

Universidade Fernando Pessoa

**Atitudes Sexuais e Auto-eficácia de Estudantes do
1.º Ano do Ensino Superior e Seus Correlatos**



Autora: Maria Marilene Carvalho da Silva

Porto, Setembro de 2008

Universidade Fernando Pessoa

**Atitudes Sexuais e Auto-eficácia de Estudantes do
1.º Ano do Ensino Superior e Seus Correlatos**



Autora: Maria Marilene Carvalho da Silva

Porto, Setembro de 2008

Universidade Fernando Pessoa

**Atitudes Sexuais e Auto-eficácia de Estudantes do 1.º
Ano do Ensino Superior e Seus Correlatos**



Autora: Maria Marilene Carvalho da Silva

Orientadora: Prof. Doutora Rute Meneses

**Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária**

Porto, Setembro de 2008

Resumo

A sexualidade é um pilar fundamental na vida do ser humano. Com a alteração dos costumes, valores e atitudes culturalmente aceites, os comportamentos sexuais de risco tem vindo a aumentar, originando consequências devastadoras um pouco por todo o mundo, sendo os mais jovens um grupo de maior risco pela necessidade de exploração, pelo positivismo e imaturidade que frequentemente lhes está inerente.

O presente estudo teve como principais objectivos: identificar as atitudes sexuais dos estudantes do primeiro ano do ensino superior e analisar a sua relação com variáveis como o sexo, a idade, a iniciação sexual, a opção e prática religiosa; identificar o nível de auto-eficácia geral dos estudantes e a sua correlação com as atitudes sexuais e com variáveis como o sexo, a idade, a iniciação sexual e a opção e prática religiosa.

Os participantes foram 223 estudantes da Escola Superior de Saúde do Instituto Piaget de Vila Nova de Gaia, 76,7% do sexo feminino e 23,3% do sexo masculino, tendo 91,9% entre 18 e 24 anos.

Este estudo é um estudo observacional, descritivo-transversal tendo como método o quantitativo. Os instrumentos utilizados foram: um questionário sócio-demográfico elaborado para o efeito; a Escala de Atitudes Sexuais, de Alferes (1999) e a Escala de Auto-Eficácia Geral de Pais Ribeiro (1995).

Os resultados obtidos revelam que os jovens do sexo masculino demonstram atitudes sexuais de maior permissividade, instrumentalidade e impessoalidade, enquanto as raparigas demonstram atitudes de maior responsabilidade. A idade não revelou influenciar significativamente as atitudes sexuais dos participantes.

Em relação à iniciação sexual os dados evidenciaram que 71,3% dos jovens já iniciou a sua actividade sexual, no entanto este facto não parece ter grande influência sobre as atitudes sexuais, excepto em relação às atitudes de comunhão envolvimento e partilha, mais presentes nos jovens com experiência sexual.

A opção e prática religiosa revelaram-se fortes preditores das atitudes sexuais, revelando que os estudantes sem religião e não praticantes manifestam atitudes mais utilitárias em relação ao sexo.

Os níveis de auto-eficácia obtidos foram elevados, não se tendo obtido dados que permitam afirmar a influência da mesma, nas atitudes sexuais. Os rapazes revelaram maior auto-eficácia geral, no entanto a diferença não é estatisticamente significativa.

A idade, a iniciação sexual e a prática religiosa prática religiosa não se correlacionaram de forma estatisticamente significativa sobre a auto-eficácia. Já a religião revelou-se determinante na auto-eficácia dos estudantes, principalmente na eficácia perante a adversidade.

Outros dados obtidos revelam uma baixa percentagem de frequência de consultas de planeamento familiar e sessões de educação para a saúde, demonstrando os dados que os jovens elegem a Internet como preferência para busca de informação e os amigos para dialogarem sobre sexo.

Abstract

Sexuality is a fundamental pillar in the life of human beings. Actually, the customs, values and attitudes culturally accepted are different and the sexual behaviour of risk has increased, caused a bit devastating consequences throughout the world, specially in youngsters because they are more curious.

This study was designed primarily to identify the sexual attitudes of students of the first year of college students and analyze its relationship with variables such as sex, age, sexual initiation, option and religious practice; identify the level of self-efficacy of the first year of college students and its correlation with sexual attitudes and with variables such as sex, age, sexual initiation, religion and religious practice .

The participants were 223 students from the ESSIPVNG, 76.7% females and 23% males, 91.9% whit ages between 18 and 24 years. All were informed about the objectives of the study and participated voluntarily.

This is a observational, descriptive cross-taking study, whit the quantitative method. The instruments used were: a socio-demographic questionnaire developed for this purpose, the scale of Sexual Attitudes, of Alferes (1999) and Scale of Self- Efficacy of Ribeiro (1995).

The results shows attitudes more liberal and permissive in boys, while the girls are showing more responsible. The age did not show significantly influence on the sexual attitudes of the participants.

In this group, 71.6% have already started their sexual activity, although it does not appear to have great influence on the sexual attitudes, except for the attitudes of sharing, more present in young people with sexual experience.

The option and religious practice have proven to be strong predictors of sexual attitudes, showing that students without religion and no practicing religion reveal attitudes more utilitarian in relationship to sex.

The levels of self-efficacy were high, bur do not appear to influence the sexual attitudes. The boys have shown greater self-efficacy, but the difference is not statistically

significant. The age, sexual initiation and religious practice were not statistically significant variables influence on the self-efficacy.

However the religion has proved decisive in self-efficacy of students, mainly in effectiveness to the adversity.

Regarding the frequency of consultations for planning family and education to health, the percentages are small for both. The results show that young people choose the Internet to search for information about sexuality and friends to discuss about sex.

Résumé

La sexualité est fondamentale dans la vie des êtres humains. Avec la modification des coutumes, des valeurs et des attitudes culturellement acceptée, le comportement sexuel de risque a augmenté. Des conséquences sont dévastatrices un peu partout dans le monde. Les jeunes par la curiosité et l'audace sont plus à risque.

Cette étude vise: identifier les attitudes sexuelles des étudiants la première année de l'enseignement supérieur et d'analyser ses relations avec le sexe, l'âge, l'initiation sexuelle, l'option et la pratique religieuse; identifier le niveau d'auto-efficacité des étudiants et la corrélation avec les attitudes sexuelles et avec les variables comme le sexe, l'âge, l'initiation sexuelle, l'option et la pratique religieuse.

Les participants étaient 223 étudiants de la ESSIPVNG, une majorité de 76,7% de femmes et 23% des hommes et 91,9% entre 18 et 24 ans. Tous ont été informés des objectifs de l'étude et ont participé volontairement.

Cette étude a été d'observation, descriptive transversale, et la méthode quantitative. Les instruments utilisés étaient: un socio-démographique questionnaire élaboré à cet effet, l'échelle des attitudes sexuelles, adapté pour la population portugaise par Alferes (1999) et l'échelle l'auto-efficacité de Ribeiro (1995).

Les résultats montrent que les jeunes hommes montrent les attitudes sexuelles d'une plus grande permissivité, et les filles font preuve plus responsable. L'âge n'a pas une influence significative sur l'attitude sexuelle des participants.

En ce qui concerne l'initiation sexuelle les résultats ont montré que 71,6% des jeunes ont déjà commencé leur activité sexuelle, mais il ne semble pas avoir une grande influence sur le comportement sexuel des attitudes en général, sauf pour les attitudes de partage et d'affection, plus présente chez les jeunes avec de l'expérience sexuelle.

L'option et la pratique religieuse se sont révélées fort prédicteurs de comportements sexuels, en montrant que les étudiants sans religion et que de ne pas pratiquer ont des attitudes sexuelles plus libérales.

Les niveaux d'auto-efficacité ont été élevés, ne pas avoir obtenu des données d'affirmer l'influence de la même dans les attitudes sexuelles. Les garçons ont montré une

plus grande auto-efficacité général, mais la différence n'est pas statistiquement significative. L'âge de l'initiation sexuelle et la pratique religieuse n'étaient pas statistiquement significatives variables influence sur l'auto-efficacité.

La religion s'est révélée décisive dans l'auto-efficacité des élèves, principalement dans l'efficacité de l'adversité.

En ce qui concerne la fréquence des consultations et des séances de planification de l'éducation familiale à la santé, les pourcentages sont faibles pour les deux. Les données révèlent que les jeunes choisissent préféré la Internet comme pour rechercher des informations et des amis par discuter de sexualité.

Dedicatória

“Os nossos desejos são como crianças pequenas: quanto mais lhes cedemos mais exigentes se tornam”

Provérbio Chinês

Esta tese foi assim uma criança que foi exigindo cada vez mais do meu trabalho e do meu tempo. Tempo que retirei daqueles que mais amo, os meus filhos.

Por esse tempo, pelo sorriso e pelo carinho que nunca deixaram de me dar.

Por me fazem continuar a acreditar.

Para vocês Gonçalo e Martim ...

Agradecimentos

“Ninguém é tão grande que não possa aprender, nem tão pequeno que não possa ensinar”

Anónimo

À Prof. Doutora Rute Meneses por me mostrar a verdade desta frase. As palavras são pequenas para agradecer toda a paciência, dedicação e empenho com que orientou cada passo deste trabalho. Não foi fácil... Obrigada!

À Escola Superior de Saúde do Instituto Piaget de Vila Nova de Gaia por me ter permitido efectuar este trabalho e aos alunos que aceitaram participar neste estudo, especialmente à Prof. Doutora Neide Feijó, por todo o apoio e incentivo na conclusão desta etapa.

Ao Prof. Doutor Wilson Correia de Abreu, pelo primeiro impulso na área da Investigação e à Prof. Doutora Zaida Azeredo por nunca ter desistido de insistir comigo.

Agradeço aos meus pais por nunca terem deixado de acreditar em mim e aos meus irmãos e cunhados por todo o incentivo e coragem que me motivaram a nunca desistir.

Aos meus sobrinhos pelo carinho e sorriso.

O meu obrigado a todos os meus amigos por saberem compreender.

Por fim aqueles que partilharam diariamente os piores e melhores momentos deste trabalho: ao António por todo apoio na elaboração deste trabalho e pela paciência nos momentos mais difíceis e aos meus filhos, simplesmente, por existirem e estarem comigo neste momento tão importante.

A todos os que me acompanham na vida, o meu ***Obrigada!***

Siglas

APF – Associação para o Planeamento Familiar

COM – Comunhão

DGS – Direcção Geral da Saúde

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

EAEG – Escala de Auto-eficácia Geral

EAS – Escala de Atitudes Sexuais

EPA – Eficácia perante a Adversidade

ES – Eficácia Social

ESSIPVNG – Escola Superior de Saúde do Instituto Piaget de Vila Nova de Gaia

IMP – Impessoalidade

INS – Instrumentalidade

IP – Iniciação e Persistência

IPPF – Internacional Planned Parenthood Federation

IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis

ME - Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

ONUSIDA – Organização das Nações Unidas para o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

PER – Permissividade

PF – Planejamento Familiar

PRA – Práticas

RES – Responsabilidade

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

Introdução	1
Capítulo I – A Sexualidade na Sociedade Ocidental	4
1.1. A sexualidade.....	4
1.2. A importância da Sexualidade na Adolescência.....	8
1.3. Saúde Sexual e Reprodutiva	10
1.3.1. Planejamento familiar	11
1.3.2. Gravidez e Maternidade/Paternidade.....	14
1.3.3. Infecções Sexualmente Transmissíveis	16
1.4. Educação para a Saúde Sexual.....	20
1.4.1. Educação Sexual nas Escolas	22
1.4.2. O Papel da Família na Educação Sexual	24
Capítulo II – Atitudes Sexuais e Auto-eficácia dos Adolescentes e seus Correlatos.....	27
2.1. Definição de Atitudes	27
2.2. Atitudes Sexuais do Adolescente.....	33
2.3. Atitudes sexuais e Características Sócio-Demográficas dos Adolescentes	41
2.4. Definição de Auto-eficácia	42
2.5. Auto-eficácia do Adolescente	51
2.6. Auto-eficácia e Características Sócio-demográficas do Adolescente.....	54

Capítulo III – Estudo Empírico	56
<u>3.1. Objectivos, Hipóteses, Variáveis e <i>Design</i> do Estudo.....</u>	56
3.2.Método.....	58
<u>3.2.1 Participantes.....</u>	58
<u>3.2.2 Material</u>	61
<u>3.2.3. Procedimentos.....</u>	64
<u>3.3. Análise das Atitudes Sexuais dos Participantes.....</u>	65
<u>3.4. Análise dos Correlatos das Atitudes Sexuais dos Participantes</u>	66
<u>3.5. Análise da Auto-eficácia Geral dos Participantes.....</u>	74
<u>3.6. Análise dos Correlatos da Auto-eficácia Geral dos Participantes</u>	75
Conclusão.....	84
Referências Bibliográficas	89
Anexos.....	109
Anexo A – Autorização para a utilização da EAS	110
Anexo B – Autorização para a utilização da EAEG.....	113
Anexo C - Autorização para Aplicação do Protocolo de Avaliação na ESSIPVNG.....	116
Anexo D – Protocolo de Avaliação.....	118

Índice Tabelas

Tabela 1 – <i>Caracterização Sócio-demográfica</i>	59
Tabela 2 – <i>Valores Obtidos pelos Participantes na EAS</i>	66
Tabela 3 – <i>Comparação dos valores Obtidos na EAS em Função do Sexo</i>	68
Tabela 4 - <i>Correlações de Spearman entre os Valores Obtidos na EAS e a Idade</i>	69
Tabela 5 – <i>Comparação dos Valores Obtidos na EAS em função da Iniciação Sexual</i>	70
Tabela 6 – <i>Comparação dos Valores Obtidos na EAS em Função de Ter ou Não Religião</i>	72
Tabela 7 – <i>Comparação dos Valores Obtidos na EAS em Função da Prática Religiosa</i>	73
Tabela 8 – <i>Comparação dos Valores Obtidos na EAS em função da Auto-eficácia Geral</i>	74
Tabela 9 – <i>Valores obtidos pelos participantes na Escala de Auto-eficácia Geral</i>	75
Tabela 10 – <i>Comparação dos Valores Obtidos na EAEG em função do Sexo</i>	76
Tabela 11 – <i>Comparação dos Valores Obtidos na EAEG em função da Idade</i>	77
Tabela 12 – <i>Comparação dos Valores Obtidos na EAEG em função da Iniciação Sexual</i>	78
Tabela 13 – <i>Comparação dos Valores Obtidos na EAEG em função da Religião</i>	79
Tabela 14 – <i>Comparação dos Valores Obtidos na EAEG em função da Prática Religiosa</i>	80

Introdução

A sociedade ocidental tem sofrido ao longo dos anos constantes alterações que conseqüentemente alteram a forma como se perspectiva e vivencia a sexualidade. Actualmente, inúmeras atitudes e comportamentos, outrora reprimidos e punidos socialmente, são perfeitamente aceites pela sociedade ocidental, sendo considerados naturais e até positivos na vivencia de uma sexualidade plena e saudável, como é o caso do sexo pré-conjugal.

No entanto, nem tudo o que se relaciona com a sexualidade se desenvolveu da mesma forma. É inquestionável o desenvolvimento social, cultural, científico e educacional no último século, no entanto, muitas questões que retratam o desenvolvimento sócio-económico de um país ficaram muito aquém das expectativas em Portugal (Antunes, 2007).

O contacto com os jovens sugere que a informação e formação que os jovens têm em relação a temas de exímia importância para a construção da sua identidade revela muitos défices, mantendo-se actualmente diversas ideias pré-concebidas. Este facto parece acontecer porque nem sempre o jovem recebe no seio da sua família os princípios básicos de uma educação sexual. Adicionalmente, quando a recebe, numa fase mais avançada do seu desenvolvimento, os emissores nem sempre são os mais adequados e a mensagem emitida nem sempre é a mais correcta. Assim, parece haver, de alguma forma, uma disseminação, mais ou menos generalizada, de desinformação, de ideias erróneas sobre sexualidade.

Esta realidade não impede que a evolução cultural e social faça com que hoje a sexualidade seja vivenciada na sociedade ocidental de uma forma mais liberal do que no passado. Os jovens tendem a iniciar a sua actividade sexual em idades mais precoces, cultivando de alguma forma pensamentos mais liberais em relação ao sexo e à sexualidade de uma forma geral, partilhando múltiplos parceiros ao longo da vida, muitas vezes em simultâneo (Nodin, 2001). Esta liberdade em conjunto com alguma imaturidade e optimismo próprios da idade, faz com que seja mais provável que os jovens tenham atitudes e comportamentos que colocam em risco a sua saúde (Antunes, 2007).

De facto, as estatísticas em Portugal não são animadoras. Portugal continua a ser o segundo país da Europa com maior taxa de gravidez na adolescência e estima-se que o número de óbitos por SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) neste país, seja de 1000 por ano (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006). As medidas surgem abruptamente na tentativa de solucionar estes problemas e cada vez mais a aposta governamental está na promoção da saúde e na educação sexual (Ministério da Saúde [MS], 2006).

Actualmente, muitas são as tentativas do poder político, dos Ministérios da Educação e Saúde, para implementar programas de educação sexual nas escolas. Programas estes que visem não só transmitir informação, mas que constituam espaço de debate e reflexão entre os jovens e contribuam para a formação e mudança de atitudes e comportamentos sexuais, que parecem estar na base de muitos destes dados estatísticos (Zapiain, 2001).

Neste contexto, com este estudo pretende-se analisar duas variáveis consideradas fundamentais na base do comportamento humano, nomeadamente sexual, que são as atitudes sexuais e auto-eficácia, tendo assim como objectivos: a) identificar atitudes sexuais de estudantes do primeiro ano do Ensino Superior; b) analisar a relação entre estas atitudes sexuais e variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, início da sua actividade sexual, religião e prática religiosa); c) analisar a relação entre estas atitudes sexuais e a auto-eficácia geral dos indivíduos; d) identificar o nível de auto-eficácia de estudantes do primeiro ano do Ensino Superior; e) analisar a relação entre auto-eficácia e variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, início da sua actividade sexual, religião e prática religiosa); Pretende-se, com base na análise dos resultados obtidos, fazer uma reflexão acerca da importância da educação para a saúde sexual na sociedade portuguesa ao nível do Ensino Superior.

O desenho do estudo é observacional, descritivo-transversal, sendo o método de tratamento e análise de dados quantitativo (Ribeiro, 1999). A população são estudantes do primeiro ano do ensino superior, sendo os participantes 223 estudantes do primeiro ano da Escola Superior de Saúde do Instituto Piaget de Vila Nova de Gaia (ESSIPVNG), constituindo uma amostra não probabilística acidental. Para obtenção dos dados foram utilizados três instrumentos: um questionário sócio-demográfico constituído por 13 questões e construído para o presente estudo; a escala de Avaliação de Auto-eficácia Geral

(Ribeiro, 1995) e a Escala de Atitudes Sexuais (Alferes, 1999). A recolha de dados decorreu em contexto de sala de aula, após obtenção das devidas autorizações. Para o tratamento e análise dos dados utilizou-se o programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

O presente documento divide-se em três partes fundamentais: as primeiras duas dizem respeito à contextualização teórica do mesmo, a última ao estudo empírico. Mais especificamente, a primeira refere-se à sexualidade na adolescência, abrangendo uma retrospectiva histórica, a saúde sexual e reprodutiva e a educação para a saúde sexual, enquanto a segunda parte contextualiza as atitudes sexuais, a auto-eficácia e seus correlatos. A terceira parte apresenta a metodologia utilizada neste estudo, expondo os objectivos, hipóteses e variáveis, *design* e método do estudo, bem como os resultados obtidos e respectiva discussão.

Capítulo I – A Sexualidade na Sociedade Ocidental

1.1. A Sexualidade

Todas as sociedades tiveram e têm poder de controlar a sexualidade quer através do controlo da natalidade quer através de valores sociais. A sexualidade faz parte de todos, interessa e é influenciada por todos os indivíduos (Antunes, 2007). Até o estado, com as leis sobre o planeamento familiar ou o aborto, influencia a sexualidade dos indivíduos, assim como a Medicina tratando as questões da impotência e da fertilidade (Antunes, 2007).

De facto “A sexualidade desde sempre suscitou o interesse das várias áreas do saber e da expressão artística. Da literatura à expressão plástica, do cinema aos programas de televisão, dos discursos científicos às comuns conversas de café, a sexualidade faz-se sentir nas mais diversas actividades humanas, tendo servido como inesgotável fonte de inspiração ao longo dos tempos” (Ramos, Carvalho, & Leal, 2005, p. 173).

Ao longo do tempo, a sociedade alterou os valores, as atitudes e muitos preconceitos sobre a sexualidade, mudando estes a forma como cada um a vive (Antunes, 2007). Hoje, nas sociedades ocidentais, vivencia-se a sexualidade de forma mais natural, mais espontânea, sendo a sexualidade percebida como algo que faz parte da natureza humana e não algo que deve ser reprimido e escondido (Antunes, 2007). No entanto, tal não significa que não se mantenham tabus em torno do tema, mas efectivamente a realidade é hoje diferente quando comparada com a de algumas gerações passadas (Antunes, 2007).

A sexualidade não tem idade, surgiu com o ser humano e acompanha-o desde sempre. Relatos históricos revelam que já os Deuses Gregos eram bissexuais e que as egípcias já fabricavam diafragmas (Bantman, 1997).

O termo sexualidade, no entanto, surge pela primeira vez no século XIX, passando a ser utilizado de forma científica através das obras de Freud, Havelock Ellis, Alfred Kinsens, William Masters e de Virgínia Johnson (Antunes, 2007). Actualmente é considerada como expressão individual de cada ser humano e expressão de uma cultura e

sociedade, integrando os seus valores e normas, sendo por isso muito estudada (Antunes, 2007).

Bantman (1997, p. 6) afirma “A sexualidade, mais do que qualquer outra relação humana, desabrocha e desenvolve-se em termos de uma cultura e de uma norma em vigor.”

Fazendo uma retrospectiva sobre a sexualidade, verifica-se que durante muito tempo o tradicionalismo e a moral eram sobrevalorizados, em detrimento da sexualidade no seu sentido mais amplo e abrangente (Antunes, 2007). A sexualidade no seu todo não existia, era apenas resumida ao sexo, à procriação e ao desejo, sendo alvo de tabus e preconceitos (Antunes, 2007). Mas, como refere Serrão (2002), a sexualidade refere-se à dimensão biológica, sócio-cultural e psico-afectiva. Biológica, porque se refere à anatomia e fisiologia do ser humano; sócio-cultural porque engloba a ética, os valores, a moral e as atitudes, e psico-afectiva, porque jamais se pode separar dos sentimentos e emoções de cada um e de todos enquanto seres humanos.

Desta forma, jamais se poderá compreender os meandros da sexualidade se esta for limitada ao sexo, pois ela faz parte do ser humano enquanto ser inigualável e da cultura de cada sociedade e cada geração.

Assim, e de modo sistemático, e focando as sociedades ocidentais, pode dizer-se que, durante muito tempo, a sexualidade foi considerada apenas como meio para atingir um fim, o da reprodução. Só a partir do Século XIX começam a surgir perspectivas divergentes, com o início da Psicanálise e Antropologia (Antunes, 2007).

Num longo período greco-latino, a sexualidade e o prazer da carne eram considerados valores positivos (Antunes, 2007). Esta fase durou bastante e terminou graças ao Cristianismo, que começou a cultivar a noção de pecado relacionado com a sexualidade (Antunes, 2007). O Antigo Testamento já faz alusão a questões como incesto, à nudez e à homossexualidade (Duby, 1991, cit. por Antunes, 2007).

Os Gregos, deram especial atenção à sexualidade como elo de ligação à descendência e cuidado dos filhos, mas no entanto, segundo Bantman (1997, p 9), “adoram os belos mancebos e as poesias lascivas”. Para os Gregos, reinava a supremacia masculina, a quem tudo era permitido e os Romanos, apesar de se demonstrarem mais liberais,

revelaram-se sempre machistas, reservando os direitos do prazer aos homens (Duby, 1991, cit. por Antunes, 2007).

Na Ibéria, a sexualidade era igualmente machista (Antunes, 2007). A mulher apenas passava a ter direito à sexualidade através do casamento, até ao qual deveria permanecer virgem (Antunes, 2007). Desde a idade média que o casamento funciona como um contrato, através do qual é concedido ao sexo feminino a permissão para explorar a sua sexualidade. Esta realidade de repressão e preconceito, prolongou-se até cerca do século XIX (Antunes, 2007).

O século XVII, foi uma idade de repressão própria das sociedades burguesas, onde falar de sexo era mais do que um tabu, era vergonhoso (Foucault, 1994a). Havia uma censura em torno da própria palavra, em torno do tema (Foucault, 1994a). Durante séculos, o poder de controlar a sexualidade esteve nas mãos da religião, favorecendo os valores morais e fazendo-os passar por ciência (Antunes, 2007; Foucault, 1994a).

Na Idade Média, os senhores feudais começaram a preocupar-se com a necessidade de ter filhos, opuseram-se à Igreja em relação ao divórcio e começaram a falar da manifestação do prazer, mas sempre com o objectivo de favorecer a fecundação, pois a sua preocupação era deixar descendência, ter filhos (Rocha, 2001).

No século XVIII, surge um incentivo para que se fale sobre sexo. Este incentivo surge por parte da Política e da Economia, para que o tema seja objecto de análise, de pesquisas, de quantificações (Foucault, 1994a). “Tomar o sexo «à sua conta», formular sobre ele um discurso não apenas moral, mas de racionalidade, foi uma necessidade suficientemente nova” (Foucault, 1994a, p. 27). Na realidade, existia uma necessidade do Estado, não de falar ou liberalizar a sexualidade, mas de a regulamentar (Foucault, 1994a). A única forma de o fazer era tentando conhecer melhor o tema, daí a necessidade de falar sobre o sexo e a sexualidade (Foucault, 1994a). Surge como refere Foucault (1994b) a *polícia do sexo*.

Desta forma, surgem as tentativas de fazer do comportamento sexual dos casais, um comportamento política e economicamente correcto (Foucault, 1994a). Foi igualmente no século XVIII, que a sexualidade das crianças e adolescentes começou a ser um valor importante e em que o sexo colegial se tornou um problema público (Foucault, 1994a). Até

ao fim do século XVIII, existiram três grandes premissas que regiam as atitudes sexuais: direito canónico, pastoral cristã e lei civil (Foucault, 1994a).

O século XIX e XX foram a idade da multiplicação e heterogeneidades sexuais (Foucault, 1994a). Surge uma dispersão em relação à sexualidade de cada um, pois surgem, ou começam a ter visibilidade, realidades distintas (Foucault, 1994a). Inicia-se uma era mais perversa, surgem as meninas mais atrevidas, precoces, os maridos cruéis e os homossexuais (Foucault, 1994a). Surgem também casas de correcção, asilos e penitenciárias, em que os médicos e juizes são chamados a intervir perante os denominados “loucos” e delinquentes (Foucault, 1994a).

Segundo o mesmo autor, a sociedade moderna tentou reduzir a sexualidade ao casal, de preferência legítimo. Surge com ela uma diferenciação em relação aos rapazes e raparigas, é dada uma atenção à sexualidade infantil, à puberdade e aos perigos da masturbação (Foucault, 1994a).

A partir de meados de século XIX, segundo Pais (1987), vão sendo progressivamente postas em causa as posições mais rígidas sobre o amor, a sexualidade e o casamento e, em 1905, com os “Três Ensaios Sobre a Sexualidade de Freud”, surge uma maior compreensão da sexualidade infantil e juvenil, com as alterações que surgem na puberdade e a sua importância para a sexualidade do ser humano (Antunes, 2007).

Ao longo do século XX, com a democracia, a evolução industrial, técnica e científica, surgiu uma alteração dos costumes, dos valores, das atitudes e comportamentos, em torno da sexualidade, até à actualidade (Antunes, 2007). A sociedade moderna não fixa fronteiras à sexualidade, inclui-a no corpo como forma de expressão de cada um, como ser único, “é perversa, mas não a despeito do seu puritanismo ou por repercussão da sua hipocrisia; é perversa realmente e directamente” (Foucault, 1994a, p. 51).

Hoje, existe mais liberdade sexual, mas mantêm-se algumas ideias preconcebidas em torno da sexualidade, como a visão errónea sobre as diferenças sexuais entre o feminino e masculino, que continuam a demarcar a nossa civilização ocidental (Antunes, 2007).

Todas estas alterações foram-se fazendo sentir nos adolescentes, fazendo-se sentir igualmente na forma de vivenciando a sexualidade, como se verá de seguida.

1.2. A Importância da Sexualidade na Adolescência

A adolescência é actualmente uma etapa do ciclo de vida humano à qual é dada mais importância do que no passado, sendo uma fase intermediária entre a infância e a idade adulta (Claes, 1990).

A OMS considera a adolescência como um período que vai dos 10 aos 19 anos, enquanto a Organização das Nações Unidas (ONU) delimita-a entre os 15 e os 24 anos, sendo o indivíduo denominado de jovem (Almeida, Aquino, Gaffikin & Magnani, 2003). Reich, por sua vez, refere que a adolescência se inicia com a puberdade e termina com o jovem independente (1975, cit. por Antunes, 2007). Neste estudo, tendo em consideração que os participantes, sendo estudantes do 1.º ano, terão idade predominante de 18 de 19 anos consideram-se adolescentes.

Os adolescentes são grupos que têm práticas sociais, experiências e estilos de vida distintos que diferem de acordo com a sua cultura, religião, género e até classe social, raça ou etnia (Villela & Doreto, 2006). Ser jovem significa fazer coisas novas, experimentar de forma ousada e corajosa (Villela & Doreto, 2006). É uma fase de mudança, de experimentação, de descoberta de si próprio (Antunes, 2007). Nesta etapa o jovem sente necessidade de ser mais autónomo em relação aos pais, é mais audacioso e mais idealista (Antunes, 2007). A adolescência é um marco fundamental na construção da personalidade e identidade do indivíduo (Antunes, 2007).

Segundo Freud (2001), com o início da puberdade, a sexualidade vai transformar-se na sua forma definitiva. Hall refere que durante esta etapa, o indivíduo é sujeito a uma série de mudanças familiares, sociais, culturais e escolares que o transformam num indivíduo adulto e autónomo. Também é entendida como um período de desenvolvimento físico, alterações corporais e intelectuais (Antunes, 2007).

Socialmente, o adolescente depara-se com uma série de novas circunstâncias e com a necessidade de se relacionar com o outro, sendo frequente iniciar as suas experiências sexuais, que se tornam fundamentais no desenvolvimento da sua identidade sexual (Martins, 1995). Como refere Freud (2001, p. 139) “O impulso sexual era até então essencialmente auto-erótico; vai agora descobrir o objecto sexual.”.

Segundo Erikson (1972, cit. por Claes, 1990), uma das tarefas fundamentais na adolescência é o desenvolvimento e formação da identidade e sem identidade sexual devidamente sedimentada, a identidade global do indivíduo não será completa. Tem de haver uma aceitação da sua natureza biológica, como homem ou mulher (Erikson, 1972, cit. por Claes, 1990). Antes de assumir compromissos, é fundamental a experiência da intimidade até para uma escolha de homossexualidade ou heterossexualidade (Claes, 1990).

Na adolescência, o ser humano descobre-se a si próprio como objecto de desejo sexual (Nodin, 2001). Na juventude, a maturidade corporal e a maioridade, associados frequentemente a uma maior autonomia e afastamento da casa dos pais, vão permitir ao jovem explorar a sua sexualidade com novos contornos e limites (Nodin, 2001).

Os jovens do presente vivenciam e valorizam a sexualidade com diferenças consideráveis, quando comparados com as gerações passadas (Antunes, 2007). Existe uma maior liberdade de expressão, um maior número de jovens que iniciam a sua actividade sexual mais cedo e também a mulher assume um papel sexual diferente, onde pode exprimir-se e ter direito ao prazer (Antunes, 2007). Hoje a mulher tem mais liberdade, pode sair de casa à noite, frequenta o Ensino Superior, trabalha fora de casa e tem uma postura e abertura diferentes face à sexualidade (Antunes, 2007). Esta evolução, repercute-se também no futuro dos jovens (Antunes, 2007; Silva, 2002).

A juventude desta geração, tem mais oportunidades de exprimir as suas emoções, tem mais oportunidades de escolher, não sendo pressionada a assumir considerações de uma sociedade, que valoriza a estabilidade que a instituição casamento representa (Silva, 2002). Hoje valoriza-se o prazer, a experimentação, permitem-se até algumas transgressões e algumas atitudes não convencionais (Silva, 2002). Os jovens ao tomarem a decisão de casar já têm, por norma, experiência sexual, o que há alguns anos era inconcebível, principalmente para as mulheres (Silva, 2002).

Se esta fase de exploração torna os adolescentes um grupo de risco, o facto de não coexistir o amadurecimento afectivo e cognitivo, torna-os mais vulneráveis a riscos como a gravidez não desejada e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) (Alves et al., 2002).

No final da adolescência, após a vivência de intimidades sexuais e amorosas, após o alargamento das figuras de vinculação, autonomia em relação aos pais está inerente a escolha de uma identidade sexual que assume uma posição estável e definitiva que deve trazer ao adolescente uma sexualidade satisfatória (Antunes, 2007).

O aumento da taxa de gravidez na adolescência e do número de infectados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e outras IST's tem sido um problema que leva a reflexões sobre a sexualidade, atitudes e comportamentos sexuais dos mais jovens (Villega & Doreto, 2006), pois é neste contexto que se constroem atitudes e valores relacionados com a sexualidade, amor e aos papéis masculinos e femininos (Ministério da Educação [ME], 2000).

Segundo Levisky (1995), o adolescente, ao caminhar para a vida adulta, deve tornar-se autónomo e independente em relação aos seus pais e só é considerado maduro, quando encontra meios de subsistência que o permitam, assim como responsabilidade sexual. Desta forma, a sociedade organiza-se para que o adolescente e jovem tenham um tempo de experimentação, que lhes permita a formação da sua personalidade, a consolidação de si próprios, enquanto sujeitos (Antunes, 2007).

Neste contexto, a saúde sexual e reprodutiva revela-se algo de particularmente importante.

1.3. Saúde Sexual e Reprodutiva

A Internacional Planned Parenthood Federation (IPPF) e a OMS adoptam a definição de saúde reprodutiva que resultou da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994, considerando-a não só um bem-estar físico, psicológico e social, como também a capacidade e liberdade de decidir ter filhos, o direito à informação, contraceção e consultas de planeamento familiar (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2001; OMS, 2000;).

Sobre Saúde Sexual, a IPPF, partilha da definição da ONU ao reforçar que a saúde sexual pressupõe uma "abordagem positiva à sexualidade humana", não se restringindo apenas à prevenção das infeções sexualmente transmissíveis. (DGS, 2001).

Falar de Saúde Sexual e Reprodutiva é também englobar assuntos como o combate à violência sexual baseada em questões de género, ainda muito presente na sociedade ocidental; luta contra o aborto não seguro, praticado inúmeras vezes pelo receio da discriminação social; promoção de direitos para quem vai ser pai ou mãe; prevenção da gravidez indesejada e direito a escolher o método contraceptivo; ao respeito pela sua identidade sexual e à promoção de uma sexualidade saudável e responsável (DGS, 2001; OMS, 2000).

1.3.1. Planeamento familiar

O Planeamento Familiar (PF) é fundamental na prestação de cuidados na área da Saúde Sexual e Reprodutiva. O seu objectivo é apoiar e acompanhar indivíduos de ambos os sexos para decidirem de forma consciente e segura quando e quantos filhos querem ter (DGS, 2001). É permitir-lhes o acesso à informação e métodos contraceptivos enquanto optam por não ter filhos e acompanhá-los no planeamento da gravidez e nascimento dos seus filhos (DGS, 2001).

Além disto, o PF deve trabalhar no sentido de uma vivência sexual gratificante e segura, em que a gravidez é desejada e o processo de maternidade ou paternidade saudável (DGS, 2001). Também tem como objectivo diminuir a mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil e o número de infectados com IST's, e permitir educar a sociedade para um rastreio dos cancros da mama e do colo do útero, principalmente (DGS, 2001).

Em Portugal, todos os Centros de Saúde devem garantir Consultas de Planeamento Familiar e dispor de equipas multiprofissionais, para o esclarecimento das dúvidas e questões no domínio da Saúde Sexual e Reprodutiva (DGS, 2001). A decisão de ter, ou não, filhos e de escolher o momento, é um direito que assiste a todos os indivíduos ou famílias e é essencial ao bem-estar social (DGS, 2001).

Existem inúmeros factores que intervêm nos comportamentos sexuais, sendo fulcrais as medidas políticas que contribuam para a saúde sexual e reprodutiva das comunidades (DGS, 2001). O acesso à informação, a serviços, pessoal técnico devidamente habilitado e os meios materiais necessários para que o aconselhamento a fazer seja qualificado são premissas fundamentais para a Saúde Sexual e Reprodutiva de uma sociedade (DGS, 2001).

Segundo a legislação portuguesa, é assegurado a todos, sem discriminações, o livre acesso às Consultas e outros meios de Planeamento Familiar (DGS, 2001). Através das consultas, todos os indivíduos têm o direito à informação, conhecimentos e meios que lhes permitam tomar uma decisão livre e responsável (DGS, 2001).

Os jovens podem, igualmente, ser atendidos em qualquer consulta de Planeamento Familiar, pertencentes ou não à sua área de residência (DGS, 2001). O sucesso em contraceção depende de uma decisão voluntária e esclarecida sobre a segurança, eficácia, custos, efeitos secundários e reversibilidade dos métodos colocados à disposição (DGS, 2001).

A saúde e o bem-estar dos adolescentes são, actualmente, considerados essenciais ao desenvolvimento humano, pelo que cada vez mais surgem iniciativas que investem na promoção da saúde deste grupo, que tem características e problemas particulares, mas que não se geram sozinhos, são, de alguma forma, manifestação das sociedades na sua globalidade (Aleixo, Quitério, Burguette, & Silvestre, 2005).

Os estilos de vida são uma das bases dos problemas no âmbito da saúde (Aleixo et al. 2005). Sendo estes um problema cultural, é necessário existirem práticas culturais que favoreçam boas condutas de saúde (Aleixo et al. 2005). Habitualmente, os adolescentes, não recorrem com frequência aos Serviços de Saúde e menos ainda às Consultas de PF, preferindo obter os métodos contraceptivos e informação através de outros meios (Nodin, 2001).

De facto, Nodin (2001), no sue estudo com jovens portugueses, verificou que a percentagem de jovens que obtém contraceptivos através das Consultas de PF é muito baixa. Este autor, estudando as questões relativas à saúde sexual e reprodutiva dos jovens com idades entre 18 e 25 anos, com uma amostra de 1402 indivíduos, constatou no entanto

que: 68% a 85,7% dos jovens (variando de acordo com a região) já iniciou actividade sexual. Alentejo, por exemplo, apenas 5,8% dos jovens referiu obter os contraceptivos nas consultas de planeamento familiar.

Já Shah e Zelnik (1980, cit. por Claes, 1990) verificaram que 25% das adolescentes entre os 15 e 19 anos nunca tinham utilizado técnicas contraceptivas.

Em relação à informação, Fernandez et al. (2000), ao analisarem os conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção em relação às IST's, verificaram que 87,6% da amostra tinha como fonte principal de informação a televisão. Num outro estudo, Nodin (2001) verificou que a fonte principal de informação da sua amostra eram os amigos, o que segundo o estudo de Camargo e Botelho (2007) parece estar relacionado com o nível de desconhecimento na área da sexualidade. Este autor no seu estudo verificou que os filmes eram a fonte de informação eleita pelos jovens.

Apesar destes dados outros estudos revelam que o início da actividade sexual dá-se em idades cada vez mais precoces. Lucas (1993) verificou que apenas 20,5% dos jovens entre 18-19 anos, da sua amostra, permaneciam virgem e no grupo etário entre os 20 e 24 anos esta taxa desceu para os 11,5%, sendo a taxa de virgindade mais elevada nas mulheres em relação aos homens em todas as idades.

Os dados obtidos por Alferes (1997), numa amostra de 587 universitários mostraram que a taxa de virgindade era de 17, 7% para o sexo masculino e 42,8% para o sexo feminino.

Capaz (2003), realizando entrevistas a estudantes universitárias, sobre contracepção de emergência, sobre a importância da venda livre, obtendo algumas respostas que requerem reflexão. Quando questionadas acerca da possibilidade da contracepção de emergência não ser de venda livre, algumas das entrevistadas responderam: “Se realmente tivesse que ir ao médico buscar a receita, se calhar não iria buscar” (p. 25); “sinto vergonha em falar com certas pessoas sobre isso”(p. 25); “andamos 20 e tal Km para conseguir encontrar uma farmácia, só para ninguém nos conhecer” (p. 26); "no meu caso foi o meu namorado que foi à farmácia buscar, porque eu não tive coragem...tinha vergonha de encontrar alguém conhecido” (p. 27).

O facto de não frequentarem Consultas de PF pode acontecer por inúmeras razões: dificuldade em aceitarem que precisam de ajuda, sentir que os serviços não se adequam a eles, desconhecimento, vergonha, receio do conhecimento dos pais, entre muitos outros factores (Aleixo et al. 2005). Este facto, faz com que realmente a necessidade de trabalhar estas áreas se multiplique (Aleixo et al. 2005). Faz também com que a gravidez e maternidade/paternidade possam estar envoltas em riscos desnecessários.

1.3.2. Gravidez e Maternidade/Paternidade

A gravidez é sempre um marco muito importante na vida do casal em geral e da mulher, em específico (Vilar, 2004b). Uma gravidez implica alterações físicas e psicológicas, sendo por isso fundamental que a gravidez seja planeada e desejada pelo pai e pela mãe, para que esta etapa se viva com a estabilidade e tranquilidade que lhe é merecida (Vilar, 2004b).

A gravidez na adolescência tem vindo a provocar, um pouco por todo o mundo, maior preocupação social (Vilar, 2004b). Esta preocupação justifica-se pelo facto de uma gravidez não planeada, durante a adolescência, poder significar uma mudança brusca no curso de vida das pessoas implicadas (Vilar, 2004b).

Bankole et al. (1998, cit. por Nodin, 2001) referem que um número elevado de mulheres anualmente engravida sem o desejar. Vários factores podem estar na origem da gravidez na adolescência, tenha sido ou não planeada, como: a frequência elevada de actividade sexual associada a comportamentos de risco (Nodin, 2001). Outras causas, referidas por Mora e Villarreal (1993, cit. por Nodin, 2001) Yang et al (1995, cit. por Nodin, 2001) são o desconhecimento sobre contracepção e sobre a fisiologia da reprodução havendo, no entanto, opiniões e dados contraditórios.

De facto Miller (1973, cit. por Claes, 1990), verificou que: as questões da contracepção não preocupavam as adolescentes e cerca de 80% revelavam conhecimentos errados sobre métodos de contracepção e riscos de engravidar.

Por sua vez, Pais (1998, cit. por Nodin, 2001) verificou que os jovens com idades entre os 15 e 24 anos tinham mais conhecimentos sobre contracepção do que os indivíduos

em idades mais avançadas. O mesmo autor, num estudo realizado em 1996 (Nodin, 2001), verificou que 76,9% da sua amostra, com idades entre 18 e 20 anos referiu não necessitar de esclarecimentos ou apoio por parte dos técnicos.

No entanto, a análise dos factores que poderão interferir na prevenção da gravidez na adolescência deve ser feita de forma cuidadosa, para que as estratégias de prevenção sejam mais eficazes, assim como as acções de acompanhamento ao processo de gravidez, maternidade e paternidade (Nodin, 2001).

Todavia os dados estatísticos são um facto. A taxa de maternidade entre os 15 e os 17 anos é superior a 20 em cada 1000, em 2 países, os EUA (34 em cada 1000) e a Geórgia (35 em cada 1000) (Roque et al., 2003). Na Austrália, Canadá, Inglaterra, País de Gales, Estónia, Hungria, Letónia, Nova Zelândia e a Eslováquia, a taxa é baixa (10-19 em cada 1000) (Roque et al., 2003). A taxa é muito baixa (menos de 10 em cada 1000 ou menos de 5 em cada 1000) em muitos outros países, incluindo os Países Baixos e o Japão (Roque et al., 2003). Portugal, no contexto da Europa dos 15 mantém o 2º lugar dos países europeus com taxa mais elevada de gravidez adolescente (Roque et al., 2003).

As implicações da gravidez adolescente são igualmente de natureza diversa. Segundo Carpintero (2004), as consequências atingem a curto e médio prazo todos os que estão directa ou indirectamente envolvidos, desde os pais da criança, a criança e a família de ambos.

Em idades precoces, a gravidez pode ter consequências negativas para ambos, mãe e filho (Carpintero, 2004). As complicações da gravidez e do aborto inseguro, são frequentemente as maiores causas de morte materna em mulheres com menos de 20 anos (Carpintero, 2004). Mesmo nas melhores condições, as jovens mães, especialmente aquelas com menos de 17 anos, são mais susceptíveis a sofrerem complicações relacionadas com a gravidez, parto e morte do recém-nascido, que mulheres com idade superior a 20 anos (Carpintero, 2004).

Existem consequências maléficas aos níveis psicológico, biológico, social, educativo e económico, principalmente associadas à rapariga (Roque et al., 2003). Estas consequências são mais significativas considerando os jovens provenientes de meios de pobreza, onde coexistem já vulnerabilidades acrescidas (Roque et al., 2003).

Em muitos países, quando as adolescentes engravidam, são obrigadas a deixar a escola, reduzindo, assim, as hipóteses de integrar o mercado de trabalho e de, no futuro, contribuir para a economia do agregado familiar. A maternidade adolescente é, assim, um factor que aumenta os índices de pobreza e que dificulta a inclusão social.

Existe ainda, neste momento, um enorme trabalho a fazer no âmbito da inclusão social destes jovens e suas famílias, sendo um desafio político e estratégico para o futuro e de cidadania no quotidiano. (Equipa Técnica do Projecto "Mamas de palmo e meio", 2005). Actualmente, cerca de mil milhões de jovens estão a entrar, ou já entraram, na idade reprodutiva (Equipa Técnica do Projecto "Mamas de palmo e meio", 2005). A necessidade de informação e de serviços que lhes possibilitem o desenvolvimento das competências necessárias para evitarem gravidezes indesejadas e IST's, como o VIH/SIDA, torna-se evidente.

Os partos de mulheres entre os 15 e os 19 anos representam 17% de todos os partos nos países menos desenvolvidos e 1 em cada 10 nascimentos, em todo o mundo, são de mães adolescentes (Equipa Técnica do Projecto "Mamas de palmo e meio", 2005). O risco de morte materna em raparigas entre os 15 e os 19 anos é 4 vezes mais alto. E olhando para os seus filhos, estes têm uma probabilidade 1,5 vezes maior de morrer antes de completarem um ano quando comparados com os filhos de mulheres adultas (Equipa Técnica do Projecto "Mamas de palmo e meio", 2005)

Todavia, segundo Roque et al. (2003), e apesar da maternidade adolescente estar a diminuir em Portugal, 6,24% do total de nados vivos em 2000 e 5,04% do total de nados vivos em 2005 continua a ser um problema. Mas os problemas relacionados com os comportamentos de risco não se ficam pela gravidez precoce.

1.3.3. Infecções Sexualmente Transmissíveis

As IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis), são infecções contagiosas cuja forma mais frequente de transmissão é através das relações sexuais (OMS, 2006). As IST's mais frequentes são: VIH/SIDA; Hepatite B; Gonorreia; Herpes genital; Sífilis e Infecções por Clamídia, Papilomavírus Humano (HPV) e Tricomonas, no entanto, existem inúmeras outras infecções (OMS, 2006).

O VIH/SIDA é, destas infecções, aquela que tem preocupado mais as instituições de saúde do mundo inteiro (OMS, 2006). A infecção pelo VIH e a SIDA representaram, ao longo dos últimos 25 anos, uma considerável causa de morbilidade e mortalidade, atingindo preferencialmente adultos jovens (OMS, 2006). Neste momento, constitui globalmente uma ameaça ao desenvolvimento, ao equilíbrio internacional e à segurança (OMS, 2006).

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (ONUSIDA, 2006), em 2005, o número de infectados com VIH era de 38,6 milhões, o que significa um aumento, desde 2003, de 2,4 milhões. Destes, 4,1 milhões foram diagnosticados entre 2003 e 2005 (ONUSIDA, 2006).

Os indicadores epidemiológicos e sociais demonstram que em Portugal a situação é preocupante quando comparada com a Europa Ocidental (Ministério da Saúde [MS], 2006a). Desde Outubro de 1983 até 30 de Junho de 2006 foram notificados ao Centro de Vigilância das Doenças Transmissíveis 29 461 casos de infecção por VIH/SIDA (MS, 2006a). Do total acumulado de 13 167 casos de SIDA, 17,5% são mulheres e 84,8% ocorrem no grupo etário dos 20 aos 49 anos (MS, 2006a). Anualmente morrem em Portugal cerca de 1 000 pessoas por SIDA (MS, 2006a).

A SIDA é uma doença que se transmite e previne através do comportamento humano, sendo no indivíduo que reside a capacidade de reduzir o seu contágio (Mann, 1992, cit. por Nodin, 2001; Seabra & Gomes, 1992, cit. por Nodin, 2001). Apesar disto, não se pode descurar o facto de existirem inúmeros outros factores que devem ser considerados, como os factores sociais, educação e informação, que de alguma forma influenciam o próprio comportamento (Mann, 1992, cit. por Nodin, 2001; Seabra & Gomes, 1992, cit. por Nodin, 2001).

Num inquérito aplicado em Portugal, verificou-se que o nível de concepções erradas quanto ao modo de transmissão do VIH é muito elevado (MS, 2006a). Dos participantes, 30,4% consideraram que a infecção se transmite pelo beijo, 29,5% pelo uso das casas de banho, 29,5% pela picada de insectos, 22,7% pela tosse e espirro, 18,1% pela comida e talheres e 5,3% pelo aperto de mão (OMS, 2006). Entre os jovens portugueses escolarizados de 15-19 anos, apenas 15% demonstrara ter conhecimentos correctos sobre

os modos de transmissão do VIH e cerca de 30% referem não ter usado preservativo na última relação sexual. (MS, 2006a).

A ideia de que apenas algumas pessoas, pertencentes a alguns “grupos de risco”, estão susceptíveis, levou à criação de estigmas e preconceitos, que conduziram não só à discriminação dessas pessoas, como a uma maior disseminação através daqueles indivíduos, que se consideravam “protegidos” (Nodin, 2001). No entanto, actualmente, e de acordo com cálculos do EuroHIV, a transmissão heterossexual (54,9%) sobrepõe-se à transmissão parentérica (33,4%) (MS, 2006).

A percepção de vulnerabilidade e risco são assim factores muito importantes. Lucas (1993), no seu estudo para a OMS, verificou que, na sua amostra de jovens, uma parte considerável tinha uma baixa percepção de vulnerabilidade à SIDA, sendo, por isso, reduzida a taxa de utilização sistemática do preservativo. Cruz et al. (1997, cit. por Nodin, 2001), numa amostra de estudantes universitários, verificaram que 29,2% afirmaram ser altamente improvável utilizarem o preservativo na próxima relação sexual e 26,6% referiram certezas de que não iriam utilizá-lo. Adicionalmente o Cruz et al. (1997, cit. por Nodin, 2001), verificaram que 57% nunca ou quase nunca se haviam recusado a ter relações sexuais por falta de preservativo e 44,6%, nunca o haviam utilizado. No mesmo estudo, 16% revelaram práticas de sexo anal e 63,3%, de sexo oral, ambas desprotegidas.

Outro factor, não menos importante “quando se pretende compreender a dinâmica da disseminação da doença é o facto de o contágio se efectuar em situação de interacção social” (DiClemente & Peterson, 1994, cit por Nodin, 2001, p. 42).

O comportamento sexual mais seguro continua a ser o método mais eficiente de prevenção da infecção com HIV (ONUSIDA, 1999). Segundo a ONUSIDA (1999) a epidemia do HIV é dinâmica em termos de opções de tratamento, estratégias de prevenção e progressão da doença. O comportamento sexual continua a ser o primeiro alvo dos esforços da prevenção do SIDA em todo o mundo, e está profundamente enraizado nos desejos individuais, relações sociais e culturais, ambiente e processos económicos. Isto torna a prevenção do HIV, que podia ser uma tarefa essencialmente simples, enormemente complexa, envolvendo uma multiplicidade de dimensões (ONUSIDA, 1999).

Inúmeros desafios ainda se colocam à Saúde pública e às Ciências Sociais, em relação à prevenção da SIDA. No entanto, fazendo uma retrospectiva no tempo, verifica-se que também já se aprendeu muito. Hoje, é evidente que as intervenções de prevenção para a diminuição do risco de infecção pelo vírus pelo HIV, não se devem basear apenas no simples fornecimento de informação e assistência (Kelly, 1995). É necessário sensibilizar as pessoas para o risco individual, melhorar a comunicação sexual entre os casais, aumentar as aptidões individuais para o uso do preservativo, perceber as práticas de menor risco como uma norma social aceite e ajudar as pessoas a receberem apoio e reforço nos seus esforços de mudança (Kelly, 1995).

Segundo a mesma autora, há que considerar as diferenças nas condições individuais, sociais, culturais e económicas que ditam uma concepção e implementação diferente dos programas. É importante adequá-los a grupos específicos em contextos específicos. Os programas não só devem ser modificados para se adaptarem a certos contextos culturais, como também os indivíduos no seio dos grupos podem estar em diferentes fases de disponibilidade para mudarem, pelo que as intervenções que almejam o sucesso devem tomar as diferenças individuais também em consideração (ONUSIDA, 1999).

Apesar dos muitos avanços e das muitas mudanças verificadas no comportamento, a população dos países em desenvolvimento está mais exposta e não partilhar por igual a atenção e os recursos, a nível global, para a prevenção da SIDA (ONUSIDA, 1999). Os países com a prevalência de infecção pelo VIH mais alta são os que têm menos recursos e sistemas de assistência médica, revelando a urgência da intervenção para controlar esta epidemia em que se tornou a disseminação do VIH/SIDA. (ONUSIDA, 1999).

Ainda que noutras dimensões, outras IST's acarretam problemas semelhantes aos acabados de aflorar, pelo que a Educação para a Saúde poderá vir a alterar consideravelmente as estatísticas e vivências, não só ao nível da infecção para VIH/SIDA, e isto focando apenas as IST's.

1.4. Educação para a Saúde Sexual

Nas últimas décadas a educação de uma forma geral tomou uma perspectiva diferente, sendo considerada pela Declaração Universal dos Direitos do Homem um direito de todos os indivíduos, sendo um bem essencial e uma prioridade (Precioso, 2004) Como refere Carla Serrão (2002), todos são educadores, tendo por isso, o dever de reflectir acerca dos valores que querem transmitir nesse papel.

O conceito de educação engloba um processo de desenvolvimento, que deverá ser um todo em sintonia. O processo de Educação pressupõe um desenvolvimento global do ser humano, que engloba e conduz à saúde, melhorando a qualidade de vida do indivíduo e de uma forma geral a sociedade (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

Em 1949, a UNESCO considerou a Educação para a Saúde parte da “educação de base”, considerada como um direito para todos. A importância da Educação para a Saúde, o seu papel na promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade é hoje reconhecida a nível mundial (Ministério Educação [ME], 2000). A Educação para a Saúde são todas as acções que permitem produzir mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar.

A Educação para a Saúde deve ser um processo holístico, com o objectivo de desenvolver mecanismos nos indivíduos que lhe permitam adoptar comportamentos saudáveis, respeitando sempre os valores e crenças, influenciados pela comunidade na qual está inserido (Rodrigues et al., 2005)

Falando em Promoção da Saúde fala-se no “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde” (Carta de Ottawa, 1986) e o objectivo destes programas é o de capacitar cada um para a adopção de estilos de vida saudáveis (Rodrigues et al., 2005). Segundo os mesmos autores, cada indivíduo, ao longo das diferentes fases do ciclo de vida, vai constituir-se autor e actor.

A Educação para a Saúde sexual é, sem dúvida, uma pedra básica na Promoção da Saúde em geral e não só na vivência de uma sexualidade saudável (Rodrigues, et al., 2005). A forma de estar no mundo e de ver a vida é determinante para este processo de educação e vice-versa, “ A educação é determinante para a construção da cidadania e a

apropriação das competências transformadoras e criadoras de condições de vida saudável na Terra.” (Rodrigues, et al, 2005, p.10).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), as actuais políticas de saúde baseiam-se na Conferência de Alma Ata (1978) e na noção de Cuidados de Saúde Primários, mas todas as conferências internacionais sobre Promoção da Saúde reforçam a sua importância e actualidade, na Saúde do mundo inteiro (Rodrigues et al., 2005).

Na Carta de Banguécoque (2005), foi salientada a importância da promoção da saúde como um direito humano, sendo mencionada como uma função da Saúde Pública, que deve ajudar no controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como de outras ameaças à saúde. Refere ainda a necessidade de medidas políticas, maior participação nas actividades por parte das mesmas, um melhoramento e actualização tendo em consideração as mudanças da sociedade e cultura actual, aos novos padrões de consumo, comunicação e comercialização, entre outros aspectos relevantes.

O principal foco da Educação para a Saúde é sem dúvida a mudança de comportamentos de risco, a alteração de um conjunto de atitudes observáveis e de hábitos que, de alguma forma, se relacionam com a nossa saúde (Rodrigues et al., 2005). Estes comportamentos de risco e o estilo de vida são actualmente dois determinantes da saúde dos adolescentes (Matos, 2008). No entanto, informar sobre riscos não é tão fácil quanto parece, pois nem sempre a mensagem emitida tem sobre a população-alvo o efeito pretendido (Rodrigues et al., 2005). As atitudes são caracterizadas por uma elevada, assim como os comportamentos de risco associados, o que condiciona o processo de aconselhamento (Rodrigues et al., 2005). A dificuldade na Educação para a Saúde aumenta pelo facto do ser humano não gostar de se sentir pressionado a mudar, apesar de muitas vezes assumir e conhecer os riscos de determinado hábito (Rodrigues et al., 2005).

Mais especificamente a Educação Sexual surgiu numa tentativa de lutar contra o conservadorismo, que mantinha o tema ladeado de preconceitos e tabus e também porque o número de IST's, de infectados com VIH e de gravidezes indesejadas aumentaram consideravelmente, impondo a necessidade de medidas (Vilar, 2005).

Segundo a Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos da IPPF, Direito nº.6 - O direito à informação e educação), a informação e

educação é um direito cujo objectivo é assegurar a tomada de decisão livre, consciente e segura em relação à sua vida sexual (OMS, 2000)

A Educação Sexual é como uma socialização propositada, integrando todo um conjunto de outras áreas de aprendizagem, tais como os valores e os afectos, as questões de género, a estrutura de personalidade e as competências dos indivíduos para lidarem com a intimidade (Vilar, 2003, cit. por Vilar, 2005). Todos os que intervêm de forma directa ou indirecta neste processo de socialização sexual, em que de alguma forma se sedimenta a identidade sexual de cada ser humano, são responsáveis pela Educação Sexual, desde a família, a escola, os pares, as instituições de saúde, as entidades políticas ou a comunicação social. De seguida, focar-se-ão dois destes contextos.

1.4.1. Educação Sexual nas Escolas

O educador é alguém que diagnostica as questões de saúde, que desenvolve estratégias pedagógicas e que intervém de uma forma educativa (Rodrigues et al., 2005). É alguém que deve interessar-se pelas questões humanas e do ambiente, que tenha uma postura positiva face à mudança, capacidades pedagógicas, estratégicas e obviamente conhecimentos em actualização constante (Rodrigues et al., 2005).

Nas escolas de uma forma geral, vivencia-se os temas relacionados com a sexualidade num ambiente de liberdade e descontração, que é reflexo do espaço que elas constituem e representam para os jovens (Rodrigues et al., 2005). Este facto não implica que a escola não se envolva na Educação Sexual. Se realmente existir este compromisso, a escola poderá transmitir aos jovens premissas muito benéficas em relação à sexualidade humana, até mesmo o facto dela representar algo que faz parte da natureza e desenvolvimento do Homem. A escola poderá contribuir para naturalizar, de alguma forma, o tema sexualidade, que, apesar da evolução, continua alvo de tabus e preconceitos (Zapiain, 2001). Tudo isto faz com que a escola seja, indubitavelmente, um meio privilegiado para a educação sexual (Matos, 2008).

Esta instituição pode também promover espaços de debate sobre diversos temas que podem ser analisados de acordo com várias perspectivas e posições morais e que se manifestam não só em termos da opinião pública, mas também entre os próprios jovens, no

terreno dos valores e atitudes face à sexualidade (Zapiain, 2001). A abordagem de temas sexuais na escola pode contribuir para desenvolvimento de determinadas competências, como os mecanismos de tomada de decisão e capacidades de comunicar (Zapiain, 2001). Segundo Vilar (2005), a transmissão de conhecimentos científicos, que nem sempre a família tem potencial para conseguir, é o papel principal da escola, no que diz respeito à Saúde Sexual, no entanto não deverá centralizar-se demasiado neles, mas sim centrar-se nas atitudes: “trabalhar a capacidade de assumir o protagonismo no desenvolvimento do projecto próprio de sexuação” (Zapiain, 2001, p.33).

Vários estudos revelam que os programas de Educação Sexual aumentam os comportamentos preventivos no âmbito da sexualidade. Lemos (2002) num estudo do impacto de um programa de Educação Sexual na cidade de Coimbra, verificou que os alunos que participaram em programas de Educação Sexual, demonstraram um maior nível de conhecimentos do que os alunos que não participaram.

Em 2000, depois da publicação do documento "Educação sexual em meio escolar - Linhas Orientadoras", várias entidades em Portugal procuraram dar resposta às necessidades expressas por diversos sectores da sociedade portuguesa, desde professores e profissionais de saúde, a estudantes e associações de pais, para que a Educação Sexual integrasse as políticas educativas e as práticas das escolas portuguesas.

Apesar da melhoria significativa dos últimos anos, ainda há um longo caminho a percorrer para que a maior parte das crianças e jovens portugueses tenham acesso, ao longo do seu percurso escolar, a actividades de Educação Sexual (Vilar, 2004)

Ainda há um desconhecimento muito grande por parte das instituições e profissionais do ensino acerca da legislação que as obriga a incluírem a Educação Sexual nos seus projectos educativos e nos planos curriculares das turmas (Vilar, 2004). Outra dificuldade diz respeito à compreensão do próprio conceito de educação sexual, em termos da sua abrangência e concretização, continuando a ser objecto de entendimentos erróneos e restritos (Vilar, 2004). A educação sexual, continua a ser entendida, diversas vezes, meramente na sua vertente de ensino de anatomia e fisiologia ou como uma forma complicada de abordagem do sexo e dos comportamentos sexuais (Vilar, 2004).

A título de exemplo é de referir uma das respostas obtidas por Tonatto e Sapiro (2002, p. 166), nas suas entrevistas com adolescentes, questionando sobre o que entendiam que era a sexualidade obtiveram as seguintes respostas: “Sexualidade pra mim? (...) Acho que é manter relações sexuais com uma pessoa do sexo oposto... com quem tu é chegado, com quem tu te entende legal... acho que é isso.”.

Muitos professores e escolas sentem ainda insegurança e desconforto para tratarem de questões relacionadas com a Educação Sexual, mas o estado tem legislação suficientemente abrangente e fomentadora da generalização da Educação Sexual nas escolas.

A Educação Sexual nas escolas poderá, desta forma, promover "melhores conhecimentos, maior literacia sobre as questões relacionadas com a sexualidade, promoção de competências ao nível da assertividade, comunicação e prevenção de situações de risco e promoção do debate (e não endoutrinação moral) enquanto factor essencial de formação dos valores e atitudes" (Vilar, 2005, p. 6). Todavia, a tarefa é demasiado complexa para ficar apenas a cargo da escola.

1.4.2.O Papel da Família na Educação Sexual

A família é um grupo social, de organização complexa, que influencia todo o percurso de vida de cada ser humano, tendo um papel fundamental na determinação e construção da sua personalidade e identidade (Bissolvi-Alves, 2004, cit. por Pratta & Santos, 2007; Drummond & Drummond Filho, 1998, cit. por Pratta & Santos, 2007).

Este grupo, é a primeira ponte de contacto da criança com a sociedade, sendo considerada o núcleo da socialização primária, e sendo essencial na aquisição de competências de adaptação ao meio onde o indivíduo se insere (Biasoli-Alves, 2004, cit. por Pratta & Santos, 2007; Tallón, 1999, cit. por Pratta & Santos, 2007). A família funciona como um modelo, um padrão cultural que vai sofrendo alterações ao longo dos tempos, sendo um reflexo do momento histórico que se vive na sociedade, da cultura, valores, normas, religião e política (Pratta & Santos, 2007).

Hoje, o papel que a família desempenha, a própria estrutura familiar são muito diferentes de há 20 ou 30 anos atrás (Pratta & Santos, 2007). Dos anos 60 do séc. XX até ao início do século XXI, predominou o modelo de família “tradicional”, em que o homem era considerado o chefe de família e em que os papéis do homem e da mulher no seio familiar estavam claramente definidos e em que a relação entre pais e filhos, era demarcada pelo conflito entre gerações (Figueira, 1987, cit. por Pratta & Santos, 2007; Torres, 2000, cit. por Pratta & Santos, 2007). Os pais nesta época eram muito exigentes no que diz respeito ao cumprimento das regras, normas e valores (Figueira, 1987; Torres, 2000, cit. por Pratta & Santos, 2007).

A partir da segunda metade do século XX, a família passou por uma série de transformações. A industrialização, a tecnologia, a evolução económica, o papel da mulher no mercado de trabalho, o número de divórcios e até de filhos foram alguns dos factores que influenciaram estas mudanças (Biasoli-Alves, 2004, cit. por Pratta & Santos, 2007; Scott, 2004, cit. por Pratta & Santos, 2007).

Surge então um novo conceito de família, em que os papéis do casal se equiparam no seu seio, em que os dois têm trabalho remunerado, partilham as tarefas domésticas, a educação e o cuidado com os filhos (Torres, 2000; Scavone, 2001, cit. por Pratta & Santos, 2007). O facto da mãe trabalhar fora faz com que o papel do pai perante os filhos se altere, com uma maior proximidade afectiva e um distanciamento do papel de autoridade (Scavone, 2001, cit. por Pratta & Santos, 2007). Desta forma, os padrões familiares e conjugais, social e culturalmente enraizados, vão-se transformando (Torres, 2000, por Pratta & Santos, 2007). Também a ideia da mulher como figura unicamente maternal, com o papel de esposa, mãe e dona de casa, se foi dissolvendo, para dar luz a uma nova mulher que tem um papel activo no mercado de trabalho (Torres, 2000, cit. por Pratta & Santos, 2007; Scavone, 2001, cit. por Pratta & Santos, 2007).

Desta forma, a relação entre pais e filhos também é diferente na actualidade. É uma relação mais aberta, mais liberal, com maior abertura para o diálogo e não tanto uma relação de autoridade e imposição. Tallón et al. (1999, cit. por Pratta & Santos, 2007) revelam que o tipo de relação entre pais e filhos, as expectativas e os sentimentos mútuos, têm um papel importante no desenvolvimento da personalidade dos filhos.

Desta forma, as experiências vivenciadas pelo adolescente são também importantes na sua formação enquanto adulto (Marturano, Elias & Campos, 2004 cit. por Pratta & Santos, 2007). Existe uma série de vivências, experiências e sentimentos, pelos quais o indivíduo vai passar, em que a sua relação e experiências familiares vão ser primordiais na sua passagem para a vida adulta, de uma fase de dependência para autonomia, com mudanças a nível social, psicológico e sociológico (Marturano, Elias, & Campos, 2004, cit. por Pratta & Santos, 2007).

Na adolescência, na passagem de jovem adulto para adulto, existe uma fase de descoberta, de reconhecimento dos próprios limites, de questionar e colocar em causa os valores, atitudes e normas familiares e uma aproximação aos amigos. Há uma procura do seu lugar na sociedade, necessidade de auto-afirmação de independência (Silva & Mattos, 2004, cit. por Pratta & Santos, 2007).

Os adultos, e neste caso a família, têm um papel fundamental, pois são eles os responsáveis pelo primeiro conjunto de valores e normas transmitidos ao indivíduo, sendo simultaneamente um modelo, cujas atitudes e comportamentos se transmitem entre gerações (Biasoli-Alves, 2001, cit. por Pratta & Santos, 2007). Nesta fase, o diálogo entre a família e indivíduo é fundamental para que o jovem não se isole demasiado no seu “mundo”, pois necessita do apoio e da compreensão dos pais, sendo importantes as relações de respeito, confiança e afecto (Biasoli-Alves, 2001, cit. por Pratta & Santos, 2007).

Tudo isto toma um relevo importante, numa fase em que os pais se começam a preocupar com a iniciação sexual dos filhos, com a gravidez, o VIH ou com o problema das drogas (Biasoli-Alves, 2001, cit. por Pratta & Santos, 2007). Desta forma, o papel que os pais desempenham no desenvolvimento dos filhos, na construção da sua personalidade, na transmissão de valores e normas, na base emocional, o apoio psicológico, são fundamentais na passagem saudável do adolescente e jovem para o papel de adulto, e cada vez mais se sente a necessidade de investir nesta instituição, que é a base do desenvolvimento humano (Biasoli-Alves, 2001, cit. por Pratta & Santos, 2007).

De facto, "Os contextos familiares são muito importantes na formação da identidade sexual na formação das atitudes e na formação dos traços estruturais de

personalidade que irão sendo investidos em todas as áreas do crescimento e das relações estabelecidas" (Vilar, 2005, p. 4).

Capítulo II – Atitudes Sexuais e Auto-eficácia dos Adolescentes e seus Correlatos

Como refere Ogden (1999) as alterações de causa de morte no século passado poderão ter explicação se se considerar as mudanças que ocorreram em patologias como as doenças cardíacas, o cancro e a SIDA. Estas doenças estão muito interligadas aos comportamentos de saúde e doença do ser humano (Ogden, 1999).

Kals e Cobb (1996, cit. por Ogden, 1999), distinguiram os comportamentos relacionados com a saúde em três categorias: o *comportamento de saúde*, cujo objectivo é prevenir o aparecimento de uma doença; o *comportamento de doença* que visa procurar um tratamento; e o *comportamento de doente* que tem como objectivo ficar saudável. Já Motarazzo (1984, cit. por Ogden, 1999) definiu comportamentos de saúde como *comportamentos de prevenção*. No que se refere à saúde sexual, especificamente, os comportamentos de saúde têm como objectivo evitar o aparecimento de qualquer doença passível de ser adquirida desta forma.

O facto de o indivíduo manter determinados comportamentos, mesmo sabendo que poderão ser prejudiciais à sua saúde é uma questão de grande importância tem mobilizado esforços por parte do Homem pois conhecer estes determinantes poderá ajudar no planeamento de estratégias cujo objectivo seja a alteração dos mesmos comportamentos (Stoebe & Stroebe, 1995).

Na área da saúde, nomeadamente, da saúde sexual, a auto-eficácia e as atitudes sexuais são duas variáveis consideradas importantes na compreensão dos comportamentos de saúde sexual.

2.1. Definição de Atitudes

O termo atitude pode ter diversos significados. Segundo Nodin (2001), pode caracterizar uma postura física, designar uma orientação de pensamento ou comportamento. Para Stroebe e Stroebe (1995, cit. por Nodin, 2001, p. 61) “As atitudes

podem ser definidas enquanto tendências para avaliar favorável ou desfavoravelmente um determinado objecto”.

Segundo Kendler (1974, p. 1170), o termo atitude aplica-se “a uma predisposição do indivíduo para responder de modo característico a determinado estímulo do seu meio social”. De uma forma geral, é uma tendência para o indivíduo se comportar de forma positiva ou negativa em relação a uma situação, uma pessoa ou um conceito (Kendler, 1974). Segundo Gleitman, Fridlund e Reisberg (1999) as atitudes são pontos de vista sociais, que surgem pela interpretação de situações. São uma combinação de crenças, sentimentos ou avaliações e uma tendência para agir em conformidade com as mesmas Gleitman, Fridlund e Reisberg (1999).

Alcântara (1995) define atitudes como formas de análise e percepção de si próprio e da realidade. Por fim, considera as mesmas, o resultado da influência dos valores em cada um. Afirma que “É o sistema fundamental pelo qual o homem ordena e determina a sua relação e conduta com o seu meio ambiente” (p. 9).

McDavid (1980, cit. por Antunes, 2007) ressalta o facto de em cada atitude existirem três dimensões: a cognitiva, que diz respeito às crenças e ideias; os valores afectivos que se referem ao emocional, e por fim as tendências comportamentais, que são a predisposição de cada um, para agir de determinada forma Já Jones e Gerard (1987, cit. por Kendler, 1974) concluem que uma atitude é de alguma forma uma conclusão da combinação entre um valor e uma crença. Se os jovens acreditarem que todos os seropositivos são homossexuais e tiverem a homossexualidade como um valor negativo, eles vão ter atitudes negativas perante todos os seropositivos.

Poder-se-á ainda afirmar que a atitude é a conclusão tirada entre a crença e o juízo de valor, tendo desta forma duas componentes, cognitivo e afectivo, respectivamente (Kendler, 1974). Assim sendo, ao ter-se conhecimento da atitude de um indivíduo perante uma situação, poder-se-á tirar algumas ilações sobre a forma como poderá comportar-se perante a mesma (Kendler, 1974). No entanto, tal não poderá ser feito com certezas, pois as atitudes não são a única variável que determina o comportamento (Kendler, 1974).

Todavia pode dizer-se que as atitudes influenciam a forma como cada indivíduo age no seu dia-a-dia, desempenhando um papel fundamental no seu comportamento. A atitude

face à religião condiciona o que se faz ao Domingo, assim como a atitude do indivíduo perante o sexo vai influenciar a sua escolha de parceiros (Kendler, 1974).

No entanto, como referem Gleitman, Fridlund e Reisberg (1999), existem outros factores que ajudam a explicar o comportamento, como as pressões situacionais. A maior parte das pessoas comporta-se formalmente num funeral, mesmo tendo atitudes negativas face aquela religião ou costume (Gleitman, Fridlund e Reisberg, 1999). Outro aspecto importante é a força das atitudes. Quanto maior for a força das atitudes maior é a probabilidade do indivíduo se comportar em conformidade com as mesmas (Bassili, 1993, Kraus, 1995, cit. por Gleitman, Fridlund & Reisberg, 1999).

As atitudes podem formar-se de forma gradual ao longo dos anos através de experiências vivenciadas no seio dos amigos, família e escola, mas também podem ser adquiridas através de um único acontecimento, forte e marcante (Neto, 1998). Quando se fala em racismo, por exemplo, a atitude negativa perante a raça negra pode ter sido cultivada num indivíduo pelas conversas de família, pelas brincadeiras de amigos, de forma gradual (Neto, 1998). No entanto, também pode ter surgido após um acontecimento único, como ter sido assaltado e espancado, por alguém de raça negra (Kendler, 1974).

As atitudes de cada um surgem, assim, através das experiências ao longo da vida e pela influência de pessoas que ao longo do processo da aprendizagem e desenvolvimento do ser humano vão tendo importância para ele (Neto, 1998). Os primeiros agentes desta socialização são os pais, durante a infância fundamentalmente, mas durante toda a vida, diminuindo, no entanto, a "força" destes à medida que se contacta com outras pessoas e outras realidades (Neto, 1998).

Quando o jovem sai de casa para iniciar outro percurso da sua vida, quer para ir para a Universidade, quer para trabalhar, as suas atitudes tendem a sofrer mudanças pela necessidade de se adaptar, de fazer parte de determinado grupo de jovens (Neto, 1998). No entanto, os pais, os colegas e os grupos de referência não são os únicos factores que contribuem na formação de atitudes (Neto, 1998). Actualmente, e cada vez mais, os meios de comunicação social, principalmente a televisão e, mais recentemente, a Internet têm um poder significativo na formação de atitudes, fundamentalmente nas crianças e adolescentes (Neto, 1998).

Existem fundamentalmente cinco teorias que têm suscitado o interesse dos investigadores no que toca a formação de atitudes e que serão abordadas de seguida: condicionamento clássico; condicionamento operante; aprendizagem social; aprendizagem por experiência directa; e observação do próprio comportamento (Neto, 1998).

Condicionamento Clássico. O princípio desta teoria explica que quando se associa a um estímulo neutro um outro que provoca uma resposta, o mesmo estímulo inicial irá deixar de ser neutro pois provocará a resposta sem necessidade do segundo estímulo (Neto, 1998). Pavlov foi pioneiro nas experiências que realizou com os cães que passaram a salivar quando ouviam uma campainha, mesmo quando não lhe era dada comida, pois associavam de imediato o som à refeição (Neto, 1998).

Em relação às atitudes, Staats e Staats (1958, cit. por Neto, 1998), consideram através de estudos realizados, que seria uma resposta avaliativa condicionada por objectos do meio. Estes autores defenderam que ao associar sempre conotações negativas a uma nacionalidade e positivas a outra, parece que as pessoas tendem a desenvolver atitudes desfavoráveis em relação à conotada negativamente e positivas à outra, mesmo não conhecendo a veracidade das conotações. Aliás num estudo realizado por Cacioppo, Marschall-Goodell, Tassinary e Petty (1992, cit por Neto, 1998) os autores afirmam que o condicionamento clássico é mais forte na formação de atitudes em relação a determinadas coisas quando não se tem grande conhecimento sobre as mesmas.

Assim, ao conotar sempre os alemães como agressivos e os franceses como simpáticos perante um grupo de pessoas, no final de algum tempo esse grupo de indivíduos tenderá a desenvolver alguma simpatia pelos franceses e o inverso pelos alemães (Neto, 1998). No entanto, se algum dos membros do grupo tem um amigo de nacionalidade alemã, a influência exercida terá menos força para que desenvolva atitudes negativas face aos alemães (Neto, 1998).

Desta forma, poder-se-á afirmar que é possível condicionar as atitudes, que é o que acontece frequentemente na publicidade com que se é bombardeado diariamente (Neto, 1998).

Condicionamento Operante. O condicionamento operante está mais relacionado com os reforços do que com a repetição, característica da teoria anterior Neto, 1998).

Quando alguém se comporta de determinada forma perante um grupo e é elogiado tende a comportar-se de igual forma na próxima vez. Nas atitudes acontece o mesmo: se uma criança tem uma atitude de discriminação face a uma criança obesa, a qualifica verbalmente de "gorda" e as outras crianças a apoiam e elogiam, a criança sentirá as suas atitudes reforçadas e manterá atitudes discriminatórias perante a obesidade (Neto, 1998).

Como refere este autor, os reforços verbais têm sido utilizados para alterar fenómenos como o uso de determinada roupa e para lutar contra atitudes preconceituosas.

Aprendizagem Social. Esta teoria defende que as atitudes poderão formar-se pela observação de atitudes de outras pessoas, principalmente de pessoas pelas quais se tem admiração e respeito, como os pais, os amigos ou um ídolo que aparece constantemente nos meios de comunicação social (Neto, 1998).

Bandura (1977, cit. por Neto, 1998), demonstrou que algumas respostas podem ser adquiridas por observação, aprendizagem e imitação de modelos. Se aquele cantor, por quem uma adolescente sente uma enorme admiração tem uma atitude negativa face ao uso de saia, aquela adolescente poderá desenvolver a mesma atitude e deixar de usar saia (Neto, 1998).

Aprendizagem por experiência directa. Stroebe et al. (1988, cit. por Neto) estudaram as mudanças das atitudes perante uma determinada nacionalidade proporcionando às pessoas um tempo de estadia no respectivo país. Segundo o mesmo autor, pode-se formar atitudes e até modificar algumas quando se contacta directamente com as pessoas e as realidades, alvo dessas atitudes.

Mesmo tendo atitudes negativas perante determinada pessoa, ao contactar com ela ao longo do tempo, poder-se-á mudar de opinião e passar a ter atitudes mais favoráveis em relação à mesma (Neto, 1998).

Observação do Próprio Comportamento. Esta teoria defende que através de uma autopercepção do seu comportamento, o indivíduo pode alterar as suas atitudes (Bem, 1972, cit. por Neto, 1998). Desta forma, não só as atitudes formam comportamentos, como também os comportamentos podem levar à formação de atitudes (Bem, 1972, cit. por Neto, 1998).

Ao observar os seus comportamentos e ao reflectir sobre eles, o ser humano pode assim alterar as suas atitudes perante determinadas realidades (Neto, 1998). Isto requer do ser humano uma capacidade de introspecção e auto-análise sobre as suas próprias atitudes e comportamentos (Neto, 1998).

Mudança de Atitudes. Para além destas teorias, outro elemento importante quando se focam atitudes diz respeito à mudança e estabilidade das mesmas (Gleitman et al., 1999). Na sociedade actual, o indivíduo é constantemente vítima de tentativas que visam mudar as suas atitudes e crenças em relação a inúmeros aspectos do seu quotidiano. Os anúncios publicitários que aliciam na compra de um produto, as campanhas políticas que clamam pelo voto, as organizações que tentam exortar a lutar contra ou a favor de determinada causa, como a legalização do aborto, as touradas e a protecção ambiental são alguns exemplos (Gleitman et al., 1999).

Quando se pensa em todas estas campanhas, propagandas e anúncios, de imediato o indivíduo é remetido para a palavra persuasão (Kendler, 1974). Na realidade, todas elas estão associadas à capacidade de argumentação, à tentativa de influenciar o outro a adoptar um ponto de vista, uma opinião (Kendler, 1974).

Ao analisarmos a comunicação persuasiva, ter-se-á três itens a reflectir: o persuasor, a mensagem e o auditório, ou alvo (Kendler, 1974). Em relação ao persuasor, é importante que ele tenha a credibilidade suficiente perante o auditório, mas também que seja íntegro (Kendler, 1974). A um laboratório que tenta vender o seu medicamento, convém que seja reconhecido o seu mérito no assunto, mas é igualmente importante que os indivíduos acreditem que o que defende está além dos interesses pessoais (Kendler, 1974). A credibilidade do emissor pode ser entendida de duas formas, pelo grau de competência do emissor e à intenção e capacidade de persuadir (Leyens, 1979).

Em relação à mensagem, já desde Aristóteles que se discutem as qualidades da mesma, sabendo-se que existem dois aspectos fundamentais que são a sua construção e tonalidade (Leyens, 1979). A mensagem por sua vez, terá que ter conteúdo, informação e argumentos fortes (Gleitman et al, 1999).

Em relação ao auditório, é de referir que pode ter diversas dimensões: a persuasão de massa, a persuasão de grupo e a persuasão individual (Kendler, 1974). A primeira tem

como objectivo mudar as atitudes de uma sociedade inteira, ou grande parte dela, como são exemplo as campanhas publicitárias e os discursos políticos (Kendler, 1974). A segunda diz respeito a um grupo como uma turma de estudantes a ouvir uma palestra (Kendler, 1974). Por fim, a persuasão individual tem lugar, quando um indivíduo tenta persuadir outro, como um comerciante a tentar vender a sua mercadoria, ou um rapaz a tentar convencer uma rapariga a sair com ele (Kendler, 1974).

A forma como o indivíduo se comporta, e as experiências que vivencia, também podem modificar as suas atitudes, no entanto, existe uma tendência para a estabilidade das atitudes muitas vezes justificada pelo facto dos indivíduos tenderem a permanecer no mesmo ambiente sócio-económico ao longo dos anos (Gleitman et al, 1999).

No âmbito do presente trabalho, são as atitudes sexuais as que merecem particular atenção, principalmente as atitudes sexuais dos adolescentes, que parecem ser determinantes nos comportamentos de protecção e risco na área da sexualidade. Consequentemente, de seguida especificar-se-á estas atitudes neste grupo etário específico.

2.2. Atitudes Sexuais do Adolescente

A sexualidade é sem dúvida um factor de inquestionável importância na formação da identidade do jovem, pois envolve questões desde a auto-estima, a descoberta do corpo, do desejo, do sentimento de amor pelo outro (Romero, 2007). Aquilo que muitas vezes parece simples é na realidade complexo, envolvendo a linguagem corporal, facial e outros sistemas de sinais (Romero, 2007).

Torna-se então importante que a sociedade se questione sobre a “preparação” dos jovens para a vivência de uma sexualidade saudável, que só pode acontecer quando existe maturidade psicológica e conhecimento, para que possam decidir, optar e agir de forma segura e saudável (Antunes, 2007).

Ora, todos os comportamentos do ser humano têm uma regulação social, que origina um conjunto de atitudes de acordo com as normas e valores, que dizem respeito tanto à sociedade como ao indivíduo (Antunes, 2007). Quando se fala em sexualidade, as atitudes tomam uma importância fulcral, pois determinam a aceitação de determinadas

interacções sexuais (Antunes, 2007). Nos vários estudos realizados verifica-se que os jovens têm atitudes sexuais mais permissivas o que, em conjunto com as particularidades desta etapa do ciclo vital, tem resultado em atitudes que constituem um risco, para o próprio jovem e para o seu futuro (Antunes, 2007).

Segundo Neto (2000) as atitudes e comportamentos sexuais variam de acordo com as gerações e culturas. Nas últimas décadas nas sociedades ocidentais, as atitudes sexuais dos mais novos sofreram uma evolução constante pela permissividade crescente, principalmente em relação a questões como a importância de casar virgem e a homossexualidade (Claes, 1990). Em 1965, num estudo realizado por Schofield (cit. por Claes, 1990), 47% dos adolescentes consideravam que a homossexualidade era um delito e deveria ser punida como tal. Em 1977, Rioux-Marquis concluiu que apenas 12% mantinham esta opinião (cit. por Claes, 1990).

Actualmente os jovens admitem a importância de falar sobre a sexualidade, da educação sexual, são mais tolerantes em relação a questões como a contracepção e sexo pré-marital e estão mais disponíveis para aceitar outras realidade sexuais diferentes das suas (Sorensen, 1973, cit. por Claes, 1990).

Na actualidade, o debate sobre as atitudes sexuais dos mais jovens tem-se alargado e surgem questões sobre que atitudes os conduzem a comportamentos que colocam em risco a sua saúde e o futuro de uma sociedade (Antunes, 2007). Este interesse surge pela maior liberdade sexual, maior permissividade, uma alteração dos valores e normas sociais, pelo diferente papel que a mulher tem na actualidade e pela alteração das perspectivas em relação à contracepção e ao aborto (Antunes, 2007). Tudo o que medeia a sexualidade tende hoje uma importância bastante diferente e, obviamente, isto alterou as atitudes sexuais dos jovens (Antunes, 2007).

Neste momento, com o número crescente de infectados com VIH e outras IST's, tem-se verificado atitudes menos liberais, que parecem considerar mais a dimensão sexual no contexto da relação total, em detrimento da perspectiva procriativa característica dos anos 60 e 70 do século XX (Neto, 2000).

No final dos anos 30, Kinsey foi o primeiro a iniciar uma investigação sobre atitudes e práticas sexuais em mais de dez mil pessoas por um período superior a duas

décadas (cit. por Neto, 2000). Através de entrevistas, tornou-se evidente a existência de tabus e preconceitos sobre a masturbação, o sexo extraconjugal e a homossexualidade (Kinsey et al., 1948, 1953, citados por Neto, 2000). No entanto, os resultados revelaram que cerca de metade das mulheres e 85% dos homens tiveram sexo antes do casamento e um quarto das mulheres casos extraconjugais (Kinsey et al., 1948;1953, citados por Neto, 2000). Apesar das críticas a este estudo, verificou-se em estudos posteriores que houve uma mudança para maior permissividade das atitudes sexuais até cerca dos anos 80 do século XX. Byrne (1977, cit. por Neto, 200) verificou uma tendência para a permissividade relativamente a materiais eróticos e Morton Hunt (1974 cit. por Neto, 200), num inquérito a 2026 indivíduos, verificou que mais de 75% era a favor da educação sexual nas escolas, metade da amostra não considerava a homossexualidade má, três quartos discordava que o sexo oral fosse mau e a maioria era a favor da legalização do aborto.

Já Sorensen (1973, cit. por Claes, 1990) num estudo com adolescentes verificou que 45% dos rapazes e 57% das raparigas referiam sentimentos de culpabilidade e ansiedade em relação à masturbação.

Os estudos de Clayton e Bokemeier (1980, citados por Neto, 2000), revelaram atitudes mais positivas em relação à sexualidade pré-conjugal e os estudos de King, Balswick e Robinson (1977, citados por Neto, 2000) em estudantes, revelaram que entre 1965 e 1970 a opinião acerca do sexo pré-conjugal ser imoral diminuiu de 33% para 14% no sexo masculino e de 70% para 34% no feminino.

Também em relação à iniciação sexual se têm detectado diferenças. Nos últimos anos o que se verifica é que o jovem inicia a sua actividade sexual cada vez mais cedo (Romero et al. 2007). Estudos nos anos 90, do século XX, mostravam que a média de idade da primeira relação sexual nas raparigas era aos 16 anos (Romero et al., 2007). No Brasil em 2000 já era de 15 anos (Romero et al. 2007).

Yamamoto (2006), num estudo realizado com 978 estudantes japoneses, verificou que 90% havia praticado ou esperava praticar sexo antes do casamento e Wang et al. (2007) verificaram que, de entre os 1304 jovens da sua amostra, 60% tinham atitudes favoráveis face ao sexo antes do casamento.

Em Portugal a realidade não é muito diferente. Alferes (1997) no seu estudo com 587 estudantes universitários, verificou que as taxas de virgindade eram de 17,7% para os homens e de 42,8% para as mulheres. Nodin (2001), estudando as questões relativas à saúde sexual e reprodutiva dos jovens com idades entre 18 e 25 anos, com uma amostra de 1402 indivíduos, constatou que: 68% a 85,7% dos jovens (variando de acordo com a região) já havia iniciado a actividade sexual. No entanto, no mesmo estudo, o autor verificou que no Alentejo, por exemplo, apenas 5,8% dos jovens referiu obter os contraceptivos nas Consultas de PF.

Crepault e Gemme (1975, citados por Claes, 1990), verificaram que as atitudes sexuais das raparigas são mais determinadas pelos padrões da sociedade e pelos pais e que elas dão mais importância ao relacionamento amoroso na suas relações sexuais do que os rapazes. Na ausência de uma relação afectiva, apenas 17% das raparigas exprimem aceitar as relações sexuais, em comparação com 63% dos rapazes. No que diz respeito à tolerância das relações sexuais num casal antes do casamento, 93% dos rapazes e 82% das raparigas revelaram atitudes positivas.

Já Antunes (2007), no seu estudo sobre atitudes sexuais em estudantes do Ensino Superior, verificou que existe uma maior permissividade em relação ao sexo sem compromisso e ao sexo ocasional. A autora verificou ainda que os indivíduos que não utilizavam método contraceptivo não pareciam preocupar-se com o risco de contrair uma IST ou da ocorrência de uma gravidez não desejada, estando mais interessados na obtenção de prazer exclusivamente físico.

No Brasil, por exemplo, Alves e Lopes (2008), pretendendo avaliar o conhecimento, atitudes e práticas em relação à pílula e ao preservativo, no Brasil realizaram um estudo com 295 universitários com idades predominantes de 18 e 19 anos, verificaram que 40,3% das relações sexuais não eram planeadas; 17,6% dos jovens concordariam em não utilizar preservativo se conhecessem bem o parceiro e 86,9% afirmaram só colocar o preservativo no momento da penetração e não durante todo o acto sexual. Paralelamente cerca de 21% dos jovens considerava que o preservativo diminui o prazer sexual e apenas cerca de 30% o levava sempre consigo para encontros.

Noutro estudo, ao realizarem entrevistas a 13 estudantes universitárias da área de saúde, com o objectivo de analisar a prática contraceptiva e prevenção de IST's e infecção

pelo VIH, os autores concluíram que quase todas referiram o uso do preservativo, mas justificado pelo fácil acesso e prevenção de gravidez e raramente por prevenção de infecções (Leite, Costa, Carvalho & Melo, 2007).

Camargo, Brigido, Botelho e Lúcio (2007), numa amostra de 1386 estudantes, demonstraram que existe alguma relação entre nível de desconhecimento e o facto dos amigos serem a principal fonte de informação. Os mesmos autores também concluíram que os adolescentes demonstram uma atitude positiva em relação ao uso do preservativo, que parece beneficiada pelas conversas sobre sexualidade e pela intenção do seu uso. Neste estudo, a maior parte dos jovens elegeu os filmes como fonte preferida de informação.

Dos 11177 estudantes do preparatório, com idades médias de 15 anos, inquiridos noutra estudo sobre conhecimento, atitudes e comportamentos sexuais, cerca de 38% demonstraram conhecimentos sobre VIH/SIDA e apenas cerca de 20% das raparigas sabia usar o preservativo (Guerra & Gouveia, 2007).

No Chile, Pérez, Cid Ar, Lepe e Carrasco (2004), ao avaliarem os conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais num grupo de 398 adolescentes chilenos, com idades entre 15 e 19 anos, verificaram que mais de 50% refere ter recebido educação sexual dos pais, professores amigos e dos média. No mesmo estudo, 53,5% dos adolescentes que haviam iniciado a actividade sexual referia não ter usado qualquer método contraceptivo na sua primeira relação sexual.

Guerra, Andrade e Dias (2004), analisando as atitudes face ao consumo de materiais pornográfico em 336 universitários, concluíram que cerca de 98% da amostra referiu já ter tido contacto com material pornográfico, sendo o material mais consumido as revistas.

Pirotta e Schor (2004), estudando as intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade, incluindo contracepção e aborto, entre 955 estudantes universitários, com idades entre 17 e 24 anos, encontraram uma elevada taxa de utilização da pílula e preservativo, um elevado número de abortos e uso do preservativo, mas não associado à dupla eficácia.

Em relação ao uso de contracepção pelos adolescentes de escolas públicas da Bahia, Almeida, Aquino, Gaffikin e Magnani (2003), na sua amostra de 4774 estudantes

com idades entre 11 e 19 anos, verificaram que a idade média de iniciação da actividade sexual dos rapazes se encontrava entre os 13-15 anos, que 18% das raparigas referiu ter engravidado pelo menos 1 vez e que a amostra revelava um défice de conhecimentos sobre fertilidade e contracepção.

Já Antunes, Peres, Paiva, Stall e Hearst (2002), ao estudar em as práticas sexuais de risco para a infecção pelo VIH em 394 estudantes, com idades entre 18 e 25 anos, demonstraram que 33% da amostra não usava o preservativo regularmente e as mulheres revelavam maior dificuldade em negociar o uso do preservativo.

Num outro estudo, ao analisar conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção em com relação às IST's, em 249 mulheres (25% adolescentes e mais de 50% com menos de 29 anos), os autores concluíram que 87,6% teve como fonte principal de informação a televisão e por norma utilizava o preservativo como método contraceptivo e não para prevenção de IST's (Fernandes, António, Bahamondes, & Cupertino, 2000).

Em 1995, Merchán-Hamann, ao estudar o grau de informação, as atitudes e a representação do risco e a prevenção de infecção pelo VIH, em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, numa amostra de 416 alunos, entre 13-18 anos de idade verificou que as seguintes respostas sobre modos de transmissão: 68% referiu a picada de mosquito; 43% encostar em feridas ou contacto da pele com secreções; sentar na sanita foi referido por 40%; beber do mesmo copo de uma pessoa infectada por 35%; 21% referiu a tosse ou espirro de pessoa infectada; e 6% acreditava que poderia contrair a doença se tocasse nas mãos de um indivíduo seropositivo.

Ryan, Franzetta, Manlove e Halcombe (2007), analisando a discussão sobre contracepção e IST's entre adolescentes, antes da primeira relação sexual, verificou que 50% das raparigas e 45% dos rapazes referiam discutir sobre IST's, antes de ter relações sexuais pela primeira vez.

Em relação ao conhecimento e uso de contracepção de emergência em adolescentes, num estudo realizado com 12121 adolescentes entre 14 e 18 anos, demonstrou-se que 9% das raparigas usou 1 vez pílula do dia seguinte e 1% 3 ou mais vezes (Falah-Hassani, Kosunen, Shiri & Rimpela, 2007).

Stulhofer, Graham, Bozicević, Kufrin e Ajduković (2007), numa amostra de 1093 Croatas com idades entre 18 e 24 anos, estudaram as atitudes e conhecimentos na área da sexualidade, que actuavam como determinantes no uso do preservativo. Os autores concluíram que as atitudes positivas face ao uso do preservativo são o factor mais determinante para a sua utilização, em qualquer circunstância.

Num outro estudo, ao tentar compreender as atitudes e comportamentos de jovens indígenas em Townsville, acerca de relacionamentos e sexo, os resultados obtidos revelaram que 45.9% já havia iniciado a sua actividade sexual e cerca de 56% aos 13-14 anos. No mesmo estudo, cerca de 61% das adolescentes referiram usar sempre preservativo mas quando não usam, justificam com a vergonha ou por “não pensarem nisso” (Larkins et al. 2007).

Em Portugal, Monteiro e Raposo (2006), avaliando os conhecimentos, as atitudes e as crenças face ao VIH/SIDA dos jovens do distrito de Vila Real, numa amostra de 1152 estudantes do ensino secundário, concluíram que os jovens que não utilizavam método de prevenção e os que referiram ter tido três ou mais parceiros sexuais tinham em média mais conhecimentos sobre VIH/SIDA. Os mesmos jovens demonstraram minimizar, ou subestimar, o risco de contágio pelo VIH, parecendo aos autores prevalecer um certo optimismo excessivo.

Tentando compreender e caracterizar os factores ligados ao risco e à protecção nos comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/sida, num estudo com 1037 adolescentes, com média de idade de 15,5 anos, os autores verificaram que a maioria dos jovens referiam que se sentiam muito à vontade para conversar com as pessoas da mesma idade sobre SIDA e outras IST's (Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira, & Linhares, 2006).

Sobre as questões de género, Ramos, Carvalho e Leal (2005), realizaram um estudo com 142 participantes do sexo feminino, solteiras, de orientação heterossexual e com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos, estudantes universitárias. O objectivo era analisar as atitudes e comportamentos sexuais desempenhados por cada um dos géneros. Os autores concluíram que a maioria das jovens mulheres inquiridas aprovava um *script* sexual caracterizado por um padrão de comportamento sexual singular aplicado a ambos os

géneros, apesar de percepcionarem a existência de julgamentos, efectuados pelos outros membros da sociedade, que valorizam o duplo padrão sexual.

Dias, Matos e Gonçalves (2002), no seu estudo sobre conhecimento, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante da área da grande Lisboa e implicações para a intervenção, demonstraram que os jovens apontavam a necessidade de sensibilizar e consciencializar os pais para a importância do diálogo com os filhos sobre sexualidade e que alguns dos inquiridos não acreditavam que a SIDA existisse, desacreditando a possibilidade de contrair o vírus.

Em resumo, pode afirmar-se que diversos estudos têm revelado uma maior permissividade sexual, uma aceitação natural do sexo pré-marital, da diversidade de parceiros ao longo da vida, do início mais precoce da actividade sexual. No entanto, também se verifica que algumas atitudes relacionadas com a responsabilidade sexual não evoluíram da mesma forma, evidenciando-se o maior risco em relação à gravidez não desejada e às IST's.

Os diversos estudos na área da sexualidade, incidem em diversas temáticas áreas desde o conhecimento, os comportamentos e as atitudes, uns debruçando-se mais sobre os métodos contraceptivos, outros mais sobre a gravidez ou as IST's, sendo que os resultados podem revelar diferenças inerentes à realidade sociocultural da amostra, de acordo com o contexto espaço-temporal em que é realizado.

Seja como for, considerando as atitudes sexuais determinantes dos comportamentos sexuais, torna-se tão importante conhecer as atitudes sexuais dos adolescentes como conhecer as variáveis que estão relacionadas com as mesmas atitudes.

2.3. Atitudes sexuais e Características Sócio-Demográficas dos Adolescentes

Atitudes Sexuais e Sexo. Segundo o estudo realizado por Alferes (1997) a 587 estudantes universitários com idades compreendidas entre os, os homens manifestavam atitudes mais favoráveis em relação ao sexo ocasional e sem compromisso, apresentando valores mais altos na Escala de Atitudes Sexuais (EAS) em relação à permissividade e sexo

impessoal (Alferes, 1997). No mesmo estudo, o autor verificou que as raparigas apresentavam atitudes sexuais de maior responsabilidade em comparação com os rapazes.

Já Antunes (2007) constatou diferenças significativas entre as atitudes sexuais dos rapazes e das raparigas em todas as dimensões da EAS, revelando os primeiros atitudes mais utilitárias, em relação à sexualidade. A única dimensão onde as mulheres apresentaram valores de mediana mais altos foi em relação às práticas, que englobam os itens relativos ao planeamento familiar e educação sexual. Verificou ainda, que os rapazes obtiveram valores mais alto nas escalas que pretendiam avaliar atitudes relativas ao sexo sem compromisso e sexo ocasional.

Crepault e Gemme (1975, cit. por Claes, 1990), verificaram que as atitudes sexuais das raparigas eram mais determinadas pelos padrões da sociedade e pelos pais e que estas davam mais importância ao relacionamento amoroso na suas relações sexuais do que os rapazes e na ausência de um laço amoroso apenas 17% das raparigas exprimem aceitação, em comparação com 63% dos rapazes.

Shofield (1965, cit. por Claes, 1990), por sua vez, no seu estudo com 1873 elementos com idades entre os 15 e 19 anos, verificou que as raparigas começavam a sua vida sexual mais tarde do que os rapazes.

Rioux-Marquis (1977, cit. por Claes, 1990), verificou que mais e metade dos rapazes do seu estudo, consideravam a contracepção um assunto de mulheres.

Atitudes sexuais e Idade. Antunes (2007) verificou que em todas as dimensões da EAS, aplicada no seu estudo, existiam diferenças significativas entre os indivíduos de acordo com a idade, excepto na dimensão comunhão e partilha. Os indivíduos mais novos apresentavam valores mais altos na EAS, nas dimensões relativas às práticas sexuais, enquanto em relação às dimensões instrumentalidade e permissividade sexual eram os mais velhos que apresentavam valores mais altos. Os indivíduos com mais de 24 anos tinham atitudes sexuais de maior partilha, envolvimento e idealismo (Antunes, 2007).

Atitudes Sexuais e Início da Actividade Sexual. Os jovens que referiram já ter iniciado a sua actividade sexual revelaram atitudes sexuais mais permissivas, revelando com maior concordância com o sexo ocasional e sem compromisso, assim como atitudes de maior partilha e envolvimento afectivo, em relação à sexualidade (Antunes, 2007).

Religião e atitudes sexuais. No estudo realizado por Antunes (2007) os indivíduos sem religião revelaram atitudes sexuais de maior permissividade, comunhão e envolvimento afectivo. No mesmo estudo, o autor encontrou dados que indicam que o facto de não ter religião favorece o início da actividade sexual.

Práticas religiosas e atitudes sexuais. Os estudantes que se manifestaram não praticantes revelaram maior concordância em relação ao “sexo ocasional e sem compromisso” e à sexualidade como experiência íntima física e psicológica, partilha e envolvimento e idealismo (Antunes, 2007).

2.4. Definição de Auto-eficácia

É natural que as atitudes do indivíduo estejam relacionadas com aquilo que associa ao objecto alvo das atitudes (Stroebe & Stroebe, 1995). Segundo Rosenberg (1960, cit. por Stroebe & Stroebe, 1995), as atitudes em relação a algo surgem como consequência não só das características que se associam ao objecto, mas também da avaliação que se faz das mesmas. Da mesma forma, é de esperar que as pessoas que têm uma atitude positiva relativamente à saúde tenham estilos de vida saudáveis, ou seja, tenham comportamentos de protecção da saúde (Stroebe & Stroebe, 1995).

Já a auto-eficácia, segundo Ribeiro (2004, cit. por Souza & Souza, 2004, p.12) refere-se “ao uso pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar actividades”.

Segundo o mesmo autor quanto maior for a percepção de auto-eficácia mais persistente é o esforço para mudar ou manter determinado comportamento. Segundo Bandura (1982), a auto-eficácia é uma variável cognitiva com uma função motivacional, o que faz com que a percepção que as pessoas têm da sua capacidade afecte o seu comportamento, motivação, padrão de pensamento e reacção emocional.

A auto-eficácia corresponde a crenças de eficácia pessoal em lidar positivamente com os desafios futuros em geral (Coimbra & Fontaine, 1999). Por exemplo, a crença de que usar de forma correcta o preservativo irá prevenir o contágio do VIH (ONUSIDA, 1999).

A auto-eficácia geral é o conceito central da teoria sócio-cognitiva. Nesta, intencionalidade e antecipação estão entre as principais capacidades que medeiam o comportamento humano (Bandura, 2001, cit. por Benites, Jacques, Gauer, & Gomes, 2006).

Apesar de existirem vários modelos que focam as crenças de saúde e a auto-eficácia como determinantes no comportamento, no presente estudo apenas focaremos o Modelo de Aprendizagem Social e o Modelo de Crenças de Saúde, por serem os mais discutidos na literatura consultada.

Modelo (revisto) de Crenças da Saúde. Na década de 50 do séc. XX, os profissionais de saúde pública desenvolveram o Modelo de Crenças de Saúde com o objectivo de tentar explicar o porquê da adesão aos programas de rastreio e à vacinação (Cardoso, 1999).

Rosenstock (1966, cit. por Ogden, 1999) e posteriormente Becker e Col. (cit. por Ogden, 1999) ao longo dos anos 70 e 80 utilizaram-no para predizer comportamentos de prevenção ligados à saúde, como a resposta ao tratamento por parte de indivíduos portadores de doença crónica.

De acordo com este modelo, as crenças básicas iniciais são percepções individuais sobre: a susceptibilidade à doença; a gravidade da doença; os custos envolvidos na realização de um determinado comportamento; os benefícios na realização do comportamento e nas pistas para acção, que podem ser internas (sintomas) ou externas (informação dada) (Ogden, 1989). Ou seja, a adopção de determinado comportamento poderá acontecer se sentirem que são susceptíveis a essa doença; se acreditarem que a doença pode trazer consequências negativas; acreditarem que o facto de alterarem o seu comportamento irá diminuir a susceptibilidade ou gravidade da doença e se acreditarem que os custos dos seus comportamentos serão ultrapassados pelos benefícios (Cardoso, 1999).

Neste modelo as doenças são assumidas como consequência de um determinado comportamento, por isso se o alterarem poderão reverter o seu curso (Rosenstock et al. 1994, cit. por Cardoso, 1999). Para isso, consideram a susceptibilidade pessoal percebida, a percepção da gravidade da doença, os benefícios e eficácia do comportamento a mudar e as dificuldades de implementação do novo comportamento (Rosenstock et al. 1994, cit. por

Cardoso, 1999). A revisão deste modelo inclui termos como factores de modificação e auto-eficácia (Ogden, 1999).

Analisando os factores considerados por este modelo, verifica-se que a percepção de susceptibilidade pessoal está relacionada com a probabilidade percebida de se contrair uma doença, que poderá trazer consequências negativas (Cardoso, 1999). No que diz respeito à gravidade percebida da situação, esta está relacionada com a percepção das consequências negativas que a doença poderá trazer, considerando aspectos médicos, mas também psicológicos e sociais (Cardoso, 1999). Quando se une estas duas premissas, surge o termo percepção de ameaça pessoal, ou seja, até que ponto o indivíduo é susceptível a uma doença que acarreta consequências negativas (Cardoso, 1999). No entanto, existem evidências da existência de uma tendência por parte do ser humano para subestimar os seus riscos de saúde, quando comparado como os riscos dos outros (Stroebe & Stroebe, 1995).

Em relação aos benefícios percebidos, estes referem-se à eficácia percebida dos comportamentos que são aconselhados, ou seja, é a forma como a pessoa percebe as vantagens que terá se alterar o seu anterior comportamento (Cardoso, 1999). Como referem Kirscht e Joseph (1989, citados por Cardoso, 1999), o facto de se perceber que mudar reduz o risco, incentiva à própria mudança, assim como o contrário: se não houver percepção de que adoptar determinado comportamento vai diminuir o risco, será menos provável a sua adopção.

Os obstáculos percebidos, são os aspectos negativos, os custos, que se relacionam com a implementação daquele comportamento saudável, e que podem pôr em causa a sua implementação (Cardoso, 1999). Será mais provável que o indivíduo altere o seu comportamento, se os benefícios percebidos formem superiores aos obstáculos. Estas duas variáveis juntas dão origem à predisposição para agir voluntariamente, levando a que um comportamento ocorra (Cardoso, 1999).

O conceito “pistas para a acção”, refere-se a pequenas “dicas” que poderiam ajudar o indivíduo na adopção de comportamentos saudáveis, por exemplo, seria mais provável um jovem usar preservativos, se os tivesse disponíveis. (Rosenstock et al. 1994, cit. por Cardoso, 1999).

Segundo Kirscht e Joseph (1989, cit. por Cardoso, 1999), os factores de modificação englobam os factores sociopsicológicos, estruturais e as variáveis demográficas, que podem alterar directa ou indirectamente, os comportamentos: por exemplo, o nível de escolaridade parece influenciar, indirectamente a percepção da susceptibilidade, gravidade benefícios e custos em relação a doenças.

O conceito auto-eficácia surge neste modelo com a finalidade de aumentar a capacidade de predição do mesmo, principalmente quando este modelo tenta explicar mudanças de comportamento em que a auto-eficácia percebida é fundamental na decisão individual de mudar esses mesmos comportamentos (Cardoso, 1999). Mesmo quando existe uma ameaça real, o indivíduo tem poucas probabilidades de desenvolver comportamentos de protecção se duvidar da sua eficácia (Stroebe & Stroebe, 1995)

De uma forma geral, para que o indivíduo mude o seu comportamento, por exemplo em relação ao uso de preservativo, ele tem de perceber que corre riscos por não o utilizar, como contrair o HIV, com a gravidade que isso representa; tem de acreditar que ao utilizar o preservativo irá diminuir o risco e que o que isso lhe custará é reduzido em comparação com os benefícios. No entanto, o sujeito também tem de acreditar que é competente para conseguir mudar (auto-eficácia) (Cardoso, 1999).

Segundo Schwarzer, 1992 (cit. por Souza & Souza, 2004) a auto-eficácia percebida reflecte a convicção optimista que permite ao indivíduo executar novas tarefas, mesmo as mais difíceis, assim como a transposição de obstáculos. O mesmo autor salienta que um nível de auto-eficácia mais elevado ajuda a fixação de metas, sendo um factor de resistência positiva.

Weinstein (1989, cit. por Cardoso, 1999), abordou a percepção de ameaça pessoal, levantando questões como a forma como o indivíduo combina a gravidade susceptibilidade percebidas. Por exemplo, mesmo que a gravidade percebida da doença seja alta, se a percepção de susceptibilidade pessoal for baixa, a percepção de ameaça pessoal também o poderá ser, o que dificulta a adopção de comportamentos saudáveis (cit. por Cardoso, 1999). No caso do VIH/SIDA, a gravidade da doença é alta e é reconhecida mundialmente, no entanto, a mudança de comportamentos não é assim tão alta, o que sugere que as pessoas não se sentem ameaçadas pela doença, porque apesar de reconhecerem que é

grave, consideram pouco provável contraírem o vírus, não sentindo necessidade de mudar os seus comportamentos (Cardoso, 1999).

O que se tem verificado frequentemente é que as pessoas tendem a ser optimistas, considerando-se menos vulneráveis que os outros, muitas vezes também por estigmas e preconceitos sobre quem são os grupos de risco, como homossexuais, toxicodependentes, prostitutas, as pessoas com múltiplos parceiros, entre outros (Cardoso, 1999). Isto faz com que subestimem o risco que correm e exagerem o risco que correm os outros (Weinstein, 1989, cit. por Cardoso, 1999).

Assim, este modelo é aplicado com bastante frequência para explicar os comportamentos preventivos em relação ao VIH (Cardoso, 1999). Num estudo realizado em Massachusetts (1988), com jovens com idades entre 16 e 19 anos, verificou-se que uma maior percepção de vulnerabilidade estava directamente associada com o uso do preservativo. No mesmo estudo, concluiu-se que os jovens que acreditavam que o uso do preservativo era um método eficaz de prevenção, apresentavam uma probabilidade 3 vezes mais elevada de o usarem; e que os que andavam com preservativos na carteira utilizavam-nos numa taxa de 2,7 vezes superior, em relação aos outros jovens (Hingson & Struning, 1992, Struning & Hingson, 1993, ambos citados por Cardoso, 1999).

O Modelo de Crenças da Saúde, no entanto, tem algumas limitações apontadas por diferentes autores. Neste caso, dos jovens e adolescentes, não considera a importância do grupo de pares como factor que influencia os comportamentos, o que se sabe ser importante. Também se baseia apenas na tomada de decisão racional, quando os afectos são muito importantes e devem ser considerados (Kashima et al., 1992; Fisher, 1988, Sevenson & Hanson, 1996, ambos citados por Cardoso, 1999).

Segundo Kirscht e Joseph (1989, cit. por Cardoso, 1999), um dos contributos deste modelo foi a valorização da percepção do risco ou susceptibilidade na tomada de decisão, os custos pessoais, sociais e ambientais. Este modelo poderá ter valor quando utilizado em conjunto com outros que englobem as normas do grupo e as crenças relacionadas com as atitudes (cit. por Cardoso, 1999).

Modelo de Aprendizagem Social (Cognitiva). Os princípios básicos do Modelo de Aprendizagem Social (Cognitiva) são: a auto-eficácia, ou seja, a convicção própria do

indivíduo na sua capacidade para manifestar um comportamento, a crença na habilidade para implementar o comportamento necessário e nos resultados esperados e crenças em relação à eficácia de determinadas acções (Salveti, Pimenta, Lage, Oliveira Júnior, & Rocha, 2007).

A premissa da Teoria Cognitiva Social ou Teoria da Aprendizagem Social (TCS), é a de que os novos comportamentos são aprendidos, ou imitando o comportamento dos outros, ou por experiência directa, pelo que os dois princípios fundamentais desta teoria são a modelagem e a auto-eficácia (Bandura, 1977). A teoria da aprendizagem social centra-se no processo de colocar-se no lugar do outro, pelos processos simbólicos e pelo de auto-regulação no funcionamento psicológico (Bandura, 1977).

Segundo este modelo, o comportamento humano faz parte de uma estrutura com três partes: comportamento, determinantes pessoais (que englobam factores cognitivos, afectivos e biológicos) e influências ambientais (Bandura, 1998). Desta forma, para que um comportamento seja alterado, o indivíduo terá que ter motivos para o fazer, recursos e suporte social (Bandura, 1998). O desejo de mudar não é suficiente, as competências do sujeito, as suas capacidades auto-directivas e o suporte social são fundamentais (Cardoso, 1999).

Segundo Bandura (1995), existe uma diferença entre ter determinadas competências e ser capaz de as utilizar efectiva e consistentemente perante situações adversas. Conseguir adoptar um comportamento implica também acreditar convictamente na capacidade própria para controlar esse comportamento, o que denomina auto-eficácia percebida (Bandura, 1995). Esta auto-eficácia percebida está relacionada com as crenças que o indivíduo tem acerca do auto-controlo, sobre a sua motivação, comportamento e suporte social (Bandura, 1995). Estas crenças influenciam o que escolhe fazer, o esforço que faz para o concretizar, a sua persistência perante as dificuldades e se opta por padrões de encorajamento/desencorajamento (Bandura, 1995).

Segundo Souza, Monteiro da Silva e Galvão (2002), na promoção da mudança ligada à saúde, é necessário fornecer às pessoas as razões para mudar mas também os meios para o fazer. O sucesso requer, não apenas habilidade de auto-motivação, auto-regulação e auto-direcção, mas também a crença na própria capacidade de exercer controlo (Souza, Monteiro da Silva e Galvão, 2002). Obviamente, sem convicção da sua própria

capacidade em manifestar os comportamentos, de crenças quanto à eficácia pessoal, as expectativas de resultado não são de grande utilidade (Bandura, 1974).

É evidente que quando um indivíduo exprime as suas expectativas positivas em determinada circunstância, refere-se, simultaneamente, aos dois princípios: acredita ser capaz de se comportar de determinada forma, sabendo que esses comportamentos serão benéficos para alcançar determinado objectivo (Maddux, 1995). Assim sendo, a percepção de auto-eficácia numa situação só se manifestará em relação aos comportamentos considerados importantes para concretizar determinado fim (Cardoso, 1999).

A mesma autora refere ainda que o mais complicado “não será ensinar às pessoas quais os comportamentos mais seguros, mas sim equipá-las com competências que lhes permitam adoptar esses comportamentos de forma efectiva e consistente, mesmo em situações complicadas” (p. 121). Frequentemente, principalmente os jovens, continuam a adoptar comportamentos de risco pela necessidade de se protegerem, pelo conflito de sentimentos e pelas pressões interpessoais, em que existe a coerção, a sedução, o desejo de aceitação social, a pressão do(a) companheiro(a), constrangimentos ou medo da rejeição (Bandura, 1995). Quanto mais baixa for a auto-eficácia percebida, mais influência têm estes factores sociais e afectivos (Bandura, 1995).

McKusick, Wiley, Coates e Morin (1986, citados por Bandura, 1995) realizaram um estudo com homossexuais, onde tentaram identificar alguns factores que influenciavam a existência de comportamentos de risco. Alguns dos factores identificados foram, o risco percebido de exposição ao vírus VIH, competências sociais e nível de auto-estima. No entanto, o maior preditor encontrado foi a auto-eficácia percebida para conseguir ter comportamentos de prevenção face ao risco de contrair a infecção pelo VIH.

Segundo a Teoria de Aprendizagem Social, qualquer programa que pretenda alterar comportamentos deverá considerar quatro factores fundamentais: informação; competências auto-reguladoras e auto-protectoras; treino de competências sociais e aumentos da resistência de auto-eficácia; criação de apoio social e de um ambiente que reforce as mudanças desejáveis (Bandura, 1995).

Em relação aos comportamentos de risco, a informação deve ser planeada e desenvolvida para que ajude ao aumento da consciência e conhecimento em relação aos

riscos (Bandura, 1995). Para isso, é fundamental o fornecimento de informação sobre SIDA, modos de transmissão, comportamentos de risco e prevenção, sobre gravidez na adolescência, consequências, riscos e alterações na vida das pessoas, entre outras referências (Cardoso, 1999). O objectivo não é assustar, mas sim transformar a preocupação em acções preventivas (Cardoso, 1999).

No que diz respeito à segunda componente, é importante desenvolver nos jovens competências que lhes permitam colocar em prática todos os comportamentos preventivos, até nas situações mais difíceis (Bandura, 1995).

Na terceira componente insere-se o treino de competências sociais adquiridas, que se torna importante, porque além de sedimentar competências, aumenta as crenças nas suas capacidades. (Bandura, 1995).

Por fim, o último factor mencionado diz respeito ao suporte social e está relacionado com a criação de um ambiente que permita e reforce os comportamentos saudáveis. Os jovens mudam o seu comportamento quando concluem que a forma como se comportam actualmente constitui um risco para sua saúde, quando lhe são ensinadas competências para controlarem as situações e quando acreditam que são capazes de controlar a situação (Bandura, 1995). No entanto, como as situações acontecem em interacção com os outros, com influências sociais, que podem ajudar, retardar ou impedir os esforços para mudar, estas devem ser consideradas (Cardoso, 1999).

Falando dos jovens, a influência social é um dos factores responsáveis por muitos comportamentos de risco (Bandura, 1995). Diversas vezes, os jovens, consideram mais fácil ter relações sexuais sem protecção do que discutir a prevenção de IST's com os companheiros (Fisher et al., 1992, cit. por Cardoso, 1999). Nestas idades a permeabilidade à influência do grupo é maior, o que associado à imaturidade e inexperiência, impede inúmeras vezes o indivíduo de ter capacidade para negociação de comportamentos de sexo mais seguro (Moore et al., 1996, cit. por Cardoso, 1999).

Mesmo tendo toda a informação e conhecimentos, é habitual o indivíduo continuar com os comportamentos de risco (Bandura, 1995). Isto acontece por razões interpessoais, socioculturais, religiosas e económicas (Bandura, 1995). As mulheres, por exemplo, têm que lidar, frequentemente com a resistência dos parceiros ao uso do preservativo, por

considerarem que diminui o seu prazer, masculinidade e autoridade, acabando por exercer sobre as mulheres uma pressão, alegando desconfiança em relação à sua fidelidade ou estado de saúde (Bandura, 1995). O medo de perder o namorado, o efeito punitivo por parte do grupo de pares que acusa o jovem de ter alguma doença, de ser “medricas”, também fazem com que corra riscos desnecessários (Moore et al., 1996, cit. por Cardoso, 1999). Esta realidade faz com que seja primordial uma mudança nas normas culturais.

O uso do preservativo por parte do homem constitui uma protecção que apenas depende do seu comportamento, enquanto na mulher o comportamento de protecção depende da sua capacidade de negociar o uso do preservativo com o companheiro, bem como a capacidade de se recusar a ter relações sexuais, caso o parceiro se recuse a utilizá-lo.

Paralelamente, as crenças de eficácia pessoal desenvolvem-se a partir das experiências diárias, principalmente as anteriormente bem sucedidas (Bandura, 1977). Estas constituem, a prova de que se consegue agir de determinada forma, para se atingir determinado fim (Bandura, 1977). As capacidades de auto-reflexão e auto-regulação, necessárias para a eficácia do comportamento, só podem ser desenvolvidas a partir da experiência, principalmente de experiências aliciantes, que são influenciadas pelos contextos de existência de cada um e pela eficácia das acções pessoais nestes contextos (Bandura, 1977). Uma forte eficácia pessoal percebida está relacionada com melhor saúde, maior realização pessoal e integração social (Bandura, 1977).

De facto inúmeros estudos têm comprovado que mais importante do que transmitir informação, é abranger as atitudes, os valores de cada um e a sua auto-eficácia (Basen Engquist & Parcel, 1992, cit. por Cardoso, 1999). Neste contexto, o Modelo (revisto) de crenças de saúde revela-se particularmente útil.

2.5. Auto-eficácia do Adolescente

A auto-eficácia é determinante no modo como as pessoas se comportam (Lavoura, Castellani e Machado, 2006). Segundo Bandura (1995), as doenças poderão ter diversas causas, mas muitas vezes são os comportamentos de risco, como fumar, ingerir álcool, consumir drogas e ter práticas sexuais de risco.

O mesmo autor refere a importância das constantes mudanças na sociedade e nas alterações que estas provocam nos hábitos de vida da população, que acabam muitas vezes por contribuir para o aumento destes comportamentos de risco. A facilidade com que hoje os jovens, mesmo menores, acedem a álcool, tabaco e até a outras drogas, é maior do que no passado (Bandura, 1995). Adicionalmente, os comportamentos sexuais de risco e o uso de drogas endovenosas tornaram-se um problema de saúde global, aumentando em simultâneo a epidemia que é considerada a SIDA (Ellickson & Hays, 1992, cit. por Bandura, 1995; Pryor & Reeder, 1993, cit. por Bandura, 1995).

Apesar do preservativo proteger do contágio de IST's por via sexual, ele apenas é utilizado por uma pequena parte da população (DesJarlais, 1992, cit. por Bandura, 1995; European Center, 1992, cit. por Bandura, 1995; Jemmott et al., 1992, cit. por Bandura, 1995). Os adolescentes/jovens, neste caso, representam um grupo importante, na área de promoção e prevenção, pelo facto de terem uma percepção errada dos riscos que correm. Uma parte considerável de jovens considera-se invulnerável perante o contágio pelo VIH (Bandura, 1995). Quando percebem que correm riscos, consideram-no muitas vezes um factor aliciante e têm valores que se elevam, como a aprovação dos pares (Bandura, 1995). Estudos recentes têm demonstrado que, por norma, os jovens revelam um optimismo irrealista em relação ao risco, o que, associado ao facto de associarem o VIH aos toxicodependentes e homossexuais, diminuiu a probabilidade de apresentarem comportamentos preventivos a este nível (Bandura, 1995).

No entanto, adoptar comportamentos saudáveis é uma tarefa difícil e manter esses comportamentos ao longo da vida também: “Moste people have a hard time making the decision to change, and an even harder time maintaining the adopted changes....”¹ (Bandura, 1995, p.261).

Vários estudos têm, todavia, demonstrado a importância da auto-eficácia como determinante na mudança de comportamentos na área da saúde. Souza et al. (2002), no seu estudo na área da higiene oral, demonstraram que auto-eficácia relativa à escovagem e à visita ao dentista se relacionam significativamente com o comportamento de saúde oral positivo.

¹ A maior parte das pessoas tem dificuldade em tomar a decisão de mudar e ainda mais dificuldade em manter as mudanças adoptadas.

Salveti et al. (2007), num estudo cujo objectivo era avaliar a percepção de auto-eficácia de pacientes com dor crónica e relacioná-la com variáveis como as características da dor e a presença de sintomas depressivos, verificaram que os pacientes com dor menos intensa e os doentes com menos sintomas depressivos apresentavam maior auto-eficácia.

Em relação aos comportamentos relacionados com a saúde sexual a auto-eficácia não é menos importante. Peipert et al. (2007), ao avaliarem factores associados à não utilização do método de barreira nas relações sexuais de mulheres com menos de 35 anos, numa amostra de 469 mulheres, constataram que a auto-eficácia relativa ao seu uso se revelou importante.

Crosby et al. (2007) estudando a prevalência de rompimento de preservativos e comportamentos associados, em 278 jovens do sexo masculino, verificaram que os que revelaram uma menor auto-eficácia relativa ao uso do preservativo foram aqueles que revelaram um aumento de rompimento do mesmo. Num outro estudo com uma amostra de 259 participantes, os autores verificaram que a crença de auto-eficácia está associada positivamente ao uso do preservativo (Bowen, Williams, Dearins, Timpson, & Ross, 2006). Por sua vez Hounton, Carabin e Henderson (2005) demonstraram que a crença de ineficácia do preservativo, influencia a sua não utilização.

Dilorio, McCarty e Denzmore (2006) realizaram um estudo exploratório que visava testar a influência de variáveis relacionadas com a Teoria Social e Cognitiva de auto-eficácia, numa intervenção sobre a comunicação relacionada com temas na área da sexualidade entre pai-filho. Nos 277 pais e respectivos filhos, com idades entre 11 e 14 anos, a auto-eficácia revelou-se uma variável que influenciava positivamente o diálogo sobre sexualidade entre pai-filho.

Li et al. (2004), com o objectivo de analisarem a relação entre o movimento de migração de zonas rurais para urbanas e o aumento de comportamentos de risco para VIH/IST's, aplicaram construtos baseados na Teoria da Motivação Protectora a 2153 migrantes chineses, sexualmente activos. Verificaram através deste estudo que a percepção do risco e da vulnerabilidade ao VIH e a auto-eficácia evitam os comportamentos de risco. Num outro estudo realizado com uma amostra de 3739 jovens, os autores concluíram que a percepção de auto-eficácia está relacionada com comportamentos de prevenção (Karim, Magnani, Morgan & Bond, 2003).

Num outro estudo, para identificar factores que determinam o uso inconsistente de preservativo por parte dos homens que recorrem a prostitutas para praticarem sexo, numa amostra de 229 indivíduos do sexo masculino, os resultados revelaram que os indivíduos que não usavam preservativo regularmente eram os que tinham menor percepção de auto-eficácia (Wee, Barret, Lian, Jayabaskar, & Chan, 2004). Por sua vez Houlding e Davidson (2003) demonstram numa amostra de 72 participantes que as crenças são importantes no uso do preservativo.

Ao estudar os factores que influenciam a população de Hong Kong a não utilizar preservativo e suas implicações na prevenção do VIH, numa amostra de 1508 residentes, verificou-se que os indivíduos com maior nível de percepção de auto-eficácia acerca do uso de preservativo usavam-no com maior frequência (Abdullah, Fielding, Hedley, Ebrahim, & Luk, 2002). Também van Empelen, Schaalma, Kok e Jansen (2001), noutro estudo, concluíram que a auto-eficácia é determinante para o uso de preservativo.

Como se verifica, a auto-eficácia é uma variável de inquestionável importância na compreensão da formação e alteração de comportamentos dos jovens, tomando particular interesse na área da saúde, pelos comportamentos de risco inseridos no estilo de vida que o ser humano adopta.

Não foi, todavia, identificado nenhum estudo que tentasse relacionar as atitudes sexuais com a auto-eficácia, dois importantes determinantes do comportamento, nomeadamente sexual.

2.6. Auto-eficácia e Características Sócio-demográficas do Adolescentes

Verificou-se após a análise de alguns artigos, que existem poucos estudos que foquem a correlação entre a Auto-eficácia Geral com variáveis sócio-demográficas. A grande parte dos estudos utiliza escalas de auto-eficácia específicas ao tema do estudo, quer seja o uso do preservativo, a adesão a tratamentos médicos ou terapêuticos ou outros da área do desporto ou educação. Sendo assim alguns dos estudos referenciados não se referem à auto-eficácia geral, sendo no entanto aqui referidos por se considerar irem de encontro ao tema do presente estudo e por justificarem a pertinência desta variável nos comportamentos humanos.

Auto-eficácia e Sexo. No estudo realizado por Souza e Souza (2004) cujo objectivo foi a validação de uma Escala de Auto-eficácia Geral, numa amostra de 283 indivíduos com idade média de 22 anos, os autores concluíram que o sexo biológico não possui influência significativa sobre a Auto-eficácia Geral.

Num outro estudo na área do desporto os autores não obtiveram diferenças significativas de auto-eficácia entre os atletas de ambos os sexos, já que tanto os homens quanto as mulheres mantiveram uma média relativamente igual de pontuação de auto-eficácia pessoal (Lavoura, Castellani, & Machado, 2006).

Auto-eficácia e Idade. Rogado e Leal (2000) no seu estudo jovens portuguesas Cabo-verdianas concluíram que a idade das jovens estava relacionada de forma positiva com as crenças e com a auto-eficácia relacionada ao uso do preservativo.

Auto-eficácia e Iniciação Sexual. A idade de início da vida sexual mostrou estar positivamente relacionada com as crenças e com a auto-eficácia e negativamente com os comportamentos sexuais de risco o que pode indiciar que quanto mais tarde se dá o início da actividade sexual maior é a percepção de auto-eficácia em relação ao uso do preservativo e menor é a probabilidade de comportamentos sexuais de risco (Rogado & Leal, 2000)

Auto-eficácia e Religião e Auto-eficácia e Prática Religiosa. Existem já vários estudos que correlacionam a religião à saúde de uma forma geral, e que revelam que a religião pode estar relacionada com bons índices de saúde mental e de saúde em geral (Paiva, 2007).

Estudos realizados revelam que no quotidiano as pessoas buscam, por diversas vezes, na religião e prática religiosa, a força positiva para encarar as dificuldades com que se deparam na vida em geral, e mais concretamente, nas questões relacionadas com a saúde (Pargament, 1997).

Segundo Pargament (1996), a religião dota o indivíduo de capacidades que perante as dificuldades e adversidades das situações que parecem fugir ao seu controlo, lhes permitem agir e entendê-las de uma forma diferente quando comparados com indivíduos sem religião.

Apesar destes factos não foram encontrados estudos que correlacionassem a religião e prática religiosa com a Auto-eficácia Geral.

Capítulo III – Estudo Empírico

3.1. Objectivos, Hipóteses, Variáveis e *Design* do Estudo

Tendo em consideração a revisão da literatura efectuada, cuja síntese se apresentou, o presente estudo tem como objectivos:

- a) Identificar atitudes sexuais de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior;
- b) Analisar a relação entre estas atitudes sexuais e variáveis sócio-demográficas (Sexo, Idade, Início da actividade sexual, Religião e Prática Religiosa);
- c) Analisar a relação entre estas atitudes sexuais e a auto-eficácia geral;
- d) Identificar o nível de auto-eficácia geral de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior;
- e) Analisar a relação entre esta auto-eficácia e variáveis sócio-demográficas (Sexo, Idade, Início da actividade sexual, Religião e Prática Religiosa);

Na sequência dos objectivos supra-citados, foram colocadas as seguintes hipóteses:

H1 – As atitudes sexuais de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior diferem em função do sexo.²(Alferes, 1994; Almeida, 1996, cit. por Antunes, 2007; Antunes, 2007; Crepault, & Gemme, 1975, cit. por Claes, 1990; Glass, & Wright, 1992; Rioux-Marquis, 1977, cit. por Claes, 1990; Simon, & Gagnon, 1986; Shofield, 1965, cit. por Claes, 1990; Roche, 1986, cit. por Antunes, 2007; Vasconcelos, 1998).

H2 – As atitudes sexuais de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior diferem em função da idade (Antunes, 2007).

² Em todas as hipóteses as atitudes sexuais dos estudantes são operacionalizadas com base no valor total da Escala de Atitudes Sexuais (através da exclusão dos itens recomendados pelo autor).

H3 - As atitudes sexuais de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior que já iniciaram a sua actividade sexual diferem das atitudes sexuais de estudantes que ainda não iniciaram (Antunes, 2007).

H4 – As atitudes sexuais de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior diferem em função da religião (Alferes, 1994; Antunes, 2007; Vasconcelos, 1998).

H5 - As atitudes sexuais de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior diferem em função da sua prática religiosa (Alferes, 1994; Antunes, 2007; Alvarez, 2000, cit. por Antunes, 2007; Cullari, & Mirkus, 1990, cit. por Antunes, 2007; Roche, & Ramsbey, 1993, cit. por Antunes, 2007; Vasconcelos, 1998).

H6 – As atitudes sexuais de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior diferem em função da sua auto-eficácia geral (Não foram encontrados estudos que estudassem esta correlação).

H7 – A Auto-eficácia Geral³ de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior diferem em função do sexo (Lavoura, Castellani, & Machado, 2006; Rogado, & Leal, 2000; Souza, & Souza, 2004).

H8 - A Auto-eficácia Geral de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior difere em função da idade (Rogado, & Leal, 2000).

H9 - A Auto-eficácia Geral de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior difere em função da iniciação sexual (Rogado, & Leal, 2000).

H10 - A Auto-eficácia Geral de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior diferem em função da religião (Não foram encontrados estudos que estudassem esta correlação) .

H11 – A Auto-eficácia Geral de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior diferem em função da prática religiosa (Não foram encontrados estudos que estudassem esta correlação).

Deste modo, considerando que existem inúmeras variáveis que podem estar relacionadas com as Atitudes Sexuais e Auto-eficácia, o presente estudo focaliza-se apenas

³ Em todas as hipóteses a auto-eficácia geral dos estudantes é operacionalizada tendo em consideração o valor total da Escala de Auto-eficácia Geral (de acordo com as orientações do autor).

em algumas delas, consideradas por diversos autores directamente associadas às mesmas. Consequentemente, a variável principal deste estudo são as Atitudes Sexuais e a Auto-eficácia Geral, considerando variáveis secundárias: o Sexo; a Idade; o Início da actividade sexual; a Religião e a Prática Religiosa.

Em conclusão, este estudo propõe-se, de uma forma geral, analisar as Atitudes Sexuais a Auto-eficácia Geral de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior, sendo considerado um estudo observacional pela não manipulação das variáveis, descritivo-transversal, uma vez que tem como objectivo recolher dados de uma determinada população, num único momento de recolha de dados (Ribeiro, 1999). Em relação à abordagem na recolha e tratamento de dados, recorrer-se-á ao método quantitativo.

3.2. Método

3.2.1 Participantes

Os participantes do presente estudo são 223 estudantes do 1.º ano do Ensino Superior que cumpriam os seguintes requisitos: estar matriculado no primeiro ano do Ensino Superior na Escola Superior de Saúde do Instituto Piaget de Vila Nova de Gaia (ESSIPVNG) e aceitar participar no estudo.

Esta amostra de participantes é uma amostra não probabilística e acidental, de conveniência.

A maior parte dos participantes: são do sexo feminino; têm entre 18 e 24 anos; são solteiros; estudantes de enfermagem; apenas estudantes (estatuto profissional); nunca assistiu a sessões de educação para a saúde sobre temas relacionados com a sexualidade sem ser no âmbito das aulas. Entre os que assistiram a tais sessões, o conteúdo mais citado foi “métodos contraceptivos”.

Adicionalmente a maior parte dos participantes, quando tem dúvidas sobre temas relacionados com a sexualidade, procura informações na Internet, falando sobre esses temas principalmente com os amigos.

A maior parte dos inquiridos também já iniciou a sua actividade sexual, mas não frequentou e/ou frequenta nenhuma consulta de PF.

Quanto a questões religiosas, a maior parte dos respondentes tem religião, são católicos, mas não são praticantes, ainda que a percentagem de praticantes seja muito próxima dos não praticantes. A caracterização sócio-demográfica mais pormenorizada dos participantes está patente na tabela 1.

Tabela 1 – *Caracterização Sócio-demográfica*

Características	<i>n</i>	%
Grupo Etário		
18-24	205	91,9
25-30	12	5,4
31-46	6	2,7
Estado Civil		
Solteiro (a)	212	95,1
União de Facto	1	0,4
Casado (a)	8	3,6
Divorciado (a)	2	0,9
Educação para a Saúde		
Nunca	92	41,3
Raramente	67	30,0
Algumas Vezes	59	26,5
Muitas Vezes	5	2,2
Conteúdos das Sessões sobre Sexualidade		
Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor	62	27,7
Fecundação e reprodução humana	74	35,9
Métodos Contraceptivos	117	52,4
Infecções Sexualmente Transmissíveis	115	51,5
Local de Procura de Informação		
Internet	146	65,3
Livros	60	26,8
Folhetos	28	12,4

Revistas	22	9,8
Com quem falam sobre sexualidade		
Amigos	176	78,6
Pais	68	30,2
Profissionais de Saúde	63	28
Namorado(a)/Esposo(a)	32	14,8
Irmãos	19	8,4
Ninguém	8	3,6
Professores	8	3,6
Iniciação Sexual		
Sim	159	71,30
Não	63	28,25
Não Respondeu	1	0,45
Frequência de Consultas de PF		
Sim	57	25,57
Não	164	73,54
Não Respondeu	2	0,9
Religião		
Sim	201	90,13
Não	20	8,97
Não respondeu	2	0,9
Qual a Religião (N=201)		
Católica	181	90,05
Budista	1	0,5
Evangélica	1	0,5
Não respondeu	18	8,96
Prática Religiosa (N=183)		
Praticante	89	48,6
Não praticante	94	51,4

A média de idade dos participantes situa-se nos 20,19 anos (min-max.: 18 – 46); a mediana é de 19, e o desvio padrão tem um valor de 3,87. Adicionalmente, a profissão mais frequente é a de auxiliar de acção médica (2 estudantes), havendo no entanto outros

profissionais como jogadores de futebol, professores do ensino básico, terapeutas da fala e funcionários da área comercial e hotelaria.

É ainda de referir que, das 170 raparigas, 69,4% refere ter iniciado a actividade sexual, enquanto nos rapazes a percentagem passa para 78,8%. Verifica-se desta forma que, nos estudantes do 1.º ano do ensino superior desta amostra, a percentagem maior de "virgens" corresponde ao sexo feminino.

3.2.2 Material

Os instrumentos utilizados foram seleccionados tendo em consideração os objectivos do estudo e o método da investigação. Por conseguinte, neste estudo foram utilizados 3 instrumentos: um Questionário Sócio-demográfico, elaborado para o efeito; a adaptação portuguesa de Alferes (1999) da Escala de Atitudes Sexuais (E.A.S); e a adaptação portuguesa de Ribeiro (1995) da Escala de Avaliação de Auto-eficácia Geral (EAEG)⁴.

Questionário Sócio - Demográfico. O Questionário Sócio-demográfico elaborado para o presente estudo é constituído por 13 questões. As primeiras 6 questões têm como objectivo permitir a caracterização dos participantes, focando o sexo, a idade, o estado civil, curso, o estatuto profissional e a profissão. As seguintes 7 questões permitem obter informações acerca da participação em sessões de educação para a saúde sobre temas relacionados com a sexualidade e seus conteúdos, fontes de informações acerca da sexualidade, início de actividade sexual, frequência de consulta de PF, religião e prática religiosa.

Escala de Atitudes Sexuais (EAS) de Hendrick e Hendrick (1987) - adaptação Portuguesa de Alferes (1999). Esta escala foi desenvolvida nos anos 80 do século XX (1983/84) para ser aplicada na sociedade americana, no âmbito de estudos relativos ao duplo padrão sexual, sendo os resultados relatados por Hendrick e Hendrick, Slapion-Foote e Foote (1985). Foi posteriormente adaptada à população portuguesa por Alferes (1999), para aplicação num estudo sobre valores, atitudes e comportamentos sexuais dos

⁴ Por questões éticas e por indicação da orientadora, um exemplar do protocolo utilizado e os comprovativos da obtenção das devidas autorizações são apresentadas num dossier à parte.

estudantes do Ensino Superior, sofrendo algumas alterações de acordo com a análise factorial efectuada pelo autor. As subescalas utilizadas no presente estudo são as da versão portuguesa de Alferes (1999).

A escala é constituída por 43 itens, cotados de 1 (completamente em desacordo) a 5 (completamente de acordo), à excepção dos itens 19, 20 e 21 em que a escala é invertida (completamente de acordo = 1 (...) completamente em desacordo = 5). Estes 43 itens são divididos em 4 subescalas (em que uma se subdivide em duas), que permitem avaliar as atitudes sexuais em 5 dimensões (Alferes, 1999):

Permissividade (PER) – refere-se ao sexo ocasional, sexo sem compromisso, diversidade e simultaneidade de parceiros sexuais, sendo constituída pelos itens 1, 3, 5, 7, 9, 11, 15, 17, 27, 29, 37 e 39;

Instrumentalidade (INS) – atitude de orientação para o sexo utilitário, visando a obtenção de prazer meramente físico, avaliado pelo itens 6, 12, 18, 31, 32, 40 e 43.

Comunhão (COM) – reflecte atitudes para com o sexo como experiência íntima física e psicológica, partilha, envolvimento e idealismo (itens 4, 10, 16, 20, 22, 25, 26, 30, 36, 38 e 42);

Práticas Sexuais (PRA) – atitudes face ao planeamento familiar e à educação sexual e aceitação de práticas como a masturbação, sexo não convencional, ou seja práticas que frequentemente são socialmente condenáveis. Esta escala é subdividida em duas escalas: “Responsabilidade Sexual” (RESP) (itens 2, 8, 14 e 28) e “Não Convencionalidade Sexual” ou “Sexo Impessoal”/ impessoalidade sexual (IMP) (itens 13, 19, 21, 23, 24, 33, 34 35 e 41).

De acordo com as orientações do autor da versão portuguesa são tomados como índices das atitudes sexuais dos participantes as respectivas pontuações nos 5 factores ou subescalas (Alferes, 1999). No entanto e também seguindo orientações do mesmo autor, para utilização da EAS não recorrendo ao resultado da análise factorial, mas utilizando também o valor do somatório das dimensões, devem excluir-se os itens 13, 21 e 28 (COM); 16 (INS); 18 e 27 (IMP), sendo que este somatório obteve um $\alpha = 0,83$ (Alferes, 1997). Em relação às dimensões, estes valores são de 0,83 para a PER; 0,71 para a COM; 0,65 para a INS; 0,58 para a IMP e 0,53 para a RESP (Alferes, 1999).

É solicitado aos jovens que indiquem, em cada uma das afirmações, o grau de intensidade (1 a 5) que corresponde às suas opiniões, pensamentos ou sentimentos, sendo que valores de concordância elevados reflectem atitudes positivas e utilitárias sobre a sexualidade e baixos resultados reflectem o oposto (Antunes, 2007).

Desta forma, as subescalas podem ter atingir valores entre: PER – 12 a 60; INS – 6 a 30; COM- 9 a 45; IMP- 6 a 30; e RESP - 4 a 20; a EAS, na sua totalidade pode atingir assim valores mínimos de 37 e máximos de 185 (Alferes, 1999).

Escala de Auto da Auto-Eficácia Geral (EAEG) de Sherer et al. (1982) versão Portuguesa de Ribeiro (1995). Esta escala foi adaptada do *the Self-Efficacy Scale* de Sherer et al. (1982 cit. por Ribeiro, 1995), no âmbito da Psicologia da Saúde, com uma população jovem e deve ser considerada como uma escala de avaliação da auto-eficácia geral.

É solicitado aos participantes que das afirmações, indiquem qual a resposta que mais se adequa, de acordo com o que pensa de si próprio.

Esta escala é constituída por 15 itens, cotados de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) à excepção dos itens 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14 e 15, que são invertidos (Ribeiro, 1995).

Esta escala divide-se em 3 subescalas ou factores (Ribeiro, 1995): factor "Iniciação e Persistência" (IP), que qualifica a apreciação que o indivíduo faz acerca da sua vontade para iniciar e para completar uma acção (itens, 1, 5, 6, 7, 14 e 15); factor "Eficácia perante a Adversidade" (EPA), que indica a vontade para persistir numa actividade perante situações que são adversas (itens, 2, 4, 8, 9, 12); e o factor "Eficácia Social"(ES), que qualifica as expectativas do indivíduo perante situações sociais (itens, 3, 10, 11 e 13) (Ribeiro, 1995).

De salientar que os autores da versão original construíram itens para avaliar três dimensões: a) vontade para iniciar a acção; b) vontade para persistir no esforço até terminar a acção; e c) persistência perante a adversidade (Ribeiro, 1995).

O valor de cada subescala corresponde ao somatório dos seus itens e a Auto-eficácia Geral ao somatório das 3 subescalas, podendo a Auto-eficácia Geral ter valores

compreendidos entre 15 e 105 (Ribeiro, 1995). No seu estudo, para adaptação à população portuguesa, Ribeiro (1995) procedeu à análise factorial dos itens da escala e avaliou a sua consistência, obtendo valores de $\alpha = 0,84$ para a escala total, de $\alpha = 0,80$ para a subescala IP, $\alpha = 0,80$ para a EPA e $\alpha = 0,60$ para a ES.

3.2.3. Procedimentos

Numa primeira fase, foram obtidas as autorizações da Direcção da ESSIPVNG para realização do presente estudo.

Na fase seguinte, e de acordo com o horário dos estudantes dos diferentes cursos, foram seleccionadas disciplinas em que teria lugar a recolha de dados. Os docentes das disciplinas foram contactados e, após a sua concordância, foram disponibilizados entre 30 a 45 minutos do início da aula para obtenção do consentimento informado e aplicação do protocolo de avaliação, ambas a cargo da autora do presente estudo. A única excepção aconteceu na turma de radiologia em que parte considerável da turma se encontrava ausente no momento da recolha de dados. Por necessidade a coordenadora do curso aplicou novamente o protocolo de avaliação à restante turma.

Os alunos participaram no estudo de forma voluntária, sendo que na folha inicial o seu consentimento teve que ser dado através da sinalização com um X, de forma a garantir o seu anonimato. Os 2 alunos que por lapso ou opção não o fizeram foram excluídos do estudo.

Para o tratamento e análise dos dados utilizou-se o programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para o Windows.

Nas variáveis a estudar aplicou-se, antes da utilização dos testes estatísticos, o teste de Kolmogorov-Semirnov, incluindo a correcção de Lilliefors, para verificar a distribuição de normalidade dos seus resultados. Nenhuma das variáveis apresentava distribuição normal ($p \leq 0,05$), pelo que se utilizaram testes não paramétricos neste estudo (correlação bivariada de Spearman e teste de Mann-Whitney).

3.3. Análise das Atitudes Sexuais dos Participantes

No que toca ao primeiro objectivo do presente estudo (“identificar as atitudes sexuais de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior”), verifica-se, pelos dados descritos na tabela 2, que a dimensão em que foi atingido o valor mais elevado é a dimensão das atitudes sexuais de responsabilidade, que atingiu o valor mais elevado possível da subescala, com valores de *mediana* de 18 e um *desvio padrão* de 2,261. A subescala em que foi atingido o valor mais baixo é a das atitudes sexuais de permissividade com valores de mediana de 27, sendo o valor máximo possível da escala de 60. O valor médio da EAS na sua totalidade foi de 110,161 e mediana de 109, com um desvio padrão de 15,887. Desta forma, os participantes, do presente estudo, não revelaram atitudes demasiado utilitárias em relação ao sexo, demonstrando atitudes sexuais de maior responsabilidade.

Vários estudos realizados têm demonstrado a alteração das atitudes dos jovens e até da sociedade, perante a sexualidade. Nos anos 60 aconteceu uma liberalização sexual, principalmente no que se refere ao sexo pré-marital, fundamentalmente nas mulheres. Hoje e após uma série de realidades, como as IST’s, parece haver maior “contenção” em ambos os sexos (Antunes, 2007). Também Neto (2000), afirma que na última década tem-se verificado atitudes mais cautelosas que parecem considerar mais a dimensão sexual no contexto da sua relação total.

Tabela 2 – Valores Obtidos pelos Participantes na EAS

(Sub)escalas	N	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>
		(Mínimo Possível)	(Máximo Possível)			
Escala de Atitudes Sexuais	223	75 (37)	157 (185)	110,161	109	15,887
Permissividade	223	12 (12)	49 (60)	27,426	27	8,433
Comunhão	223	20 (9)	45 (45)	35,946	36	4,987
Instrumentalidade	223	7 (6)	28 (30)	15,139	15	4,387
Impessoalidade	223	6 (6)	25 (30)	13,888	14	3,828
Responsabilidade	223	8 (4)	20 (20)	17,762	18	2,261

3.4. Análise dos Correlatos das Atitudes Sexuais dos Participantes

Atitudes Sexuais e Sexo. O segundo objectivo deste estudo era analisar a relação entre o sexo dos estudantes do 1.º ano do Ensino Superior e variáveis Sócio-demográficas (sexo, idade, iniciação sexual, religião e prática religiosa as atitudes sexuais). Adicionalmente, a H1 defendia que “ As atitudes sexuais de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior diferem em função do sexo”. Para testar esta hipótese utilizou-se o teste de Mann-Whitney.

Como se verifica pela análise da Tabela 3, a hipótese foi confirmada, verificando-se uma diferença estatisticamente significativa ($P \leq 0,05$) entre os sexos na EAS total. Em todas as subescalas, os valores de mediana são mais elevados nos rapazes, com uma diferença maior na escala Permissividade, verificando-se assim que os rapazes manifestam atitudes mais utilitárias em relação ao sexo do que as raparigas, revelando atitudes de maior concordância perante o sexo ocasional, sexo sem compromisso e diversidade de parceiros. A única excepção refere-se à subescala Responsabilidade, onde as raparigas têm valores de mediana mais elevados comparativamente aos rapazes, demonstrando assim, maior concordância em relação ao planeamento familiar e educação sexual.

Estes resultados vão de encontro aos já encontrados por Alferes (1997) e Antunes (2007) que encontraram valores mais altos no sexo masculino em relação ao sexo ocasional, permissivo e impessoal e no sexo feminino valores mais altos em relação às atitudes relacionadas com responsabilidade sexual. Também Rioux-Marquis (1977, cit. por Claes, 1990.) verificaram no seu estudo, que mais de metade dos participantes do sexo masculino consideravam que a contracepção era assunto de mulheres.

Por sua vez, Crepault e Gemme (1975, cit. por Claes, 1990) concluíram no seu estudo que as atitudes sexuais das mulheres são muito mais determinadas pelos padrões sociais e parentais, dando maior importância aos sentimentos na relação sexual do que os homens. Outras investigações como as de Simon e Gagnon (1986) e Glass e Wright (1992) indicam que os homens aceitam melhor as relações sexuais apenas para obtenção de prazer físico, enquanto as mulheres valorizam mais o envolvimento amoroso e a relação afectiva como pré-requisito para ter relações sexuais.

A única subescala onde não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os sexos é a que se refere a atitudes relacionada com a "comunhão, envolvimento e partilha" ($P=0,169$), apesar dos valores de mediana se manterem mais elevados no sexo masculino, o que vai de encontro ao que Roche (1986, cit. por Antunes, 2007) e Almeida (1996, cit. por Antunes) defendem ao afirmar que cada vez mais, ambos os sexos, parecem procurar relacionar-se com alguém por quem estão apaixonados. Também Alferes (1997) verificou no seu estudo que em relação a esta dimensão os sexos não se diferenciam.

Em relação a este ponto concluímos que se mantém ainda o duplo padrão sexual, ou seja ainda existem muitas diferenças entre cada um dos sexos na forma como perspectivam e vivenciam o sexo, apesar da diminuição das diferenças que se têm verificado nos últimos anos. As ideologias relacionadas com o género continuam a privilegiar os homens, orientando a sua educação sexual para valores como a virilidade e compulsão sexual enquanto as mulheres continuam a ser educadas de forma mais conservadora e pudica em relação ao sexo (Vasconcelos, 1998). Continua a existir um estereótipo social em relação à sexualidade no homem e na mulher.

Tabela 3 – *Comparação dos valores Obtidos na EAS em Função do Sexo*

Dimensões	Sexo	<i>n</i>	Média Postos	<i>Md</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>P</i>																																																								
Escala de Atitudes Sexuais	Masculino	52	121,135	119,5	2220,000	-5,4.65	0,000																																																								
	Feminino	171	106,825	106				Permissividade	Masculino	52	34,173	35	1883,000	-6,297	0,000	Feminino	171	25,374	24	Comunhão	Masculino	52	36,750	37,5	3887,000	-1,375	0,169	Feminino	171	35,702	36	Instrumentalidade	Masculino	52	16,712	16	3241,000	-2,964	0,003	Feminino	171	14,661	14	Impessoalidade	Masculino	52	16,750	17	1959,000	-6,124	0,000	Feminino	171	13,016	13	Responsabilidade	Masculino	52	16,750	17,5	3257,500	-2,970	0,003
Permissividade	Masculino	52	34,173	35	1883,000	-6,297	0,000																																																								
	Feminino	171	25,374	24				Comunhão	Masculino	52	36,750	37,5	3887,000	-1,375	0,169	Feminino	171	35,702	36	Instrumentalidade	Masculino	52	16,712	16	3241,000	-2,964	0,003	Feminino	171	14,661	14	Impessoalidade	Masculino	52	16,750	17	1959,000	-6,124	0,000	Feminino	171	13,016	13	Responsabilidade	Masculino	52	16,750	17,5	3257,500	-2,970	0,003	Feminino	171	18,070	19								
Comunhão	Masculino	52	36,750	37,5	3887,000	-1,375	0,169																																																								
	Feminino	171	35,702	36				Instrumentalidade	Masculino	52	16,712	16	3241,000	-2,964	0,003	Feminino	171	14,661	14	Impessoalidade	Masculino	52	16,750	17	1959,000	-6,124	0,000	Feminino	171	13,016	13	Responsabilidade	Masculino	52	16,750	17,5	3257,500	-2,970	0,003	Feminino	171	18,070	19																				
Instrumentalidade	Masculino	52	16,712	16	3241,000	-2,964	0,003																																																								
	Feminino	171	14,661	14				Impessoalidade	Masculino	52	16,750	17	1959,000	-6,124	0,000	Feminino	171	13,016	13	Responsabilidade	Masculino	52	16,750	17,5	3257,500	-2,970	0,003	Feminino	171	18,070	19																																
Impessoalidade	Masculino	52	16,750	17	1959,000	-6,124	0,000																																																								
	Feminino	171	13,016	13				Responsabilidade	Masculino	52	16,750	17,5	3257,500	-2,970	0,003	Feminino	171	18,070	19																																												
Responsabilidade	Masculino	52	16,750	17,5	3257,500	-2,970	0,003																																																								
	Feminino	171	18,070	19																																																											

Atitudes Sexuais e Idade. Pretendeu-se também verificar se as atitudes sexuais dos estudantes estavam relacionadas com a idade (H2). Através da Tabela 4, constata-se que não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre nenhuma das subescalas, ou a EAS completa, concluindo-se que a hipótese foi infirmada. No entanto, verifica-se que com o aumento da idade aumentam os níveis de concordância em todas elas. As exceções surgem nas dimensões "Comunhão" e "Impessoalidade", onde a correlação existe no sentido inverso, ou seja, os estudantes com menos idade relatam maior concordância com atitudes sexuais de comunhão e envolvimento afectivo e de instrumentalidade, o que se justifica pela grande percentagem de jovens de 18 e 19 anos da amostra.

Já Antunes (2007) encontrou, no seu estudo, diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de permissividade e instrumentalidade, o que sugeriu que os mais velhos tinham atitudes de maior concordância com o sexo ocasional e sem compromisso, enquanto os mais novos pontuam mais alto nas atitudes face ao planeamento familiar e educação sexual, ou seja, de responsabilidade sexual.

Tabela 4 - *Correlações de Spearman entre os Valores Obtidos na EAS e a Idade*

Dimensões	Idade	
	r_s	P
Escala de Atitudes Sexuais	0,033	0,622
Permissividade	0,057	0,394
Comunhão	-0,013	0,846
Instrumentalidade	-0,001	0,986
Impessoalidade	0,042	0,533
Responsabilidade	0,016	0,815

Atitudes Sexuais e Início da Actividade Sexual. Em relação ao início da actividade sexual, conclui-se que existem diferenças significativas apenas na subescala *comunhão, envolvimento e partilha afectiva* (conforme a Tabela 5), o que se justifica analisando o tipo de questões desta subescala que focam atitudes de partilha a dois, de afectividade e idealismo relativamente ao sexo, talvez de difícil de avaliação para quem nunca teve essa experiência. Analisando a Tabela 5 verifica-se ainda que os valores de mediana são realmente muito próximos nos estudantes que iniciaram e os que não iniciaram a actividade sexual. Desta forma, não havendo diferenças estatisticamente significativas na EAS entre os participantes com e sem experiência sexual, pode afirmar-se que a H3 (“As atitudes sexuais de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior que já iniciaram a sua actividade sexual diferem das atitudes sexuais de estudantes que ainda não iniciaram”) foi infirmada.

É de frisar, no entanto, que apesar dos dados não serem estatisticamente significativos, verifica-se que os participantes que já iniciaram a sua actividade sexual apresentam valores de mediana mais elevados nas atitudes face à permissividade, prática de sexo ocasional e sem compromisso enquanto que os que ainda não iniciaram a sua actividade sexual, revelam atitudes de maior responsabilidade e instrumentalidade. Em relação à impessoalidade os valores de mediana igualam-se.

Antunes (2007) obteve resultados semelhantes no seu estudo, em que os jovens que já haviam iniciado a sua actividade sexual, demonstraram atitudes de maior permissividade, comunhão, partilha e envolvimento, no entanto obteve correlações estatisticamente significativas. No mesmo estudo a autora também verificou que os jovens sem prática sexual parecem revelar atitudes de maior concordância com a educação sexual e planeamento familiar.

Tabela 5 – *Comparação dos Valores Obtidos na EAS em função da Iniciação Sexual*

Atitudes Sexuais e Religião. Em relação à religião, no presente estudo verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre quem tem e quem não tem

Dimensões	Iniciação Sexual	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>P</i>
Escala de Atitudes Sexuais	Não	63	107,746	106	4373,000	-1,473	0,141
	Sim	159	111,208	110			
Permissividade	Não	63	24,206	26	4516,000	-1,143	0,253
	Sim	159	27,855	27			
Comunhão	Não	63	33,587	33	2932,500	-4822	0,000
	Sim	159	36,981	38			
Instrumentalidade	Não	63	15,873	16	4334,500	-1,566	0,117
	Sim	159	14,855	15			
Impessoalidade	Não	63	14,048	14	4885,500	-0,286	0,775
	Sim	159	13,849	14			
Responsabilidade	Não	63	18,0317	19	4562,000	-1,052	0,292
	Sim	159	17,667	18			

religião ao nível das atitudes sexuais (EAS total), confirmando-se a H4. De facto, verifica-se que os participantes que referiram não ter religião têm valores de mediana mais elevados, do que os que manifestaram ter religião nas subescalas de Permissividade, Instrumentalidade e Impessoalidade, cujas questões estão relacionadas com o sexo ocasional, pré-marital, multiplicidade de parceiros, sexo meramente como obtenção de prazer físico, relações extraconjugais e sexo como forma de obtenção de bens materiais. Em relação às subescalas Comunhão e Responsabilidade, verifica-se que as diferenças não são estatisticamente significativas (conforme Tabela 6). Desta forma, pode afirmar-se que os estudantes sem religião demonstraram atitudes mais utilitárias perante o sexo.

Vários estudos referem a religião como uma das forças modeladoras das atitudes sexuais (Antunes, 2007). A religião normalmente fomenta modelos tradicionais de família, baseados na fidelidade, comunhão e fusão do casal. Neste estudo, apesar dos jovens sem religião terem atitudes mais utilitárias perante o sexo, quando se fala destes valores de comunhão, afectividade e responsabilidade sexual, não há diferenças significativas entre os dois grupos. Tal sugere então que a religião continua a ter um peso considerável na forma como o ser humano vivência a sexualidade. No entanto, essa possível influência parece, neste estudo, ser mais importante na modelação de atitudes sexuais mais conservadoras, não parecendo ter grande influência nas atitudes relacionadas com a Comunhão e Responsabilidade sexual.

Como apenas 2 participantes referiram ter outra religião que não a Católica, não se analisou a escolha religiosa.

Tabela 6 – *Comparação dos Valores Obtidos na EAS em Função de Ter ou Não Religião*

Dimensões	Religião	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>																																																								
Escala de Atitudes Sexuais	Não	27	118,148	120	1631,000	-2,554	0,011																																																								
	Sim	174	109,190	108,500				Permissividade	Não	27	32,222	32	1481,500	-3,088	0,002	Sim	174	26,586	26	Comunhão	Não	27	36,482	38	2240,500	-0,387	0,699	Sim	174	36,207	36	Instrumentalidade	Não	27	16,740	17	1671,500	-2,416	0,016	Sim	174	14,902	15	Impessoalidade	Não	27	15,407	16	1670,000	-2,423	0,015	Sim	174	13,667	13	Responsabilidade	Não	27	17,296	18	2167,000	-0,659	0,510
Permissividade	Não	27	32,222	32	1481,500	-3,088	0,002																																																								
	Sim	174	26,586	26				Comunhão	Não	27	36,482	38	2240,500	-0,387	0,699	Sim	174	36,207	36	Instrumentalidade	Não	27	16,740	17	1671,500	-2,416	0,016	Sim	174	14,902	15	Impessoalidade	Não	27	15,407	16	1670,000	-2,423	0,015	Sim	174	13,667	13	Responsabilidade	Não	27	17,296	18	2167,000	-0,659	0,510	Sim	174	17,828	18								
Comunhão	Não	27	36,482	38	2240,500	-0,387	0,699																																																								
	Sim	174	36,207	36				Instrumentalidade	Não	27	16,740	17	1671,500	-2,416	0,016	Sim	174	14,902	15	Impessoalidade	Não	27	15,407	16	1670,000	-2,423	0,015	Sim	174	13,667	13	Responsabilidade	Não	27	17,296	18	2167,000	-0,659	0,510	Sim	174	17,828	18																				
Instrumentalidade	Não	27	16,740	17	1671,500	-2,416	0,016																																																								
	Sim	174	14,902	15				Impessoalidade	Não	27	15,407	16	1670,000	-2,423	0,015	Sim	174	13,667	13	Responsabilidade	Não	27	17,296	18	2167,000	-0,659	0,510	Sim	174	17,828	18																																
Impessoalidade	Não	27	15,407	16	1670,000	-2,423	0,015																																																								
	Sim	174	13,667	13				Responsabilidade	Não	27	17,296	18	2167,000	-0,659	0,510	Sim	174	17,828	18																																												
Responsabilidade	Não	27	17,296	18	2167,000	-0,659	0,510																																																								
	Sim	174	17,828	18																																																											

Atitudes Sexuais e Prática Religiosa. Em relação à prática religiosa, verifica-se que nesta amostra, existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Permissividade e Impessoalidade (conforme Tabela 7), revelando os não praticantes valores de mediana mais elevados nestas subescalas. Na EAS completa existe também uma diferença estatisticamente significativa, confirmando-se a H5 (“atitudes sexuais de estudantes do 1.º ano do Ensino superior diferem em função da sua prática religiosa”). Desta forma, os não praticantes relatam atitudes face à sexualidade mais permissivas, impessoais e utilitárias, quando comparados com os praticantes.

Antunes (2007) obteve resultados semelhantes em relação à Permissividade, no entanto, no seu estudo, os jovens estudantes que se manifestaram sem religião e não praticantes, revelaram maior concordância do que os que tinham religião e eram praticantes, em relação ao “sexo ocasional e sem compromisso” e à sexualidade como experiência íntima física e psicológica, partilha e envolvimento e idealismo

As tendências em alguns estudos vão no sentido dos sujeitos menos ligados à religião, serem mais activos sexualmente e a prática religiosa associa-se negativamente a actividade sexual mais liberal (Alferes, 1994; Cullari & Mikus, 1990, Martinez Alvarez, 2000 e Roche & Ramsbey, 1993, citados por Antunes, 2007).

Alferes (1994) constatou a importância da religião e Vasconcelos (1998) verificou que os jovens não religiosos ou com uma religião que não a Católica, aceitam melhor ter um parceiro que já teve relações sexuais com vários companheiros. Actualmente há já alguma inversão deste “efeito castrador da religião”, no entanto, muitos preconceitos, tabus e ideias conservadores são ainda disseminadas pela religião.

Tabela 7 – *Comparação dos Valores Obtidos na EAS em Função da Prática Religiosa*

Dimensões	Prática Religiosa	<i>n</i>	Média	<i>Md</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Escala de Atitudes Sexuais	Praticante	89	105,337	102	3083	-3,072	0,002
	Não Praticantes	94	110,228	111			
Permissividade	Praticante	89	24,775	24	3036,500	-3,205	0,001
	Não Praticante	94	28,447	28			
Comunhão	Praticante	89	35,528	36	3882,000	-0,842	0,400
	Não Praticante	94	36,234	36			
Instrumentalidade	Praticante	89	14,247	14	3671,000	-1,434	0,152
	Não Praticante	94	15,223	15			
Impessoalidade	Praticante	89	12,976	12	3200,500	-2,753	0,006
	Não Praticante	94	14,361	14			
Responsabilidade	Praticante	89	17,890	18	4176,500	-0,985	0,425
	Não Praticante	94	17,880	18			

Atitudes Sexuais e a Auto-eficácia Geral. Para verificar se existia alguma correlação entre as Atitudes Sexuais e a Auto-eficácia Geral dos estudantes (terceiro e último objectivo), procedeu-se à realização do Teste de *Spearman*. Analisando-se a correlação entre o valor da EAS e o valor da EAEG. Conforme Tabela 8, concluiu-se que a H6 (“As atitudes sexuais de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior diferem em função à sua Auto-eficácia Geral”) foi infirmada. Adicionalmente, também não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre os restantes indicadores das duas Escalas em questão.

Neste estudo, os participantes revelaram bons níveis de auto-eficácia, ainda que sem correlações estatisticamente significativas com as atitudes sexuais manifestadas. Este facto poderá ser explicado por estes valores elevados e por a escala de atitudes sexuais não estar direccionada para a avaliar as atitudes de risco propriamente ditas, como as relativas ao uso do preservativo ou a relações sexuais desprotegidas, em que a auto-eficácia parece ter maior influência (ONUSIDA, 1999).

Tabela 8 – *Comparação dos Valores Obtidos na EAS em função da Auto-eficácia Geral*

Dimensões	Escala de Auto-eficácia Geral		Iniciação e Persistência		Eficácia Perante a Adversidade		Eficácia Social	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Escala de Atitudes Sexuais	0,096	0,151	0,113	0,094	0,001	0,992	0,131	0,50
Permissividade	0,073	0,276						
Comunhão	0,121	0,071						
Instrumentalidade	0,024	0,719						
Impessoalidade	0,039	0,563						
Responsabilidade	0,025	0,708						

3.5. Análise da Auto-eficácia Geral dos Participantes

No presente estudo os participantes revelaram um nível de auto-eficácia geral considerável, com valores de Média de 79,581, Mediana de 81 (escala quantificada de 15 a 105), com desvio padrão de 11,767.

A auto-eficácia tem sido considerada de extrema importância na compreensão das atitudes e comportamentos do ser humano (Bandura, 1995). A maior parte dos estudos tem realmente comprovado que níveis de auto-eficácia elevados parecem funcionar como factores de protecção para comportamentos de risco (Bachanas et al, 2002; Li et al, 2004).

Desta forma os participantes desta amostra parecem revelar auto-eficácia para iniciar e completar uma acção, eficácia para persistirem perante as adversidades e eficácia social.

Em relação às subescalas conclui-se que a escala que pontua menos é a que se refere à iniciação e persistência ($Md= 31$ num valor máximo de 42) e a que revela valores mais altos relaciona-se com a eficácia social ($Md=21$ num máximo de 28).

Tabela 9 – *Valores obtidos pelos participantes na Escala de Auto-eficácia Geral*

(sub) escalas	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>
Auto-eficácia Geral	223	49	102	79,561	81	11,767
Iniciação e Persistência	223	15	42	30,641	31	5,786
Eficácia perante a adversidade	223	13	35	28,005	29	4,831
Eficácia Social	223	11	28	20,915	21	3,666

3.6. Análise dos Correlatos da Auto-eficácia Geral dos Participantes

Auto-eficácia e Sexo. O quinto objectivo deste estudo era analisar a relação entre a Auto-eficácia Geral dos estudantes do 1.º ano do Ensino Superior e variáveis Sócio-demográficas (sexo, idade, iniciação sexual, religião e prática religiosa as atitudes sexuais). Adicionalmente, a H7 defendia que “A Auto-eficácia Geral de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior difere em função do sexo”. Para testar esta hipótese utilizou-se o teste de Mann-Whitney.

Analisando a auto-eficácia em função do sexo (de acordo com a tabela 10) verifica-se que o sexo masculino ($Md=84$) revela uma Auto-eficácia Geral superior em relação ao sexo feminino ($M=81$), no entanto sem diferença estatisticamente significativa ($P=0,07$), pelo que a hipótese é infirmada.

Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Souza e Souza (2004) que concluíram que o sexo biológico não parece influenciar os níveis de auto-eficácia pessoal e de Lavoura, Castellani e Machado (2006) que encontraram valores semelhantes de auto-eficácia nos sexos feminino e masculino.

No entanto, é de mencionar que na subescala *Iniciação e Persistência* a correlação se revelou estatisticamente significativa ($p=0,019$), revelando que o sexo masculino tem maior capacidade pessoal do que o sexo feminino para iniciar uma acção, não desistindo de a concretizar com facilidade.

Tabela 10 – *Comparação dos Valores Obtidos na EAEG em função do Sexo*

(sub)escalas	Sexo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>P</i>
Auto-eficácia Geral	Masculino	52	81,653	84	3709,500	-1,809	0,070
	Feminino	171	78,92	80			
Iniciação e Persistência	Masculino	52	32,192	34	3492,500	-2,344	0,019
	Feminino	171	30,160	30			
Eficácia Perante a Adversidade	Masculino	52	28,500	30	3977,500	-1,153	0,249
	Feminino	171	27,853	29			
Eficácia Social	Masculino	52	20,961	21	4399,000	-0,116	0,908
	Feminino	171	20,901	21			

Auto-eficácia Geral e Idade. Em termos desta variável demográficas verificou-se estar positivamente correlacionadas com a auto-eficácia, o que revela que à medida que a idade avança os jovens vão revelando maior auto-eficácia geral. A única subescala com a qual a idade se relaciona de forma estatisticamente significativa é a que se refere à iniciação e persistência, revelando os jovens mais velhos maior crença pessoal nas suas capacidades para iniciarem uma acção e persistirem na sua concretização.

No entanto, como na EAEG a correlação com a idade não foi estatisticamente significativa ($p=0,153$), a H8 (“A Auto-eficácia Geral de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior difere em função da idade”) é infirmada.

Podemos então concluir que a idade parece, tal como no estudo realizado por Rogado e Leal (2000), revelar-se importante no desenvolvimento da auto-eficácia, tendo, no presente estudo, particular importância na auto-eficácia relacionada com a iniciação e persistência.

Tabela 11 – *Comparação dos Valores Obtidos na EAEG em função da Idade*

(sub)escalas	<i>N</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Auto-eficácia Geral	223	0,130	0,153
Iniciação e Persistência	223	0,138	0,039
Eficácia Perante a Adversidade	223	0,096	0,152
Eficácia Social	223	0,065	0,333

Auto-eficácia Geral e Início da Actividade Sexual. A H9 do presente estudo refere “A Auto-eficácia Geral de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior difere em função da iniciação sexual”. Os resultados obtidos revelam que o facto de já terem iniciado a actividade sexual não influencia, de forma estatisticamente significativa, a auto-eficácia pessoal, sendo a H9 infirmada.

Estudos revelam que o facto de iniciarem mais cedo a actividade sexual poderá influenciar a percepção de auto-eficácia relacionada com os comportamentos preventivos na área da sexualidade, nomeadamente à crença de auto-eficácia relacionada com o uso do preservativo (Rogado, & Leal, 2000). No entanto, neste estudo não se poderá fazer qualquer declaração neste sentido ou contra o mesmo, porque a questão apenas questionava os jovens sobre o facto de terem ou não iniciado a actividade sexual e não acerca da idade em que teria acontecido. Outro motivo prende-se ao facto desta escala de auto-eficácia ter como objectivo avaliar a auto-eficácia geral e não especificamente relacionada com comportamentos de protecção ou risco na área da sexualidade, como o uso do preservativo.

Tabela 12 – Comparação dos Valores Obtidos na EAEG em função da Iniciação Sexual

(sub)escalas	Actividade Sexual	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>P</i>
Auto-eficácia	Não	63	78,920	81	4743,500	-0,615	0,539
Geral	Sim	159	79,855	82			
Iniciação e	Não	63	30,079	30	4633,500	-0,870	0,384
Persistência	Sim	159	30,880	31			
Eficácia Perante a	Não	63	28,127	30	4831,500	-0,411	0,681
Adversidade	Sim	159	27,956	29			
Eficácia Social	Não	63	20,714	21	4835,000	-0,404	0,686
	Sim	159	21,019	21			

Auto-eficácia Geral e Religião. Em relação à religião, no presente estudo verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre quem tem e quem não tem religião ao nível de Auto-eficácia Geral (EAEG total), confirmando-se a H10 (“A Auto-eficácia Geral de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior difere em função do facto de ter ou não religião”).

De facto, verifica-se que os participantes que referiram não ter religião têm valores de mediana mais baixos em todas as subescalas, no entanto estas diferenças são significativas apenas na subescala que diz respeito à *Eficácia Perante a Adversidade* e na Escala de Auto-eficácia Geral total (conforme Tabela 13). Desta forma, pode afirmar-se que os estudantes com religião demonstraram maior crença nas suas capacidades pessoais, principalmente nas suas capacidades de agir perante uma situação, mesmo quando as circunstâncias se complicam.

É interessante frisar que as questões inseridas na subescala auto-eficácia perante a adversidade se referem à “força” pessoal para não desistir de fazer algo, mesmo quando a situação se revela difícil.

Poderá justificar-se estes dados na eficácia da religião em promover comportamentos saudáveis, na sua influência no estilo de vida de cada indivíduo, na integração e apoio favorecidos pelos actos religiosos sociais, na intensificação dos

sentimentos de auto-estima e de auto-eficácia providos pela religião e na vivência de situações mais complicadas num quadro de referência religioso (Cohen & Herbert, 1996; Ellison, 1998; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002, cit. por Paiva, 2007)).

Pagament (1997) refere que os indivíduos com religião têm mais capacidades de compreender situações complicadas do dia-a-dia e maior capacidade de agir em conformidade com as mesmas. O mesmo autor (1996) revela que por inúmeras vezes as pessoas buscam na religião a força positiva para não desistirem e resolverem as situações mais complicadas, nomeadamente na área da saúde e doença.

Desta forma poderá afirmar-se perante os resultados obtidos neste estudo que a religião parece revelar-se uma força pessoal positiva no que se refere a auto-eficácia geral, particularmente na eficácia perante a adversidade.

Tabela 13 – *Comparação dos Valores Obtidos na EAEG em função da Religião*

(sub)escalas	Religião	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Auto-eficácia	Não	27	73,889	72	1767,000	-2,071	0,038
Geral	Sim	174	80,023	81			
Iniciação e	Não	27	28,889	30	1946,000	-1,435	0,151
Persistência	Sim	174	30,644	31			
Eficácia Perante	Não	27	25,185	27	1627,000	-2,575	0,010
a Adversidade	Sim	174	28,356	29			
Eficácia Social	Não	27	19,815	21	1952,500	-1,415	0,157
	Sim	174	21,023	21			

Auto-eficácia Geral e Prática Religiosa. Em relação à prática religiosa, verifica-se que nesta amostra, não existe correlação estatisticamente significativa com a EAEG, nem qualquer uma das suas subescalas, sendo desta forma a H11 (“A Auto-eficácia Geral de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior difere em função da prática ou não da religião”) infirmada.

Tabela 14 – *Comparação dos Valores Obtidos na EAEG em função da Prática Religiosa*

(sub)escalas	Prática de Religião	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Auto-eficácia	Praticante	89	80,865	81	4172,000	-0,031	0,975
Geral	Não Praticante	94	80,340	82			
Iniciação e	Praticante	89	31,056	30	4114,000	-0,193	0,847
Persistência	Não Praticante	94	30,914	32			
Eficácia Perante a	Praticante	89	28,674	29	4150,500	-0,091	0,927
Adversidade	Não Praticante	94	28,202	29			
Eficácia Social	Praticante	89	21,135	21	4065,500	-0,329	0,742
	Não Praticante	94	21,223	21			

Ainda que não estejam integrados nos objectivos do presente estudo, houve um conjunto de dados a que se acedeu e que poderão ser particularmente úteis para profissionais que trabalham no âmbito da saúde sexual. Consequentemente, eles serão focados de seguida.

Outros Resultados Obtidos. Assim, relativamente à amostra estudada, verificou-se que a percentagem de jovens que já havia iniciado a actividade sexual é elevada (71,3%). À semelhança de outros estudos realizados, verifica-se uma tendência crescente para o início mais precoce da actividade sexual, antes do casamento. Alferes (1997) obteve taxas de 65,1% e Antunes (2007) de 53,23% de participantes com experiência sexual. Paralelamente, Lucas (1993) afirma, com base num estudo realizado com uma amostra de 2471 indivíduos, que a taxa de "virgindade" em Portugal deverá ser de 15% para o sexo feminino e 5% para o masculino, numa população com idades entre os 18 e os 49 anos. Já Nodin (2001) concluiu no seu estudo que 68% a 85,7% (de acordo com a região do país) da sua amostra já tinha experiência sexual.

Segundo Fisher, 1990, Lear, 1995, Marin, 1996, Teixeira, 1996, Universidade Califórnia, 1998, citados por Rogado, & Leal), quanto mais cedo se inicia a actividade sexual maior é a possibilidade de assumir comportamentos de risco. Desta forma, revela-se cada vez mais importante investir na educação sexual, para a vivência de uma sexualidade saudável e satisfatória.

No entanto, os resultados obtidos sobre a percentagem de estudantes que já havia assistido a sessões de educação para a saúde sobre sexualidade, revelam que mais de 70% raramente ou nunca o havia feito. Dos que haviam assistido a estas sessões, verificou-se que os temas mais debatidos relacionam-se com *métodos contraceptivos* (52,4%) e IST's (51,5%) a apenas 35,9% e 27,7% referem ter assistido a sessões de educação para a saúde relativas a temas relacionados com a *anatomia e fisiologia do sistema reprodutor e fecundação e reprodução humana*, respectivamente. Estes dados reflectem a preocupação mundial com a gravidez não planeada e as IST's, principalmente o VIH.

Verifica-se, pela experiência profissional, que é mais frequente realizarem-se sessões de educação para a saúde sobre VIH/SIDA, IST's e métodos contraceptivos. No entanto, levanta-se a questão sobre se o problema estará a ser resolvido da melhor forma. Torres et al. (2006), na sua amostra de 11177 estudantes com idade média de 15 anos, verificaram que apesar de 38% dos indivíduos demonstrarem conhecimentos sobre VIH/SIDA, apenas 20% das raparigas sabiam usar o preservativo. Também Alves e Lopes (2008) concluíram que 86,9% dos 295 participantes do seu estudo, com idades compreendidas entre os 18 e 19 anos, utilizavam o preservativo de forma incorrecta.

Para além disso, a taxa de frequência da Consulta de PF é muito baixa (25,8%) quando na realidade todos os jovens sexualmente activos a deveriam frequentar. Estes dados estão em concordância com os dados obtidos por Nodin (2001), que obteve numa região do país uma taxa mínima de 5,8% de jovens a frequentarem Consultas de PF. A educação sexual é um dos objectivos das sessões de educação para a saúde e do PF, sendo de extrema importância ao longo de todo o ciclo de vida humano, na transmissão de conhecimentos, na formação de atitudes e na manutenção e/ou mudança de comportamentos. Estudos revelam que o grau de informação e o nível de conhecimentos funcionam como determinantes para a adopção de comportamentos preventivos (Sampaio, Carvalho, & Batista, 2000, cit. por Rogado, & Leal, 2000; Fisher, & Malloy, 1996, cit. por Rogado, & Leal, 2000) e o número cada vez maior de seropositivos e de grávidas adolescentes revela a necessidade de educação sexual ao longo de todo o percurso de vida do ser humano e em todas as instituições formais e informais por onde passam.

Miller (1973) concluiu que 80% dos adolescentes tinham ideias erradas sobre os métodos de contracepção e o risco de engravidar e Almeida et al. (2003), verificou que na sua amostra de 4774 estudantes havia um défice de conhecimentos sobre fertilidade e

contracepção. Adicionalmente, Antunes (2007), verificou no seu estudo que os jovens mais bem informados demonstravam atitudes de maior comunhão, afectividade, partilha e responsabilidade sexual.

No presente estudo também se verificou que os estudantes elegem a Internet (65,3%) para procurar informação sobre temas relacionadas à sexualidade. Vários estudos têm focado o poder dos média e das novas tecnologias na disseminação de informação entre os jovens, como acontece no estudo realizado por Fernandes et al. (2000), em que os autores verificaram que, entre os 249 participantes do seu estudo, 87,6% elegeram a televisão como fonte principal de informação enquanto Camargo et al (2007) concluíram no seu estudo que seriam, mais concretamente, os filmes, a fonte preferida de informação. Seria fundamental aproveitar o interesse dos adolescentes por estas tecnologias e utilizá-las como veículos de educação sexual, através da criação de blogues/sites que permitam aos jovens procurar informações e até chats, geridos por profissionais, onde os adolescentes possam esclarecer dúvidas e debater temas relacionados com a sexualidade.

Muitos adolescentes e até jovens não procuram informações nas consultas de planeamento familiar, por vergonha e receio de serem reconhecidos (Aleixo et al., 2005). O facto da sua identidade não ser revelada constitui uma vantagem da Internet, na perspectiva dos adolescentes.

Em relação às pessoas com quem procuram falar sobre temas relacionados com a sexualidade, verifica-se que a grande maioria (78,6%) refere os amigos o que poderá revelar-se preocupante se considerarmos os dados obtidos por Camargo et al. (2007), em que os jovens que tinham os amigos como fonte de informação sobre sexualidade eram aqueles que demonstravam um maior desconhecimento sobre o tema. Em segundo lugar surgem os pais, mas com uma diferença considerável (30,2%), estando em sintonia com os resultados obtidos por Wang et al. (2007), em que a maior parte dos jovens com idades compreendidas entre 15 e 24 assumem não falar com os pais sobre sexualidade. No entanto vários estudos apontam a importância do diálogo entre pais e filhos sobre este tema. Os próprios jovens, num estudo realizado por Dias, Matos e Gonçalves (2002) apontaram a necessidade de sensibilizar os pais para a importância destes diálogos sobre sexualidade.

Estes dados revelam-nos assim a importância da Educação Saúde Sexual e Reprodutiva na sociedade actual e do quão actual e importante são importantes todos os factores.

Conclusão

Com o evoluir dos tempos e da sociedade, a forma como a sexualidade é perspectivada e vivenciada, também se alterou. Hoje os jovens iniciam a sua actividade sexual mais cedo e demonstram atitudes mais liberais e permissivas, em relação ao sexo.

As atitudes sexuais são influenciadas ao longo da vida pelos outros, quer seja pela família, pelos professores, pelos amigos, pelas relações que se estabelecem e pelas experiências vivenciadas de uma forma geral.

Actualmente, estudar as atitudes sexuais e a auto-eficácia torna-se um desafio importante. Pela análise da actualidade, as consequências dos comportamentos de risco são cada vez mais avassaladoras. Considerando as atitudes sexuais e a auto-eficácia duas das variáveis que poderão ajudar a prever e compreender esses comportamentos de risco, torna-se fundamental tentar conhecê-las melhor. Assim sendo, o presente estudo teve como objectivos:

- a) Identificar atitudes sexuais de estudantes do 1.º ano do Ensino Superior;
- b) Analisar a relação entre estas atitudes sexuais e variáveis sócio-demográficas (Sexo, Idade, Início da actividade sexual, Religião e Prática Religiosa);
- c) Analisar a relação entre estas atitudes sexuais e a Auto-eficácia geral;
- d) Identificar a Auto-eficácia Geral estudantes do 1.º ano do Ensino Superior;
- e) Analisar a relação entre a Auto-eficácia Geral e variáveis sócio-demográficas (Sexo, Idade, Início da actividade sexual, Religião e Prática Religiosa);

Os participantes deste estudo foram 223 estudantes do 1.º ano do Ensino Superior, da ESSIPVNG, predominantemente do sexo feminino e com mediana de idades de 20 anos. Os dados foram colhidos pelo autor, em cada turma dos cursos de enfermagem, radiologia, análises clínicas, fisioterapia e dietética através de: um Questionário Sócio-demográfico, a EAS de Alferes (1999) e a EAEG de Ribeiro (1995).

Os resultados evidenciaram que os estudantes manifestam atitudes sexuais de moderada Permissividade e elevada Responsabilidade. Verificou-se também que as atitudes sexuais diferem bastante de acordo com o sexo dos estudantes, manifestando os

rapazes atitudes de maior Permissividade, Instrumentalidade e Impessoalidade, enquanto as raparigas revelam maior preocupação com a educação sexual e planeamento familiar, ou seja, atitudes de maior Responsabilidade sexual. A idade, no entanto, não se correlacionou de modo estatisticamente significativo com as atitudes sexuais dos inquiridos.

Nesta amostra, mais de 70% dos jovens referiu já ter iniciado a sua actividade sexual, sendo que apesar dos jovens com experiência sexual manifestarem atitudes perante o sexo de maior Permissividade, a única dimensão das atitudes sexuais que se manifestou significativamente diferente foi a que se refere a atitudes de Comunhão, afectividade, partilha e idealismo.

Em relação à religião e à prática religiosa, os dados obtidos revelam que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das atitudes sexuais entre os indivíduos que têm ou não religião e são ou não são praticantes. Em relação ao primeiro factor, os estudantes sem religião, revelaram valores mais elevados de mediana na EAS. Esta correlação é significativa nas dimensões Permissividade, Instrumentalidade e Impessoalidade, demonstrando estes, maior concordância com questões como o sexo pré-marital, ocasional, relações extraconjugais ou sexo como forma de obtenção de prazer físico e bens materiais.

Ao nível da prática religiosa, o sentido das diferenças parece ser semelhante, sendo estas estatisticamente significativas nas subescalas Permissividade e Impessoalidade, assim como na EAS completa, manifestando os não praticantes valores mais altos nas mesmas.

A Auto-eficácia Geral não se correlacionou de forma estatisticamente significativa com as atitudes sexuais no presente estudo, no entanto, os participantes revelaram níveis de auto-eficácia geral elevados, o que demonstra que estes jovens têm uma elevada crença na capacidade pessoal para iniciar uma acção, persistir para a concluir, mesmo quando as dificuldades surgem, revelando também *eficácia social* para fazer amigos, estabelecer e manter relações.

Correlacionado a auto-eficácia com o sexo, conclui-se que apesar do sexo masculino revelar maior auto-eficácia geral, esta não se revela estatisticamente significativa, à excepção da subescala iniciação e persistência em que esta diferença é estatisticamente significativa. O mesmo acontece com a idade que apesar de se revelar

positivamente relacionada com a auto-eficácia, a correlação não é estatisticamente significativa na EAEG, sendo apenas na subescala *Iniciação e Persistência* em que os estudantes mais velhos revelaram uma capacidade pessoal estatisticamente superior para iniciarem e manterem uma acção.

Em relação à iniciação sexual verificou-se que não parece ter uma influência estatisticamente significativa na auto-eficácia, verificando-se o mesmo em relação à prática religiosa.

A excepção refere-se à religião. De facto verificou-se que o facto de ter religião influencia de forma estatisticamente significativa a *Auto-eficácia Geral*, ou seja, os indivíduos com religião parecem acreditar mais nas suas *capacidades* para iniciar, persistir e agir perante as adversidades das situações, assim como maior crença na capacidade própria de iniciar e manter relações sociais. Esta diferença manifestou-se particularmente importante na subescala *Eficácia Perante a Adversidade* em que os estudantes com religião manifestaram claramente ter maior crença nas suas capacidades de agirem perante situações complicadas, não desistindo com facilidade.

É ainda premente referir que a percentagem de participantes que já havia frequentado, ou frequenta consultas de planeamento familiar é muito reduzida quando comparada com a percentagem de jovens sexualmente activos. Não menos importante é o facto de mais de 70% dos jovens raramente ou nunca ter assistido a sessões de educação para a saúde.

Os resultados também evidenciam que os jovens, quando tem dúvidas ou necessitam falar sobre temas relacionados com a sexualidade, elegem a Internet para busca de informação ou procuram falar com os amigos.

Findo este estudo é importante salientar algumas limitações a considerar na análise deste resultados e respectivas conclusões. O primeiro ponto a salientar é o facto de estarmos a falar de jovens estudantes universitários e maioritariamente do sexo feminino. Seria interessante que este estudo abrangesse jovens com diferentes níveis de escolaridade, com semelhante número de participantes do sexo masculino e feminino.

O facto de a amostra ser constituída por apenas 223 estudantes, de se restringir a uma instituição, de uma única região do país, poderá colocar em causa a sua

representatividade. Também o próprio tema ser *sexualidade*, pode também induzir os jovens a dar respostas de acordo com o que poderão considerar melhor aceite pela sociedade e não tanto pelo que pensam.

Em relação aos construtos principalmente no que se refere à auto-eficácia, talvez fosse mais adequado ao estudo, e os resultados diferentes, se fosse utilizado um instrumento que permitisse avaliar a auto-eficácia relacionada com a sexualidade e não a auto-eficácia geral. A maior parte da bibliografia consultada foca a importância da percepção da auto-eficácia relacionada com o uso do preservativo e outros métodos contraceptivos nos comportamentos sexuais de protecção e risco. No entanto, considerando o factor tempo e as autorizações necessárias optou-se pela utilização da EAEG.

Pelo facto de se estar a estudar duas variáveis que se têm revelado importantes na compreensão dos comportamentos sexuais de risco, tornar-se ia importante o estudo dos comportamentos sexuais da amostra e analisar a possível influencia das atitudes sexuais e da auto-eficácia nos mesmos. No entanto, o facto de trabalhar na instituição onde os dados foram colhidos, poderia levantar algumas questões éticas. Adicionalmente, o facto de poderem ser detectadas situações de comportamentos de risco importantes às quais não haveria possibilidade de responder, quer pelo anonimato requerido, quer pela incapacidade enquanto profissional, levantaria algumas objecções ao estudo e à ética profissional.

No entanto, os resultados, de uma forma geral demonstram credibilidade, quer pelas propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados, quer pela análise dos resultados comparativamente a outros estudos.

Na conclusão deste trabalho surgem outras questões, como o interesse e a pertinência da implementação de programas de saúde sexual em todas as escolas, incluindo no Ensino Superior, numa época em que tanto se debate o facto dos estilos de vida serem dos factores com maior ponderação na saúde.

Seria interessante a implementação de programas de saúde no Ensino Superior, com objectivo de realizar sessões de educação para a saúde, neste caso de saúde sexual, englobando quiçá as entidades ligadas à juventude que já têm consultas de planeamento familiar, mas que as pudessem levar a estas instuições de forma anónima e confidencial,

pois um dos grandes problemas está na vergonha dos pares e medo do conhecimento dos pais

Outra área interessante seria o aproveitamento das novas tecnologias e do interesse dos jovens pelas mesmas, para elaborar, e colocar em prática, programas online de educação sexual, que permitissem ao estudante esclarecer dúvidas na área da sexualidade, devidamente geridos por profissionais. Outro meio que poderia revelar-se igualmente eficaz poderia ser através de uma linha telefónica gerida por profissionais, em que anonimamente os estudantes pudessem esclarecer dúvidas sobre a sexualidade, obtendo respostas e orientações fidedignas, sem sentirem receio de serem reconhecidos socialmente ou discriminados pelos colegas.

Estes programas deveriam envolver os estudantes de uma forma activa e preparar os mais velhos, com maior maturidade e experiência, de conhecimentos e capacidade que lhes permitam orientar os recém-chegados à faculdade, pois a influência dos amigos revela-se muito importante. O facto de frequentemente estarem pela primeira vez a viverem sozinhos, de alguma forma entregues à sua própria responsabilidade, faz com que a necessidade deste acompanhamento seja maior para evitar determinados comportamentos que poderão colocar em risco a sua saúde.

Existem inúmeras formas de educar para a vivência de uma sexualidade saudável e urge de facto a necessidade de implementação de programas de educação para a saúde, não apenas na área da sexualidade, como da saúde em geral. Programas que envolvam toda a comunidade e acompanhem o indivíduo ao longo de todo o ciclo vital, que consigam inculcar na sociedade valores, atitudes e comportamentos saudáveis.

Referências Bibliográficas

Abdullah, S., Fielding, R., Hedley, J., Ebrahim, H., & Luk, K. (2002). Reasons for not using condoms among the Hong Kong Chinese population: implications for HIV and STD prevention. *Sex Transmit Infect*, 78(3), 180-184. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Abrahan, C., & Sheeran, P. (1996). The Health Belief Model. Em M. Cornner & P. Norman (orgs). *Predicting Health Behaviour*. (pp. 23-61). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Ajuwon, J., Olaleye, A., Faromoku, B., & Ladipo, O. (2006). Sexual behavior and experience of sexual coercion among secondary school students in three states in North Eastern Nigeria. *BMC Public Health*, 23(6), 310. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Alcântara, A. (1995). *Como educar as atitudes*. Coimbra: Plátano Editora.

Aleixo, S., Quitério, M., Burguette, T., & Silvestre, M. (2005). Atendimento juvenil e mediação de saúde. *Planeamento & Família*. 40/41, (pp. 31-36).

Alferes, V. (1987). Elementos para uma análise psicossocial da sexualidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 21, pp. 289-304.

Alferes, V. (1997). *Dos comportamentos sexuais à encenação do sexo: contributos para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.

Alferes, V. (1999). Escala de Atitudes Sexuais (EAS). In: M. R. Simões, M. Gonçalves, & Almeida, L. (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*. (Vol. II, pp. 131 - 147). Braga: APPORT/SHO.

Almeida, N., Vilar, D., André, M. e Laland, P. et.aI. (2003). *Fecundidade e contraceção. Percursos de saúde reprodutiva das mulheres portuguesas*. Lisboa: ICS.

Almeida, C., Aquino, E., Gaffikin, L., & Magnani, R. (2003). Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Revista. Saúde Pública*, 37 (5), 566-575. Recuperado em 26 Fevereiro, 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17470.pdf>.

Almeida, L., Freire, T. (1997). Metodologia da investigação em psicologia e educação. Coimbra: APPORT.

Alves, A., & Lopes, M. (2008). Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Revista brasileira de enfermagem*, 61(1), 11-17. Recuperado a 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/02.pdf>.

Alves, R., Kovács, M., Stall, R., & Paiva, V. (2002). Factores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Revista de Saúde Pública*. 36 (4), 32-39. Recuperado em 27 de Fevereiro de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11161.pdf>.

Amaro, F., et al. (2004). HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behaviour in Portugal. *Int J STD and AIDS*. 15(1), pp. 56-60.

Anderson, K., Beutel, A., & Maughan-Brown, B. (Setembro/2007). HIV risk perceptions and first sexual intercourse among youth in Cape Town South Africa. *Int Fam Plan Perspect*. 33(3), 98-105. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Antunes, M. (2007). Atitudes e Comportamentos Sexuais de estudantes do ensino superior. Coimbra: FORMASAU.

Antunes, M., Peres, C., Paiva, V., Stall, R., & Hearst, N. (2002). Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública*. 36 (4), 88-95. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11168.pdf>.

Bachanas, P., et al. (2002). Predictors of risky sexual behavior in African American adolescent girls: implications for prevention interventions. *J Pediatr Psychol*. 27(6), 519-530. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey : Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.

Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.

Bandura, A. (1998). *Self-efficacy: an exercise of self-control*. NY: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in changing societies*. (pp. 258-280). Cambridge: University Press.

Bantman, B. (1997). *Breve História do Sexo*. Lisboa: Terramar.

Barros, T., et al. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Rev Panam Salud Publica*.10 (2), pp. 86-94.

Belo, M., & Silva, J. (2004). Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev. Saúde Pública*. 38 (4), pp. 479-487.

Benites, D. Jacques, S. M. C., Gawer, G., & Gomes, B. G. (2006). Percepção de auto-eficácia e auto-relato de falhas de memória prospectiva e retrospectiva. *Interacção em Psicologia*, 10 (2), 207-215.

Bertrand, J., O'Reilly, K., Denison, J., Anhang, R., & Sweat, M. (2006). Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries. *Health Educ Res*. 21(4), 567-597. Recuperado em Fevereiro, 26, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Bimbela, J., et al. (2002). Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gac Sanit*.16 (4), pp. 298-307.

Blake, S., Simkin, L., Ledsky, R., Perkins, C., & Calabrese, J. (2001). Effects of a parent-child communications intervention on young adolescents' risk for early onset of sexual intercourse. *Fam Plann Perspect*, 33(2), 52-61. Recuperado em 26 de Fevereiro, 26, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Bowen, A., Williams, M., Dearing, E., Timpson, S., & Ross, M. (2006). Male heterosexual crack smokers with multiple sex partners: between- and within-person predictors of condom use intention. *Health Educ Res*, 21(4), 549-559. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Bowen, A., Horvath, K., & Williams, M. (2007). A randomized control trial of Internet-delivered HIV prevention targeting rural MSM. *Health Educ Res.*, 2(1), 120-127. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Boyer, C., Shafer, M., & Tschann. (1997). Evaluation of knowledge and cognitivebehavioral skills building intervention to prevent STDs and HIV infections in high school students in Adolescence. 32 (125), pp. 25-42.

Bozon, M. (2002). A pesquisa sobre o comportamento sexual na França na era da AIDS e sua continuidade. *Horiz. Antropol*, 8 (17), pp. 93-100.

Bui, Thang, D. et al. (2001). Cross-sectional study of sexual behaviour and knowledge about HIV among urban, rural, and minority residents in Viet Nam. *Bull World Health Organ*, 79 (1), pp. 15-21.

Callejas, P. et al. (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Rev. Esp. Salud Publica*, 79 (5), pp. 581-589.

Camargo, B., & Botelho, L. (2007). Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. *Rev. Saúde Pública*, 41 (1), 61-68. Recuperado em 26 de Fevereiro, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5296.pdf>.

Capaz, N. (2003) A contracepção de emergência de venda livre em Portugal. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 2 (36), (pp. 22-32). Lisboa: APF.

Cardoso, A. (1999). Prevenção primária da sida em Jovens. Porto: Universidade de Porto. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Caricote, A. (2006). Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia. *Educere*, 10 (34), pp. 463-470.

Caron, F., Godin, G., Otis, J., & Lambert, L. (2004). Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Educ Res.*, 19(2), 185-197. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Carpintero, E. (2004). Prevenção de riscos associados ao comportamento sexual: gravidez não desejada, DST e SIDA. Lisboa: APF.

Carta de Banguécoque. (2005). Promoção da saúde num mundo globalizado. 6.^a Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde. Lisboa: MS

Carta de Ottawa. (1986). Promoção da saúde nos países industrializados. 1.^a conferência internacional sobre promoção em saúde. Lisboa: MS.

Carvalho, M., Pirotta, K., & Schor, N. (2001). Participação masculina na contraceção pela ótica feminina. *Rev. Saúde Pública*, 35(1), pp. 23-31.

Chesney, M. et al. (2003). An individually tailored intervention for HIV prevention: baseline data from the Explore Study. *Am J Public Health*, 93(6), 933-938. Recuperado em Fevereiro, 26, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Chesney, M., Neilands, T., Chambers, D., Taylor, J., & Folkman, S. (2006). A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *Br J Health Psychol.*, 11(3), 421-437. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Chirinos, J., et al. (2001). Differences and similarities in sexual and contraceptive knowledge, attitudes, and behavior among Latino male adolescent students in California, United States and Lima, Peru. *Cad. Saúde Pública*, 17 (4), pp. 833-842.

Chirinos, J., Salazar, V., & Brindis, C. (2000). A profile of sexually active male adolescent high school students in Lima, Peru. *Cad. Saúde Pública*, 16 (3), pp. 733-746.

Claes, M. (1990). Os problemas da adolescência. (2.^a ed). Lisboa: Editorial Verbo

Coimbra, S. (2000). Estudo diferencial da auto-eficácia em alunos do 9º ano. Porto: Universidade do Porto. Tese de mestrado em psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Coimbra, S., & Fontaine, A. (1999). Adaptação da escola de auto-eficácia generalizada percebida (Schwarzer & Jerusalem, 1993). In: A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Orgs.), *Avaliação psicológica, formas e contextos VI* (pp. 1061-1069). Braga: APPORT.

Costa, E., & Leal, I. (2005). Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contraceção. *Aná. Psicológica*, 23 (3), 247-260. Recuperado em 26 de Fevereiro de 2008, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n3/v23n3a01.pdf>.

Coyle, K., (2001). Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. *Public Health Rep.*, 116 (Suppl 1), 82-93. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Crosby, R., et al. (2007). Men with broken condoms: who and why? *Sex Transm Infect.*, 83(1), 71-75. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Cruz-Peñarán, D., Langer-Glas, A., Hernández-Prado, B., & González-Rengijo, G. (2003). Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú. *Salud pública Méx.*, 45 (6), 461-471. Recuperado em 28 de Fevereiro de 2008, de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>.

Declaração de Jacarta (1997). Promoção da saúde no século XXI. 4.^a Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde. Lisboa: MS.

Dias, S., Matos, M., & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: implicações para a intervenção. *Psic., Saúde & Doenças*, 3 (1), pp. 89-102.

Díaz, M. et al. (2005). Outcomes of three different models for sex education and citizenship programs concerning knowledge, attitudes, and behavior of Brazilian adolescents. *Cad. Saúde Pública*, 21 (2), pp. 589-597.

Di Noia, J., Schinke, S., Pena, J., & Schwinn, T. (2004). Evaluation of a brief computer-mediated intervention to reduce HIV risk among Early adolescent females. *J Adolesc Health*. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Dilorio, C., McCarty, F., & Denzmore P. (2006). An exploration of social cognitive theory mediators of father-son communication about sex. *J Pediatr Psychol.* 31(9), 917-927. Recuperado em 26 de Fevereiro 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Direcção-Geral da Saúde. (2000). Saúde Reprodutiva: Doenças Infecciosas e Gravidez (Orientações Técnicas; 11). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2001). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Reprodutiva: Planeamento familiar (Orientações Técnicas; 9). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Equipa Técnica do Projecto " Mamas de palmo e meio". (2005). Mamas de palmo e meio. *Planeamento & Família.* 38/39, pp. 14-16.

Falah-Hassani, K., Kosunen, E., Shiri, R., & Rimpelä, A. (2007). Emergency contraception among Finnish adolescents: awareness, use and the effect of non-prescription status. *BMC Public Health.*, 9;7(147), 201. Recuperado em 26 Fevereiro, 2008, de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)

Federação Internacional para o Planeamento Familiar (IPPF). (2000). Carta dos direitos sexuais e reprodutivos. Lisboa: APF.

Feliciano, O. (2005). Prevenção da AIDS entre jovens: significados das práticas e os desafios à teoria. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil.* Recife, 5(4), 429-438

Fernandes, A., Antonio, D., Bahamondes, L., & Cupertino, C. (2000). Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cad. Saúde Pública.* 16 (suppl.1), S103-S112. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2216.pdf>.

Fernandes, J. (1994). Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: aspectos conceituais. *Cad. Saúde Pública,* 10 (2), 171-180.

Fernandes, J., Coutinho, E., & Matida, A. (1992). Conhecimentos e atitudes relativas a SIDA/AIDS em uma população de favela do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública,* 8 (2), pp. 176-182.

Fernández F., Lilian, et al. (2000). Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. *Rev. méd. Chile*, 128 (6), 574-583.

Fogarty, L., Heilig, C., Armstrong, K., Cabral, R., Galavotti, C., Gielen, A., et al. (2001). Long-term effectiveness of a peer-based intervention to promote condom and contraceptive use among HIV-positive and at-risk women. *Public Health Rep.*, 116 (Supp 11) 103-119. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Folch, C. (2005). Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales. *Gac Sanit.*, 19 (4), pp. 294-301.

Foucault, M. (1994a). *História da Sexualidade. I: A vontade de saber*. Lisboa: Relógio d'Água Editores. [do original francês *Historie de la Sexualité. 1: La volante de Savoir*, 1976].

Foucault, M. (1994b). *História da Sexualidade. II: O uso dos prazeres*. Lisboa: Relógio d'Água Editores. [do original francês *Historie de la Sexualité. 2: L Usage des Plaisirs*, 1984].

Freud, S. (2001). *Três Ensaio sobre a teoria da Sexualidade*. Fonseca, R. (Trad.) Lisboa: Edição Livros do Brasil. [do original alemão *Drei abhandlungen zur sexualtheorie*, 1905].

Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/Sida em adolescentes migrantes. *Psic., Saúde & Doenças*. 7 (2), 299-316. Recuperado em 03 de Março de 2008, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a11.pdf>.

Gleitman H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (1999). *Psicologia 6.ªed. Portuguesa* (2003) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Godin, G., Savard, J., Kok, G., Forin, C., & Foyer, R. (1996). HIV Seropositive gay men: understanding adoption of safe sexual practices. *AIDS Education and Prevention*, 8 (6), 529-545.

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

Gondim, R., & Kerr-Pontes, L. (2000). Homo/bissexualidade masculina: um estudo sobre práticas sexuais desprotegidas em Fortaleza. *Rev. bras. Epidemiol.*, 3 (1-3), 38-49.

Gray, S., Austin, S., Huang, B., Frazier, A., Field, A., & Kahn, J. (2008). Predicting sexual initiation in a prospective cohort study of adolescents. *Arch Pediatr Adolesc.*, 162(1), 55-59. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Guerra, V., Andrade, F., & Dias, M., (2004). Atitudes de estudantes universitários frente ao consumo de materiais pornográficos. *Estud. psicol. (Natal)*, 9 (2), 269-277. Recuperado em 27 de Março de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n2/a08v9n2.pdf>.

Guerriero, I., Ayres, J., & Hearst, N. (2002). Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública*. 36 (4), 50-60.

Gutiérrez, J., Molina-Yépez, D., Samuels, F., & Bertozzi, S. (2006). Uso inconsistente del condón entre trabajadoras sexuales en Ecuador: resultados de una encuesta de comportamientos. *Salud pública Méx.*, 48 (2), 104-112. Recuperado em 26 de Fevereiro de 2008, de <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v48n2/29723.pdf>.

Houlding, C., & Davidson, R. (2003). Beliefs as predictors of condom use by injecting drug users in treatment. *Health Educ Res*, 18(2), 145-55.

Hounton, S.H., Carabin, H., Henderson, N.J. (2005). Towards an understanding of barriers to condom use in rural Benin using the Health Belief Model: a cross sectional survey, *BMC Public Health*, 21, 5-8.

Jesus, S. (1998). Bem estar dos professores. Lisboa: Porto Editora.

John, A., Yacenda, M. (1974). Knowledge and Attitudes of Collage Students About Venereal Disease and its Prevention. *Health Services Reports*, 89 (2), pp. 170-176.

Karim, A. M., Magnani, R. J. , Morgan, G. T., & Bond, K. C. (2003). Reproductive health risk and protective factors among unmarried youth in Ghana. *Int Fam Plan Perspect*, 29(1), 14-24.

Kelly, J. (1995). Changing HIV risk behaviour: practical strategies. New York: The Guildford Press.

Kendler, H. (1974). Introdução à Psicologia. 5.^a ed. (Vol. II, pp. 1170-1206). Tradução de Simões, A. e Martins, A.S. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Larkins, S., Page, R., Panaretto, K., Scott, R., Mitchell, M.R., Alberts, V., et al. (2007) Attitudes and behaviours of young Indigenous people in Townsville concerning relationships, sex and contraception: the "U Mob Yarn Up" project. *Me. J*, 186 (10), 513-518. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Lavoura, T. N., Castellani, R. M., & Machado, A. A. (2006). O olhar da psicologia do esporte sobre a auto-confiança e auto-eficácia em atletas de canoagem: relação com o rendimento esportivo. LEPESPE/ D.E.F. / I.B.B. Unesp-Rc.

Leite, M., Costa, A., Carvalho, K., Melo, R. (2007). Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. *Revista. brasileira. Enfermagem*, 60 (4), 434-438. Recuperado em Fevereiro, 25, 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a14.pdf>.

Lemos, E. (2002). O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré requisitos para comportamentos saudáveis. *Sexualidade & Planejamento Familiar*, 33, (pp. 43-49).

Leyens, J. (1979). Psicologia social. Pierre. Mardaga: Bruxelas.

Levisky, D. (1995). Adolescência. Reflexões psicanalísticas. Porto Alegre: Artes Médicas.

Li, X., Fang, X., Lin, D., Mao, R., Wang, J., Cottrell, L., et al. (2004). HIV/STD risk behaviors and perceptions among rural-to-urban migrants in China. *AIDS Educ Prev*. Dec;16(6), 538-556. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Liu, H., Yu, S., Cottrell, L., Lunn, S., Deveaux, L., Brathwaite, N., et al. (2007). Personal values and involvement in problem behaviors among Bahamian early adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2 (7), 135-147. Recuperado em Fevereiro, 26, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Lucas, J. (1993). *Sida: a sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.

Machado-Pais, J. (2003). Sexualidad juvenil y cambio social: el caso de Portugal. *Salud pública Méx.*, 45 (suppl.1), 26-33. Recuperado em 03 de Março de 2008, de <http://www.scielo.org/scielo>.

MacPhail, C., Pettifor, A., Pascoe, S., & Rees, H. (2007). Contraception use and pregnancy among 15-24 year old South African women: a nationally representative cross-sectional survey. *BMC Med.* 28, 5-31. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Maddux, E. (1995). *Self-efficacy, Adaptation, and adjustment: Theory, research, and application*. (pp. 5-27 e pp. 173-195). New York: Plenum Press.

Maher, J., Harvey, S., Bird, S., Stevens, V., & Beckman, L. (2004). Acceptability of the vaginal diaphragm among current users. *Perspect Sex Reprod Health.* 36(2), 64-71. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Malta, I., Roque, O., Duarte, S., & Ventura (2007). Gravidez e Maternidade Precoces. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 44/45, 8-19. Lisboa: APF.

Martins, A., Nunes, C., Munõz-Silva, A., & Sánchez-Garcia, M. (2008). Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *Psico.*, 9 (1), 7-13.

Martins, M. (1995). *Adolescência e juventude: contributos para o estudo de atitudes valores e comportamentos*. Badajoz: Universidade da Extremadura. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade da Extremadura.

Matos, M. G. (2008). *Sexualidade, segurança & SIDA: estado da arte e propostas em meio escolar*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.

Matos, M., Battistutta, D., Simões, C., Carvalhosa, S., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes portugueses. *Psic., Saúde & Doenças*, 4 (1), 3-20. Recuperado em 26 de Fevereiro de 2008, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a01.pdf>.

Merchán-Hamann, E. (1995). Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de AIDS em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 11 (3), 463-478.

Ministério da Educação, Ministério da Saúde & APF. (2000). Educação sexual em meio escolar – linhas orientadoras. Lisboa: Ministério da Educação.

Ministério da Saúde. (2006a). Programa nacional de prevenção e controlo da infecção VIH/sida. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2006b). Programa Nacional de Saúde Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionado com Estilos de Vida. Lisboa: Ministério da Saúde.

Monteiro, M., & Raposo, J. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psic., Saúde & Doenças*, 7 (1), 125-136. Recuperado em 26 de Fevereiro de 2008, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a11.pdf>.

Moreira, J., Duarte, E., et al. (2005). Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Sao Paulo Med. J.*, 123(5), 234-241.

Moreira, J., Edson, D., et al. (2005). Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors. *São Paulo Med. J.* 123 (5), pp. 234-241.

Murakami, J., Petrilli Filho, J., Telles Filho, P. (2007). Talking about sexuality, STI and AIDS with poor adolescents. *Rev Lat Am Enfermagem*. 15, 864-866. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Mushi, D., Mpembeni, R., Jahn, A. (2007). Knowledge about safe motherhood and HIV/AIDS among school pupils in a rural area in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*, 24(7), 5. Recuperado em 27 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Myers, D. (1995). *Psicologia Social*. 4.^a ed. (pp. 102-107). McGraw-Hill: Interamericana de México.

Necchi, S., & Schufer, M. (2001). Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción (Argentina). *Rev. chil. Pediatric.*, 72 (2), pp. 159-168.

Neto F. (1998). *Psicologia Social*. (Vol. I, pp. 347-367). Lisboa: Universidade Aberta.

Neto F. (2000). *Psicologia Social*. (Vol. II, pp. 271-285). Lisboa: Universidade Aberta.

Nieto-Andrade, B., & Izazola-Licea, J. (1999). Uso del condón en hombres con parejas no estables en la Ciudad de México. *Salud pública Méx.*, 41 (2), pp. 85-94.

Nodin, N. (2001). *Os Jovens Portugueses e a Sexualidade em finais do Século XX*. Lisboa: APF.

Norman, P., & Bennet, P. (1996). Health Locus of Control. Em M. Cornner & P. Norman (orgs). *Predicting Health Behaviour*. (pp. 62-94). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi

Okware, S., et al. (2001). Fighting HIV/AIDS: is success possible?. *Bull World Health Organ*, 79 (12), 1113-1120.

Oliveira, S., Hacker, M., & Oliveira, M. (2005). A window of opportunity: declining rates of hepatitis B virus infection among injection drug users in Rio de Janeiro, and prospects for targeted hepatitis B vaccination. *Rev Panam Salud Publica*, 18 (4-5), 271-277. Resumo Recuperado em 26 de Fevereiro de 2008, de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract.

OMS. (1989). Guide to planning health promotion for aids prevention and control / World Health Organization. (Who Aids Series, 5). Genebra:OMS.

OMS. (1997). Coming of age: from facts to action for adolescent sexual & reproductive health. Genebra: OMS.

OMS. (2000). Reproductive health programme development: implementing Cairo: biennial report 1998-1999. *Department of Reproductive Health and Research*. Genebra: World Health Organization.

OMS. (2006). Epidemiological Fact Sheets: on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Genebra: OMS

ONUSIDA. (1999). Mudança de comportamento sexual em relação ao HIV: *Até aonde nos levaram as teorias?* Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA. Genebra, Suíça: ONU.

ONUSIDA. (2006). Report on the global AIDS epidemic. Genebra: ONU.

Pais, J. (1987). Sexualidade e história. In F.A. Gomes; A. de Albuquerque & J.S. Nunes (Eds.), *Sexologia em Portugal*, 1.^aed., (Vol. II, pp. 5-12). Lisboa: Texto Editora.

Paiva, G. J. (2007) Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estudos de Psicologia*, 24 (1), 99-104.

Pargament, K. I. (1996). Religious methods of coping: resources for the conservation and transformation of significance. In E. P. Schafranske (Org.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp.215-239). Washington, DC: APA Books.

Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.

Peipert, J., Lapane, K., Allsworth, J., Redding, C., Blume, J., Lozowski, F., & Stein, M. (2007). Women at risk for sexually transmitted diseases: correlates of intercourse without barrier contraception. *Am J Obstet Gynecol.*, 197(5), 1-8 e 474. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Peres, C., Paiva, V., Silveira, F., Peres, R., & Hearst, N. (2002). Prevenção da Aids com adolescentes encarcerados em São Paulo. SP. *Rev. Saúde Pública*, 36 (4), 76-81. Recuperado em 03 de Março de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11166.pdf>.

Pérez, V., Cid Ar, M., Lepe, O., & Carrasco, C. (2004). Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos. *Perinatol. Reprod. Hum.*, 18 (4), 225-230. Recuperado em 27 de Fevereiro de 2008, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext.

Pirotta, K., & Schor, N. (2004). Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Rev. Saúde Pública*, 38 (4), 495-502. Recuperado em 26 de Fevereiro de 2008, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract

Pratta, E., & SANTOS, M. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicol. estud.*, 12 (2), 247-256. Recuperado em 31 de Março, 2008, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid .

Precioso, J. (2004). Educação para a saúde na escola - um direito dos alunos que urge satisfazer. *O professor*, 85 (III série), 17-24.

Ramos, V., Carvalho, C., & Leal, I. (2005). Atitudes e comportamentos sexuais de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. *Aná. Psicológica*, 23 (2), 173-185. Recuperado em 03 de Março de 2008, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a08.pdf>.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In: L. Almeida e I. Ribeiro (Edts). *Avaliação Psicológica: formas e contextos*. (pp.163 – 176). Braga: APPORT.

Ribeiro, P., Souza, N., & Souza, D. (2004). Sexualidade na sala de aula: pedagogias escolares de professoras das séries iniciais do ensino fundamental. *Estudos feministas*, Floreanópolis, 12(1), 360, pp. 109-129.

Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso. (2005). Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde. Coimbra: Formasau.

Rogado, T. & Leal, I. (2000). Auto-eficácia e crenças em jovens – o caso específico do preservativo/ kamisinha. *Atlas do 3.º congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: SPA.

Roque, O., Alves, A., Martins, A., Carpintero, E., Eugénio, I. & Passadas. (2003). *Mamãs de Palmo e Meio: gravidez e maternidade na adolescência*. Évora: APF.

Romero, T., Medeiros, H., Vitale, M., & Wehba, J. (2007). Os conhecimentos das adolescentes sobre questões relacionada ao sexo. *Revista Assoc. Med. Brasileira*, 53 (1), 14-19.

Ryan, S., Franzetta, K., Manlove, J., & Holcombe, E. (2007) Adolescents' discussions about contraception or STDs with partners before first sex. *Perspect Sex Reprod Health*. 39(3), 149-157. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Salvetti, M., Pimenta, C., Lage, L., Oliveira Júnior, J., & Rocha, R. (2007). Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Revista psiquiatria*. 34(3): 111-117. Clínica. Recuperado a 26 de Fevereiro de 2008, de <http://www.scielo.br/scielo>.

Sanders-Phillips, K. (2002). Factors influencing HIV/AIDS in women of color. *Public Health Rep.*, 117 (Suppl 1), 151-156. Recuperado em 26 de Fevereiro, 26, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and Health Behaviours. In M. Cornner & P. Norman (orgs). *Predicting Health Behaviour*. (pp.163-196). Buckingham, Philadelphia: Open UniversityPress.

Serrão, C. (2002). Educação para a cidadania. A educação sexual em contexto escolar. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 35, 31-32.

Silva, C. (2002). O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. *Rev. Saúde Pública*, 36 (4), 40-49.

Silva, S. (2002). Considerações sobre o relacionamento amoroso entre adolescentes. *Cad. CEDES*, 22 (57), 23-43. Recuperado em 04 de Março de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v22n57/12001.pdf>.

Silva, W., Buchalla, C., Paivab, V., Latorrea, M., Stallc, R. & Hearstd, N. (2002). Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e Aids entre jogadores juniores. *Rev. Saúde Pública*, 36 (4), 68-75. Recuperado em 26 de Fevereiro de 2008, de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n4s0/11165.pdf>.

Silveira, M. & Santos, I. (2005). Impacto de intervenções no uso de preservativos em portadores do HIV. *Rev. Saúde Pública*, 39 (2), 296-304. Recuperado em 26 de Fevereiro de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24056.pdf>.

Silveira, M., Beria, J., Horta, B., & Tomasi, E. (2002) Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Rev. Saúde Pública*, 36 (6), 670-677. Recuperado em 04 de Março de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13520.pdf>.

Simon, C., Silva, R., & Paiva, V. (2002). Prostituição juvenil feminina e a prevenção da Aids em Ribeirão Preto, SP. *Rev. Saúde Pública*, 36 (4), 82-87.

Sousa, L., Fernandes, J., & Barroso, M. (2006). Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. *Acta paul. Enfermagem*, 19 (4), 408-413. Recuperado em 26 de Fevereiro de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a07.pdf>.

Souza, G., Monteiro da Silva, A., Galvão, R. (2002). A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. *Pequi Odontol Brás.*, 16 (1), 57-62.

Souza, I. & Souza, M. A. (2004). Validação da escala de auto-eficácia geral percebida. *Revista universidade rural: série ciências humanas*, Seropédica, RJ, EDUR, 16 (1/2), 12-17.

Stroebe, W., & Stroebe. (1995). *Social Psychology and health*. Buckingham: Open University.

Stulhofer, A., Graham, C., Bozicević, I., Kufrin, K., & Ajduković, D. (2007). HIV/AIDS-related knowledge, attitudes and sexual behaviors as predictors of condom use among young adults in Croatia. *Int Fam Plan Perspect.* 33(2), 58-65. Recuperado em 27 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Tonato, S. & Sapiro, C.M. (2002). Os novos parâmetros curriculares das escolas brasileiras e educação sexual: uma proposta de intervenção em ciências. *Psicologia & Saúde*, 14 (2), 163-175.

Torres, P., Dilys, M., Gutiérrez J., & Stefano, M. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud pública México*, 48 (4), 308-316. Recuperado em 03 de Março de 2008, de <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v48n4/a05v48n4.pdf>.

Trans, E. (2000). Reflections of two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy. *Journal of School Health*, 69 (3), pp. 89-94.

UNAIDS. (2001). Children and Young People in a World of AIDS. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS. (2004). Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva: UNAIDS.

United Nations. (2005). The Millennium Development Goals Report. New York: United Nations.

United Nations. (2005). State of the World Population: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty. New York: United Nations.

Urrea-Giraldo, F., Congolino, M., Herrera, H., Reyes, J., & Botero, W. (2006). Comportamientos sexuales e incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia. *Cadernos de. Saúde Pública*, 22 (1), 209-215. Recuperado em 26 de Fevereiro de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/23.pdf>.

Valeschka, M., & Gouveia, V. (2007). Liberalismo / conservadorismo sexual: proposta de uma medida multi-fatorial. *Psicol. Reflex. Crit.*, 20.(1), 43-53. Recuperado em 03 de Março de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5296.pdf>.

Van Empelen, P., Schaalma, H., Kok, G., Cansen, M. (2001). Predicting condom use with casual and steady sex partners among drug users. *Health Educ.*, 16(3), 293-305. Recuperado em Fevereiro, 26, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Vasconcelos, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e de sexualidade dos jovens portugueses. In: M.V. Cabral & J.M. Pais (Eds). *Jovens portugueses de hoje* (215-305). Oeiras: Celta.

Vasconcelos, P. (1999). Algumas questões sobre sexualidade juvenil. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 2 (21/22), 7 – 11.

Ventura, M., & Correa, S. (2006). Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 22(7) [citado 2008-04-01], 1505-1509. Recuperado em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102>.

Vicente, L. (2004). Portugal e o consenso do Cairo: Panorama da saúde sexual e reprodutiva em Portugal na actualidade. *Planeamento & Família*, 38/39, 17 -20.

Vieira, E., et al. (2002). Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 36 (3), 263-270.

Vilar, D. (1990). As encruzilhadas da educação sexual. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 47(48), (pp. 6-8). Lisboa: APF.

Vilar, D. (1994). *A polémica do Cairo: uma perspectiva comparada*. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 2ª Série, 3, 8-12.

Vilar, D. (2004). Os últimos três anos. *Sexualidade & Planeamento Familiar*. 38/39, (pp. 3-6). Lisboa: APF.

Vilar, D. (2005). Artigo publicado na revista Educação Sexual em Rede, n.º 1 (Julho/Setembro 2005). (pp. 8-14). Lisboa:APF.

Villarinho, L., Bezerra, I., Lacerda, R., Latorreb, M., Paivac, V., Stalld, R., et al. (2002). Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. *Rev. Saúde Pública*, 36 (4), 61-67. Recuperado em 27 de Fevereiro de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11164.pdf>.

Villela, W., & Doreto, D. (2006). Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública*, 22 (11). Recuperado em 01 Abril, 2008, de <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Walter, H., Vaughan, R., Gladis, M., Ragin, D., Kasen, S., & Cohall, A. (1992). Factors associated with AIDS risk behaviors among high school students in an AIDS epicenter. *Am J Public Health*, 82(4), 528-532. Recuperado em Fevereiro, 26, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Wang, B., Li, X., Stanton, B., Kamali, V., Naar-King, S., Shah, I., et al. (2007). Sexual attitudes, pattern of communication, and sexual behavior among unmarried out-of-school youth in China. *BMC Public Health*, 31;7(147), 189. Recuperado em Fevereiro, 26, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Wee, S., Barrett, M., Lian, W., Jayabaskar, T., & Chan, K. (2004). Determinants of inconsistent condom use with female sex workers among men attending the STD clinic in Singapore. *Sex Transm Infect.* 80(4), 310-314. Recuperado em 26 de Fevereiro, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Whittaker, P., Berger, M., Armstrong, K., Felice, T., & Adams, J. (2007). Characteristics associated with emergency contraception use by family planning patients: a prospective cohort study. *Perspect Sex Reprod Health*, 39(3), 158-166. Recuperado em Fevereiro, 25, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Yamamoto, K. (2006). Cross-sectional study on attitudes toward sex and sexual behavior among Japanese college students. *J Physiol Anthropol.*, 25(3), 221-227. Recuperado em Fevereiro, 26, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Zapiain, J. (2001). A educação afectivo sexual na escola. *Sexualidade & Planeamento familiar*, 36 (8-14). Lisboa: APF.

Anexos

Anexo A

Autorização para Utilização da Escala de Atitudes Sexuais



Marlene Silva <marlenecht@gmail.com>

Pedido de autorização para usar instrumento

4 mensagens

Marlene Silva <marlenecht@gmail.com>

6 de fevereiro de 2008 17:06

Para: valferes@fpcc.uc.pt

Cc: mereses.orientacoes@gmail.com

Exm. Sr. Prof. Doutor Valentim Aféres,

O meu nome é Marlene Silva e sou discente do 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária da Universidade Fernando Pessoa (Porto), tendo como orientadora a Prof. Doutora Rute Mereses.

No âmbito do mesmo, venho por este meio solicitar autorização para utilizar a Escala de Atitudes Sexuais, cuja versão portuguesa é da autoria de V. Exa. Neste contexto, aproximo para solicitar ainda um exemplar do instrumento, bem como informação sobre a cotação do mesmo.

Manifesto desde já a minha disponibilidade para qualquer esclarecimento que julgue pertinente.

Sem mais de momento,

Grata pela disponibilidade,

Marlene Silva

valferes <valferes@netcabo.pt>

6 de fevereiro de 2008 17:11

Para: Marlene Silva <marlenecht@gmail.com>

Cara Marlene,

Pode utilizar à sua vontade desde que faça as referências apropriadas. Depois mande-me os dados para eu ver.

Tudo o que precisa está em:

Aféres, V. R. (1997). Encarções e comportamentos sexuais: Para uma psicologia social da sexualidade. Porto: Abontamentos (262 pp.). [Índice]

Aféres, V. R. (1999). Escala de atitudes sexuais. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. A. Almeida (Eds.), *Tendências e práticas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 131-145). Braga: SHG/APPQRT.

Bom trabalho,

Valentim Rodrigues Aféres

valferes@fpcc.uc.pt

valferes@netcabo.pt

<http://www.fpcc.uc.pt/rucc/ds/links/>

To: valferes@fpce.uc.pt
Cc: rmeneses.orientacoes@gmail.com
Subject: Pedido de autorização para usar instrumento

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Marilene Silva <marileneebt@gmail.com>
Para: valferes <valferes@netcabo.pt>
Cc: rmeneses.orientacoes@gmail.com

6 de fevereiro de 2008 18:13

Exmo. Sr. Prof. Doutor Valentim Alferes,

Em meu nome e em nome da minha orientadora, Prof. Doutora Rute Meneses, agradeço desde já a disponibilidade de V.Exa.

Assim que tenha os dados, terei todo o gosto em facultá-los a V. Exa.

Os meus Cumprimentos

Marilene Silva

Em 06/02/08, valferes<valferes@netcabo.pt> escreveu:

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Marilene Silva <marileneebt@gmail.com>
Para: António Ferreira <ferreira.esecvpoa@gmail.com>

13 de junho de 2008 09:36

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Anexo B

Pedido de Autorização para Utilização da
Escala de Auto-Eficácia Geral

Página Web 2 de 2

Exeio: Sr. Prof. Doutor Pais Ribeiro,

Em meu nome e em nome da minha orientadora, Prof. Doutora Rita Marizais, agradeço desde já a disponibilidade de V. Exa.

Os meus Cumprimentos

Márlene Silva

Em 11/02/08, José Luis Pais Ribeiro <jpr@fco.up.pt> escreveu:

[Ver as imagens anteriores...]

Márlene Silva <marleneoct@gmail.com>

13 de junho de 2008 09:17

Para: António Ferreira <ferreira_antonio@gmail.com>

----- Forwarded message -----

From: Márlene Silva <marleneoct@gmail.com>

[Ver as mensagens anteriores...]

Anexo C

Pedido de Autorização para Realização do Estudo na ESSIPVNG



INSTITUTO PIAGET

Campus Académico de Vila Nova de Gaia
Escola Superior de Saúde Jean Piaget/Vila Nova de Gaia
(Decreto-Lei nº 51/2003 de 25 de Março)

Exma. Senhora
Enfermeira Maria Marilene Carvalho da Silva

Vimos, por este meio, informar que autorizamos a aplicação do "Questionário Sócio-Demográfico" e das Escalas de "Atitudes Sexuais" e de "Avaliação da Auto-Eficiência Geral" aos alunos do 1º ano da ESS J Piaget/Gaia, no âmbito da realização da dissertação de mestrado em Psicologia de Saúde e Intervenção Comunitária.

Vila Nova de Gaia, 8 de Fevereiro de 2008.

A Direcção

(Prof. Dra. Isabel Alves)

Anexo D

Protocolo de Avaliação

Estudo sobre Atitudes Sexuais de Estudantes do 1º ano do Ensino Superior

No âmbito de uma investigação sobre Atitudes Sexuais de Estudantes do 1º ano do Ensino Superior, desenvolvida no contexto do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária da Universidade Fernando Pessoa (Porto), vimos pedir a sua colaboração.

Para tal, pedimos que preencha os questionários que lhe serão fornecidos.

Inicialmente, deverá preencher um Questionário Sócio-demográfico, que permitirá fazer uma caracterização pessoal (idade, sexo, ...), seguindo-se a [Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral](#) e a Escala de Atitudes Sexuais.

Se decidir colaborar no nosso estudo, deverá, antes de mais, indicá-lo na declaração que se segue (consentimento informado).

Agradecemos desde já a sua atenção para com o nosso estudo.

Dra. Marilene Silva

DECLARAÇÃO

Declaro, ao **colocar uma cruz no quadrado** que se encontra no fim da presente declaração, que aceito participar num estudo da responsabilidade da Dra. Marilene Silva, sob orientação da Prof. Doutora Rute Meneses, no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária da Universidade Fernando Pessoa (Porto).

Declaro que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar.

Especificamente, fui informado/a do objectivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.

Data ___/___/_____

Questionário Sócio-demográfico

1. Sexo: (1) Feminino
(2) Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Estado Civil: (1) Solteiro/a
(2) União de facto
(3) Casado/a
(4) Separado/a
(5) Divorciado/a
(6) Viúvo/a

4. Curso: _____

5. Estatuto profissional: (1) Estudante
(2) Trabalhador/a-estudante

6. Profissão: _____

7. Sem ser no âmbito das aulas, já assistiu a sessões de educação para a saúde sobre temas relacionados com a sexualidade?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Muitas vezes

8. Se sim, quais os conteúdos dessas sessões? (*P.f., assinale todas as opções adequadas ao seu caso*)

- (1) Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor
 - (2) Fecundação e reprodução humana
 - (3) Métodos contraceptivos
 - (4) Doenças / Infecções sexualmente transmissíveis
 - (5) Outros. Qual/Quais?
-

9. Quando tem dúvidas sobre temas relacionados com a sexualidade, onde procura informações? *(P.f., assinale todas as opções adequadas ao seu caso)*

- (1) Na Internet
 - (2) Em livros
 - (3) Em revistas
 - (4) Em folhetos/prospectos
 - (5) Outros. Qual/Quais?
-

10. No que toca a temas relacionados com a sexualidade, fala com:
(P.f., assinale todas as opções adequadas ao seu caso)

- (1) Ninguém
 - (2) Os Pais
 - (3) Os irmãos
 - (4) Os amigos
 - (5) Os professores
 - (6) Os profissionais de saúde
 - (7) Outros. Qual/Quais?
-

11. Já iniciou a sua actividade sexual? (1) Não
(2) Sim

12. Já frequentou ou frequenta consulta de planeamento familiar? (1) Não
(2) Sim

13. Religião: (1) Não
(2) Sim. a) Qual _____ b) 1. Praticante
2. Não praticante

Escala de Atitudes Sexuais de Hendrick e Hendrick (1987)
(Adaptação Portuguesa de Valentim Alferes, 1999)

Leia, atentamente, as afirmações que se seguem e indique, relativamente a cada uma delas, qual o grau em que corresponde às suas opiniões, pensamentos ou sentimentos. Faça um círculo à volta do número apropriado, atendendo às seguintes significações: 1= Completamente em Desacordo; 2= Parcialmente em Desacordo; 3= Não sei/ Nem concordo Nem desacordo ; 4= Parcialmente de acordo ; 5= Totalmente De acordo;

Itens	Completamente em Desacordo	Parcialmente em Desacordo	Não sei/ Nem concordo Nem desacordo	Parcialmente de acordo	Totalmente De acordo
1 – Não preciso de estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela.	1	2	3	4	5
2 – O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável.	1	2	3	4	5
3 – As relações sexuais ocasionais são aceitáveis.	1	2	3	4	5
4 – O sexo torna-se melhor à medida que as relações progridem.	1	2	3	4	5
5 – Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros.	1	2	3	4	5
6 – O sexo é melhor quando nos “deixamos ir” e nos centramos no nosso próprio prazer.	1	2	3	4	5
7 – As “aventuras sexuais” de uma só noite são, por vezes, muito agradáveis.	1	2	3	4	5
8 – As mulheres deviam partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
9 – É correcto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo.	1	2	3	4	5
10 – O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas.	1	2	3	4	5
11 – É correcto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer quaisquer promessas para o futuro.	1	2	3	4	5
12 – O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro.	1	2	3	4	5
13 – As relações sexuais	1	2	3	4	5

como simples troca de “serviços” são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo.					
14 – A educação sexual é importante para a juventude.	1	2	3	4	5
15 – O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer “compromissos”.	1	2		4	5
16 – Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interacção humana.	1	2	3	4	5
17 – A vida teria menos problemas se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre.	1	2	3	4	5
18 – O sexo é, principalmente, uma actividade física.	1	2	3	4	5
19 – É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa.	1	2	3	4	5
20 – Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois “seres”.	1	2	3	4	5
21 – O sexo é mais divertido com alguém que não amamos.	1	2	3	4	5
22 – O orgasmo é a melhor experiência do mundo.	1	2	3	4	5
23 – É correcto “pressionar” alguém a ter relações sexuais.	1	2	3	4	5
24 – A masturbação é algo agradável e inofensivo.	1	2	3	4	5
25 – É bom ter uma prolongada experiência sexual pré- marital.	1	2	3	4	5
26 – Durante as relações sexuais, o conhecimento intenso do parceiro é o melhor “estado de espírito”.	1	2	3	4	5
27 – As “aventuras extraconjugais” são aceitáveis desde que o nosso parceiro não saiba nada delas.	1	2	3	4	5
28 – Os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
29 – O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável.	1	2	3	4	5
30 – O sexo é, geralmente,	1	2	3	4	5

uma experiência intensa e absorvente.					
31 – Sentir-me –ia confortável tendo relações sexuais com o meu parceiro na presença de outras pessoas.	1	2	3	4	5
32 – O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer.	1	2	3	4	5
33 – A prostituição é aceitável.	1	2	3	4	5
34 – Usar “instrumentos e objectos sexuais” quando se faz amor é aceitável.	1	2	3	4	5
35 – O sexo apenas como forma de “descarga” física é bom.	1	2	3	4	5
36 – Masturbar o nosso parceiro durante as relações sexuais pode aumentar o prazer do sexo.	1	2	3	4	5
37 – O sexo sem amor não faz sentido.	1	2	3	4	5
38 – O sexo é uma parte muito importante da vida.	1	2	3	4	5
39 – As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais.	1	2	3	4	5
40 – O sexo é sobretudo um jogo entre machos e fêmeas.	1	2	3	4	5
41 – Para que o sexo seja bom é necessário ter sentido para as pessoas.	1	2	3	4	5
42 – Fazer sexo é, fundamentalmente, bom.	1	2	3	4	5
43 – A principal finalidade do sexo é dar-nos prazer a nós mesmos.	1	2	3	4	5

COMO EU SOU

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a letra A significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si; se assinalar a letra G significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa sobre si próprio/a. Entre esse dois extremos pode ainda escolher uma de 5 letras consoante estiver mais ou menos em desacordo com a sua maneira de pensar. Assinale uma das letras. Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente correctas. Peço-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse correctamente a sua maneira de pensar.

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
1- Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	A	B	C	D	E	F	G
2- Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir	A	B	C	D	E	F	G
3- Tenho dificuldade em fazer novos amigos	A	B	C	D	E	F	G
4- Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la	A	B	C	D	E	F	G
5- Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	A	B	C	D	E	F	G
6- Sou uma pessoa auto-confiante	A	B	C	D	E	F	G
7- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida	A	B	C	D	E	F	G
8- Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado	A	B	C	D	E	F	G
9- Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente	A	B	C	D	E	F	G
10- Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa	A	B	C	D	E	F	G
11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar	A	B	C	D	E	F	G
12- Desisto facilmente das coisas	A	B	C	D	E	F	G
13- As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos	A	B	C	D	E	F	G
14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	A	B	C	D	E	F	G
15- Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia	A	B	C	D	E	F	G