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. *Revista Paulista de Pediatria*, *25* (2), 180 - 186.

Santrock, J. W. (2003). *Adolescencia*. Madrid: McGraw-Hill.

Sampaio, F. M., & Silva, D. B. (2006). Conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais em adolescentes portugueses sexualmente activos e não-activos, estudantes do 9º ao 12º ano de escolaridade. In I. Leal., J. P. Ribeiro, & S. N. Jesus (coord.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (713 - 719). Faro: Universidade do Algarve.

Sampaio, F. M., & Silva, D. B. (2006). Sexualidade dos adolescentes portugueses na perspectiva do "Quebrese - Questionário Breve Sobre Sexualidade". In *Actas da XI Conferência Internacional "Avaliação Psicológica, Formas e Contextos"*. Universidade do Minho. Braga: Psiquilíbrios Editora.

Sampaio, F. M., Silva, D. B. (2009). *Quebrese II – Questionário Breve Sobre Sexualidade* (2ª ed.). Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Schuster, M. A., Bell, R. M., & Kanouse, D. E. (1996). The sexual practices of adolescent virgins: Genital sexual activities of high school students who have never had vaginal intercourse. *American Journal of Public Health*, *86*, 1570 – 1576.

Schwartz, I. M. (1999). Sexual activity prior to coital initiation: A comparison between males and females. *Archives of Sexual Behavior*, *28*, 63 – 69.

Silva, N. C., Bomfim, T., Cardozo, N. P., Franco, M. A., & Marques, S. L. (2007). Proposta de instrumento para avaliar conhecimento de jovens sobre métodos contraceptivos. *Revista Paidéia*, *17* (38), 365 - 374.

Silva, N. M. (1994). *Os jovens e a sexualidade* (6ª ed.). Lisboa: Instituto Português da Juventude.

Simões, M. C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sorensen, S. (2007). Adolescent Romantic Relationships. *Act for Youth Center of Excellence Research facts and finding*, 1- 4.

Sousa, P. M. (2006). Desenvolvimento moral na adolescência. *Portal dos Psicólogos*, 1 – 21.

Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (1994). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Stanton, B., Li, X., Black, M., Galbraith, J., Kaljee, L., & Feigelman, S. (1994). Sexual practices and intentions among preadolescent and early adolescent low-income urban African – Americans. *Pediatrics*, *93* (1), 966 - 973.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Taquette, S. R., Vilhena, M. M., & Campos de Paula, M. (2004). Doenças Sexualmente Transmissíveis na adolescência: Estudo de factores de risco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, *37* (3), 210 - 214.

Tavares, M., & Barros, H. (1996). Gravidez na adolescência em Portugal. *Revista de epidemiologia*, *10* (4), 3 - 8.

Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.

Teixeira, A. M., Knauth, D. R., Fachel, J. M., & Leal, A. F. (2006). Adolescentes e uso de preservativos: As escolhas de jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, *22* (7), 1385 - 1396.

Torres, G. V., Davim, R. M., & Almeida, M. C. (1999). Conhecimentos e opiniões de um grupo de adolescentes sobre a prevenção de aids. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *7* (2), 41 - 46.

Tschann, J. M., Adler, N. E., Millstein. S. G., Gurvey, J. E., & Ellen, J. (2002). Relative power between sexual partners and condom use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *31* (1), 17 - 25.

UNICEF, UNAIDS, OMS. (2002). *Young People and HIV/ AIDS: opportunity incrisis*. Nova Iorque: Author.

Vance, C. S. (1995). A antropologia redescobre a sexualidade: Um comentário teórico. *PHYSIS – Revista de Saúde Colectiva*, *5* (1), 8 – 31.

Vilar, D., & Gaspar, A. M. (1999). Traços redondos: A gravidez em mães adolescentes. In J. M. Pais (coord.), *Traços e riscos de vida: Uma abordagem qualitativa a modos de vida juvenis*, (27 - 74) . Porto: Ambar.

Wilson, W. R., & Sande, M. A. (2004). *Doenças infecciosas: Diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed Editora.

World Health Organization. (2004). *Adolescent pregnancy*. Geneva: Author.

Zagury, T. (1996). *O adolescente por ele mesmo*. Rio de Janeiro: Record Editora.

Zagury, T. (2003). *Educar sem culpa – A gênese da ética* (20ª ed.). Rio de Janeiro: Record Editora.

Anexo A
Carta de pedido de autorização

Universidade Fernando Pessoa
Pç 9 de Abril, 349 4249-004 Porto tel.(+351) 22 507 4630 www.ufp.pt

Ex.mo Sr. Director do Agrupamento de Escolas
Conselho Executivo

Porto, 7 de Janeiro de 2010

Ex.mo Senhor(a) Dr.(a):

No seguimento de uma investigação iniciada há 4 anos (1), encontramo-nos a realizar um levantamento na região Norte (litoral e interior) dos conhecimentos e comportamentos e fontes de informação sexual dos adolescentes portugueses que frequentam entre o 9º e o 12º ano de escolaridade.

As licenciadas em Psicologia portadoras desta carta encontram-se a escrever a sua dissertação de mestrado em Psicologia e têm interesse em recolher dados sobre esta matéria, sob minha supervisão.

Vimos respeitosamente solicitar a vossa colaboração no sentido de permitir a administração a algumas turmas, de um questionário (intitulado QUEBRESE) sobre esta temática, num horário da vossa conveniência que não cause perturbação das actividades lectivas. O tempo médio de administração do questionário é de cerca de 30 minutos.

Os dados obtidos são anónimos e absolutamente confidenciais. Se assim o desejarem, a identificação da vossa escola será excluída do sumário dos resultados. O questionário QUEBRESE, além de abordar um tema próximo das preocupações e interesses quotidianos dos adolescentes e jovens, tem um potencial pedagógico evidente, já que poderá aumentar a comunicação informal entre alunos e seus professores sobre um tema importantíssimo para o seu desenvolvimento humano e cívico.

Não hesite em contactar-nos no Centro de Estudos em Psicologia, CEPSI (tel. 22 507 13 00, extensão 2107) ou pessoalmente pelo telemóvel para esclarecimento de quaisquer dúvidas ou apresentação de sugestões.

Desde já apresentamos os nossos agradecimentos antecipados e manifestamo-nos ao vosso inteiro dispor. A vossa colaboração é inteiramente apreciada.

O docente supervisor

Mestre Francisco Sampaio Gomes fgomes@ufp.edu.pt www2.ufp.pt/~fgomes
Assistente de Psicologia

(1) Sampaio, F. M. & Dora B. Silva (2006). *Sexualidade dos adolescentes portugueses na perspectiva do Questionário Breve sobre Sexualidade – Quebrasse. Actas do XI Conferência Internacional Avaliação Psicológica Formas e Contextos*: 761-768. (Braga, Universidade do Minho, Psiquilíbrios).

Anexo B

Consentimento informado

Caro encarregado de educação:

Vimos pedir o seu consentimento para que o seu (sua) filho(a) ou estudante ao seu cuidado participe num estudo sobre conhecimentos, comportamentos e fontes de informação sexual dos adolescentes portugueses.

A participação consiste em responder anonimamente a um questionário de escolha múltipla (respostas de quadradinhos) nas instalações da escola, durante uma aula e sob supervisão de um professor.

Este estudo enquadra-se numa investigação que o Centro de Estudos em Psicologia da Universidade Fernando Pessoa (Porto) tem estado a realizar há já uns 4 anos, sob a supervisão do Professor Francisco Sampaio

As respostas são absolutamente anónimas e confidencias e serão usadas unicamente na referida investigação

A sua colaboração e do seu educando certamente ajudará a compreender melhor os problemas dos adolescentes portugueses e contribuirá para a melhoria dos serviços educacionais com este grupo.

Agradecemos sinceramente a sua colaboração.

Declaro que aceito que o meu (minha) educando(a) participe no referido estudo conduzido pela Psicóloga Daniela Torres com a supervisão do Professor Francisco Sampaio.

Porto, _____ de _____ de 2010

_____

Assinatura do Encarregado de Educação

PS: esta autorização deve ser trazida para a escola pelo(a)aluno(a)