

Aurora Marília Martins Ribeiro

**Saúde sexual e reprodutiva: conhecimentos e  
comportamentos de estudantes do 8.º ano ao 12.º ano  
do norte de Portugal**

**Universidade Fernando Pessoa**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

**Porto, 2011**



Aurora Marília Martins Ribeiro

**Saúde sexual e reprodutiva: conhecimentos e  
comportamentos de estudantes do 8.º ano ao 12.º ano  
do norte de Portugal**

**Universidade Fernando Pessoa**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

**Porto, 2011**

Aurora Marília Martins Ribeiro

**Saúde sexual e reprodutiva: conhecimentos e  
comportamentos de estudantes do 8.º ano ao 12.º ano do  
norte de Portugal**

---

Aurora Ribeiro

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

## **Resumo**

O presente estudo empírico-teórico, pretende quantificar os conhecimentos dos adolescentes escolarizados sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes portugueses a frequentar o 8.º ao 12.º ano de escolaridade, com uma amostra de 359 adolescentes (59% do sexo feminino), com idades dos 13 aos 22 anos, a idade média de 15,7 anos, residentes no norte de Portugal (68% urbanos; 32% rurais). Utilizou-se a 2.ª edição do “Quebrese – Questionário Breve Sobre Sexualidade II” de Sampaio e Silva (2009), da Universidade Fernando Pessoa. Na área dos conhecimentos, o instrumento inclui 2 sub-escalas (conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis, IST’s e Métodos Contraceptivos, MC’s). Neste estudo, o Quebrese II revela qualidades psicométricas melhoradas sobre a primeira edição (alfa de Cronbach de 0,72 para IST’s e 0,84 para MC’s). As variáveis individuais incluem: género, idade, zona de residência e ano de escolaridade; as variáveis familiares incluem: tamanho da família, nível sócio-económico, prática religiosa, prática de solidariedade, fonte informação familiar sobre o preservativo, fonte informação familiar sobre IST, fonte informação familiar sobre consulta de planeamento familiar. Do total inquiridos, 33% são sexualmente activos, com idade média de iniciação sexual aos 14,8 nos rapazes, 15,3 nas raparigas. Os adolescentes que apresentam melhores conhecimentos provêm de famílias pequenas, com pouca prática religiosa e solidária, e identificam a mãe como principal fonte de informação sobre sexualidade. Os rapazes tendem a iniciar a sua vida sexual mais cedo e tem maior número de parceiros sexuais. As raparigas apresentam maiores conhecimentos sexuais de IST’s e MC’s. São as raparigas mais velhas (com mais de 17 anos) as mais informadas sobre ambos os conhecimentos.

**Palavras-chave:** Conhecimentos sexuais; comportamento sexual; sexualidade; saúde sexual; saúde reprodutiva; adolescentes.

## Abstract

The present empirical-theoretical study, aims to quantify the knowledge of the adolescents educated on sexual and reproductive health of Portuguese adolescents attending from the 8<sup>TH</sup> to the 12<sup>TH</sup> school year, with a sample of 359 adolescents (59% female), with ages ranging from 13 to 22 years old, the average age of 15,7 years old, resident in the north of Portugal (68% urban, 32% rural). We used the 2<sup>ND</sup> edition of "*Quebrese – Brief Questionnaire On Sexuality II*" from Sampaio and Silva (2009), from the *Fernando Pessoa* University. In the area of knowledge, the instrument includes 2 sub-scales (knowledge about Sexually Transmitted Infections, STI's and Contraceptive Methods, CM's). In this study, the *Quebrese II* reveals psychometric qualities improved on the first edition (*Cronbach's* alpha of 0.72 for STI's and 0.84 for CM's). The individual variables include: gender, age, area of residence and school year; the family variables include: family size, socio-economic level, religious practice, practice of solidarity, source information family on the condom, source information family on STI, source information family on consultation in family planning. Of the total of the adolescents surveyed, 33% are sexually active, with an average age of sexual initiation at 14.8 for boys and 15.3 for girls. The adolescents who show the best knowledge come from small families, with little religious practice and solidarity, and identify the mother as the main source of information about sexuality. The boys tend to begin their sexual life sooner and have a greater number of sexual partners. Girls have a greater knowledge of sexual STI's and CM's. Are the older girls (with more than 17 years old) the more informed about both knowledge.

**Keywords:** sexual knowledge; sexual behavior; sexuality; sexual health; reproductive health; adolescents.

## **Dedicatória**

À minha avó Rosa que partiu antes de compartilhar comigo a alegria de finalizar este percurso. A ti, porque sei o quanto te sentirias orgulhosa e feliz pela tua neta.

E à minha mãe, pelo milagre de te poder abraçar e brindar contigo mais uma vitória!

## Agradecimentos

Desenvolver este trabalho constituiu tanto uma alegria como um desafio: uma alegria, porque representa o último passo desta longa jornada formativa; e um desafio porque compõe o produto da minha aprendizagem. Há pessoas, no entanto, que tornaram o desafio muito mais fácil, gostaria de aproveitar esta oportunidade para agradecer a todas elas.

Começo por agradecer aos meus pais, pelo amor, pelo exemplo, e por me ensinarem ainda hoje a não recuar perante os desafios mais exigentes; por serem o casco do meu navio, isto é a estrutura que me faz flutuar. Obrigada por estarem sempre do meu lado, amo-vos muito.

À minha irmã, ao meu cunhado e aos meus amados sobrinhos pelos dias recheados de emoções, pela partilha de carinho, de ternura e sorrisos que me fazem crescer a todos os nasceres do sol. *Merci!*

De uma forma geral, agradeço a toda a minha família (avó Angelina; tios; padrinhos e primos), especialmente à Manuela por despender das suas horas de lazer, para me permitir dedicar a este trabalho. *Thank!* A todos vocês agradeço pelo enternecimento, paciência e por apesar de ser diferente, me fazerem sentir ser especial. *Grazie*, por preservarem os laços de afecto que nos uniram durante estes anos e que anseio que sejam fortalecidos diariamente.

Quando observamos os barcos a distanciar-se, a última coisa que conseguimos vislumbrar são os mastros, e a minha embarcação apresenta um grande número de mastros. Não poderei identificá-los a todos, mas mesmo sem vos nomear, e acreditando que sabem de quem falo, quero vos dedicar palavras de carinho e gratidão. Cada um de vocês representa um “apreço” especial para mim, bem-haja meus amigos!

Devo no entanto, destacar a presença indispensável da minha grande amiga Madalena. A ti, querida amiga, agradeço-te pelas horas que dedicas-te escutando as minhas inquietações e restabelecendo as minhas inseguranças, sem julgamentos e com preocupação sincera, por isso e muito mais, devo-te um agradecimento profundo:

«Someday I'll wish upon a star  
Wake up where the clouds are far behind me  
Where trouble melts like lemon drops  
High above the chimney top that's where you'll find me

Oh somewhere over the rainbow blue birds fly»

(Israel Kamakawiwo'ole)

Deste mastro, duas amigas se destacam neste exaustivo projecto: Daniela e Cláudia, as minhas companheiras do “*Quebrese II*”. Sem dúvida uma amizade que perpetuou no tempo e nas tempestades por nós sentidas. A vocês dedico palavras de grande estima e admiração, acredito que estas tormentas pelas quais passamos juntas, serão presenteadas num futuro próximo. Agradeço-vos, minhas amigas, por serem pessoas tão maravilhosas e por fazerem o meu mastro mais belo e amplo.

Não posso deixar de agradecer especificamente: às comissões executivas das escolas que se disponibilizaram a abrir-nos as portas ao nosso projecto; aos animadores de grupos pela forma como prontamente permitiram a recolha de dados; aos alunos que colaboram neste estudo, a vossa adesão revelou-se a matéria-prima deste trabalho. Obrigada.

Por último, e não menos importante, dedico algumas palavras de apreço ao Mestre Francisco Sampaio Gomes pela competência científica, pela orientação, pelo tempo que generosamente me dedicou transmitindo-me os melhores e mais úteis ensinamentos, com paciência, lucidez e confiança. Pela crítica sempre tão atempada, como construtiva, que se revelaram, sempre, uma enorme mais-valia no desenvolvimento deste trabalho. Bem-haja estou-lhe muito grata.

*A todos o meu sincero, muito obrigada!*

## Índice geral

Resumo .....	i
Abstract .....	ii
Dedicatória .....	iii
Agradecimentos .....	iv
Índice geral .....	vi
Índice de quadros .....	vii
Índice de anexos .....	x
Lista de abreviaturas .....	xi
Introdução .....	1
<b>Capítulo I</b> Adolescência e Sexualidade .....	3
<b>Capítulo II</b> Saúde sexual e reprodutiva .....	13
<b>Capítulo III</b> Comportamentos sexuais de risco na adolescência .....	26
<b>Capítulo IV</b> Estudo empírico .....	33
Conclusão .....	76
Referências Bibliográficas .....	78
Anexos .....	95

## Índice de quadros

Quadro 1: Caracterização da amostra .....	36
Quadro 2: Caracterização sociodemográfica .....	37
Quadro 3: Distribuição da amostra por habilitações literárias dos pais .....	38
Quadro 4: Distribuição da amostra por NSE .....	38
Quadro 5: Caracterização das famílias dos participantes .....	39
Quadro 6: Distribuição da amostra por estatuto sexual .....	39
Quadro 7: Distribuição dos sujeitos por idade, por estatuto sexual e por género.....	40
Quadro 8: Distribuição da amostra por estatuto sexual e ano de escolaridade .....	40
Quadro 9: Distribuição da amostra por zona de residência e estatuto sexual .....	41
Quadro 10: Cruzamento de variáveis familiares e estatuto sexual .....	41
Quadro 11: Estrutura do “Quebrese” .....	42
Quadro 12: Testes de adequabilidade para a Análise Factorial para a sub-escalas das IST’s para 11 itens .....	45
Quadro 13: Análise factorial exploratória após Rotação Varimax das IST’s .....	46
Quadro 14: Testes de adequabilidade da amostra para a Análise Factorial para a sub-escala das MC’s para 22 itens .....	46
Quadro 15: Análise Factorial exploratória após Rotação Varimax das MC’s .....	47
Quadro 16: Valores de alpha para as duas sub-escalas IST’s e MC’s .....	48
Quadro 17: Conhecimentos por género e estatuto sexual .....	48
Quadro 18: Conhecimentos por género e idade .....	49

Quadro 19: Conhecimentos por ano de escolaridade .....	50
Quadro 20: Post-hoc das diferenças dos conhecimentos por ano de escolaridade .....	50
Quadro 21: Conhecimentos por zona de residência .....	51
Quadro 22: Conhecimentos por estatuto sexual .....	51
Quadro 23: Conhecimentos por tamanho da família .....	52
Quadro 24: Post-hoc das diferenças de conhecimento da sub-escala MC's por tamanho da família .....	52
Quadro 25: Conhecimento por NSE .....	52
Quadro 26: Conhecimento por prática religiosa familiar .....	53
Quadro 27: Post-hoc das diferenças por prática religiosa .....	53
Quadro 28: Conhecimento pela prática de solidariedade .....	54
Quadro 29: Post-hoc das diferenças por prática de solidariedade .....	54
Quadro 30: Conhecimento por fontes de informação familiar .....	55
Quadro 31: Post-hoc das diferenças entre os níveis de conhecimentos e as fontes de informações .....	56
Quadro 32: Teste t dos comportamentos entre género (n=120) .....	58
Quadro 33: Teste de independência dos comportamentos por género (n=120) .....	58
Quadro 34: Teste t dos comportamentos por zona de residência (n=120) .....	59
Quadro 35: Teste de independência dos comportamentos por zona de residência (n=120) .....	59
Quadro 36: ANOVA dos comportamentos por ano de escolaridade (n=120) .....	60
Quadro 37: Post-hoc de comportamentos por ano de escolaridade .....	60

Quadro 38: Teste de independência dos comportamentos por ano de escolaridade (n=120) .....	61
Quadro 39: Teste t para os comportamentos por faixa etária (n=120) .....	61
Quadro 40: Teste de independência dos comportamentos por faixa etária (n=120) .....	62
Quadro 41: ANOVA dos comportamentos por tamanho da família (n=120) .....	62
Quadro 42: Teste de independência dos comportamentos por tamanho da família .....	63
Quadro 43: ANOVA dos comportamentos por NSE (n=120) .....	63
Quadro 44: Teste de independência dos comportamentos por NSE (n=120) .....	64
Quadro 45: ANOVA para os comportamentos por prática religiosa (n=120) .....	65
Quadro 46: Teste de independência dos comportamentos e a prática religiosa (n=120)	65
Quadro 47: ANOVA dos comportamentos por prática solidariedade (n=120) .....	66
Quadro 48: Teste de independência para os comportamentos e a prática solidariedade (n=120) .....	66
Quadro 49: ANOVA dos comportamentos por fontes de informação familiar sobre preservativo (n=120) .....	67
Quadro 50: Teste de independência dos comportamentos por fontes de informação familiar sobre preservativo (n=120) .....	67
Quadro 51: ANOVA dos comportamentos por fontes de informação familiar sobre IST's (n=120) .....	68
Quadro 52: Teste de independência dos comportamentos por fontes de informação familiar sobre IST's (n=120) .....	68
Quadro 53: ANOVA dos comportamentos por fontes de informação familiar sobre Planeamento Familiar (n=120) .....	69

Quadro 54: Teste de independência dos comportamentos por fontes de informação familiar sobre planeamento familiar (n=120) .....	69
---	----

## **Índice de anexos**

Anexo A Pedido de autorização às escolas .....	95
Anexo B Consentimento Informado .....	96

## **Lista de abreviaturas**

AF	Análise Factorial
APF	Associação para o Planeamento da Família
HPV	Vírus do Papiloma Humano
INE	Instituto Nacional de Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MC	Método Contraceptivo
MCS	Modelo de Crenças de Saúde
MSS	Modelo Sequência Sexual
NSE	Nível Socioeconómico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PF	Planeamento Familiar
Quebrese	Questionário Breve Sobre Sexualidade
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TAR	Teoria da Acção Racional
TCP	Teoria da Conduta Planeada
VIH	Vírus da imunodeficiência humana

## Introdução

A literatura contemporânea da área do desenvolvimento humano vem realçando a adolescência como uma fase com elevada probabilidade de risco sexual. Nesta fase do ciclo vital, ocorrem várias transformações: mudanças corporais, emocionais, sociais e cognitivas contribuindo para a vivência singular e a evolução da sexualidade (Vieira et al., 2004; Veríssimo et al., 2008; Sampaio & Silva, 2006a; Boruchovich, 1992; Camargo & Ferrari, 2009).

Interessa-nos situar particularmente a população juvenil portuguesa. A análise das amostras representativas para um estudo colaborativo internacional da OMS (Matos et al., 2006), trouxe ilações sobre a situação portuguesa entre o ano de 2002 e o ano de 2006. Verificaram uma estabilização do número de adolescentes que indicaram ter iniciado as relações genitais (de 23,7%, em 2002, para 22,7%, em 2006). Observaram ainda, que dos jovens activos, o sexo masculino (27,4%) e os jovens com 16 ou mais anos (47%) foram os que mais frequentemente afirmaram ter iniciado as relações sexuais. Quanto à idade da iniciação da actividade sexual verificaram um aumento na proporção de jovens que afirmam ter iniciado com 14 ou mais anos (de 56%, em 2002, para 71%, em 2006). Salienta-se que uma percentagem significativa de jovens indicaram ter iniciado o estatuto sexual com 13 ou menos anos (37%). Estes resultados são preocupantes quando se alia o uso do preservativo. Jovens mais novos (com 13 anos) têm maior probabilidade de não utilizar o preservativo na última relação coital.

Várias pesquisas fundamentam estes resultados. Uma larga percentagem de jovens inicia precocemente a actividade sexual durante a adolescência, têm um uso inconsistente do preservativo, apresentam uma probabilidade elevada de ter múltiplos parceiros sexuais, de se envolverem em consumo de substâncias e terem relações desprotegidas. Estas atitudes são explicadas pela provável sensação de invulnerabilidade, isto é, muitos adolescentes acreditam que nunca vão contrair IST's (Aggleton, Chase & Rivers, 2004; Garriguet, 2005; ONUSIDA, 2003).

Outro problema, resultante da sensação de invulnerabilidade dos jovens é a gravidez na adolescência. Trata-se de um grave problema de saúde reprodutiva em Portugal. Em 2004, o nosso país ainda permanecia na lista dos países da União Europeia com a mais alta taxa de

gravidez na adolescência (Veríssimo et al., 2008). A gravidez precoce pode limitar a rapariga, a educação da adolescente, restringir as suas habilidades no trabalho e reduzir a sua qualidade de vida. Nos rapazes a gravidez precoce pode também acarretar consequências no comportamento sexual e reprodutivo, contudo as maiores consequências recaem sobre as raparigas (Longo, 2002).

Sem informação qualquer jovem continua preso à ignorância, a maioria dos 11,8 milhões de jovens que vivem com VIH não sabem que são portadores do vírus. Outros sabem pouco ou nada sobre este vírus. Nos 17 países analisados pela UNICEF, mais de metade dos adolescentes não conhecem um único método para se proteger contra esta epidemia, a investigação apontou ainda que em todos estes países, as raparigas sabiam menos que os rapazes (ONUSIDA, 2003; UNICEF, 2002). Veríssimo et al. (2008) salienta que é nos países mais afectados pelo VIH/SIDA que a discussão sobre contracepção e prevenção da infecção tende a permanecer um tabu, aumentando tragicamente a desinformação do jovem, levando-o a crer que está em segurança, logo, a subestimar o risco.

Os indicadores referidos remetem para a importância de fornecer informação sobre sexualidade para desenvolver políticas de educação e promover conhecimentos e comportamentos na saúde sexual e reprodutiva mais saudáveis (Sampaio & Silva, 2006b).

Vários investigadores têm ressaltado que o estudo de qualquer variável na adolescência, implica um conhecimento e uma compreensão da constelação de acontecimentos que definem e caracterizam este período do ciclo vital (Dias, 2009). A literatura identifica três tipos de factores que explicam os comportamentos de risco dos adolescentes: os factores sociodemográficos; os psicossociais e os culturais. Os três contribuem para determinar, directa ou indirectamente, quem é o mais vulnerável aos comportamentos sexuais de risco, quais as oportunidades de prevenção e quais os obstáculos na diminuição destes comportamentos (Dias, 2009).

É no âmbito do que se referiu anteriormente que se insere a pertinência do nosso trabalho. Pretendemos quantificar os conhecimentos dos adolescentes escolarizados sobre a saúde sexual e reprodutiva considerando as características individuais, familiares. Sendo uma investigação no âmbito da saúde dos adolescentes escolarizados, pretende-se contribuir no desenvolvimento de políticas que promovam a educação para a saúde sexual e reprodutiva na população juvenil contemporânea.

## Enquadramento Teórico

Neste trabalho dedicamo-nos a rever a literatura referente à temática da saúde sexual e reprodutiva do adolescente, pretendemos exactamente dedicar-nos a medir alguns exemplos dos actuais interesses de investigação e intervenção nesta área.

### Capítulo I: Adolescência e Sexualidade

Reconhece-se que em menos de uma geração, a evolução dos costumes sofreu uma transformação radical no campo da sexualidade (Braconnier & Marcelli, 2000). Em Portugal a sexualidade dos jovens portugueses, é ainda pouco conhecida e é condicionada por influências morais e religiosas. A sexualidade na sociedade portuguesa encontra-se em transformação, pode-se dizer que é uma realidade que é simultaneamente permitida e negada (Roque, 2001).

#### 1.1. A adolescência e o desenvolvimento da sexualidade do adolescente

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), a adolescência é uma etapa evolutiva caracterizada pelo desenvolvimento biofisiológico, psicológico e social.

Dada a dificuldade em definir intervalos de idade com exactidão, a OMS (2002), define adolescente, todo ser humano entre os 10 e os 19 anos. Santrock (2004), sustenta que a adolescência termina por volta dos 22 anos; Braconnier e Marcelli (2000), estende a duração da adolescência, até à terceira década de vida caso o adolescente viva com os pais. A adolescência é marcada por maior liberalização, aceitação e tolerância dos costumes; o prolongamento da instrução formativa (que leva conseqüentemente a uma maior dependência); e o desemprego ou trabalho precário (Braconnier & Marcelli, 2000; Simões, 2007).

A adolescência contemporânea é marcada pelo desenvolvimento físico e o amadurecimento da sexualidade, maturação psicológica e cognitiva e das competências necessárias do adulto, tais como, autonomia e independência dos pais e renegociação das relações sociais com pares do mesmo sexo e do sexo oposto (Dias, 2009; Dias, Matos & Gonçalves, 2007).

O desenvolvimento psicosssexual, é um elemento central do desenvolvimento do adolescente; a sexualidade contribui para a formação da identidade, do auto-conceito, da auto-estima e

afecta o bem-estar físico e emocional dos indivíduos e dos relacionamentos. Na adolescência o relacionamento heterossexual e as relações amorosas assumem uma importância significativa. Numa perspectiva psicanalítica a sexualidade não se inicia na adolescência, mas na infância, do primeiro momento da vida ao fim da vida (Dias, 2009; Cordeiro, 2009; Galvão, 2008; Santrock, 2004). Segundo Freud (cit in., Braconnier & Marcelli, 2000), este desenvolvimento precoce era manifesto nas perguntas curiosas das crianças sobre as diferenças de género, ou sobre a origem dos bebés, ou as condições de fecundação (Dias, 2009; Cordeiro, 2009; Galvão, 2008; Papalia et al., 2001).

A emersão e desenvolvimento de uma relação romântica, implica a alteração da estrutura, da natureza e da qualidade de todo o sistema de relações sociais, incluindo a interacção com os pares, com os membros familiares e com a escola, alterações estas, que têm impacto no funcionamento psicológico do adolescente (Dias, 2009). Segundo Simões (2007), há uma visão paradoxal na forma como os autores descrevem esta evolução. Alguns autores apresentam uma visão mais dramática, caracterizada pela confusão de sentimentos, excitação e ansiedade, felicidade e tristeza, certezas e incertezas, alastrando aos seus cuidadores, pais e professores, e pares. Outros autores apresentam uma visão mais optimista, alegando que a maioria dos jovens estão preparados para lidar com esta mudança com sucesso. Segundo esta abordagem, estas mudanças são parte do desenvolvimento normal, e na sua forma exploratórias são necessárias ao desenvolvimento. Podem ser também um reflexo de um desfasamento entre a maturidade biológica e a maturidade social.

### **Mudanças Biológicas**

A característica mais visível da adolescência é o acentuado desenvolvimento físico, com fortes transformações internas e externas (Zagury, 1996), Destacam-se as mudanças corporais com o aparecimento das características sexuais secundárias. Estas alterações biológicas obrigam a reconstruir a representação do corpo e a auto-imagem sexuada e de assumir a identidade de género e a progressiva sexualidade adulta (Dias, 2009; Papalia et al., 2001). Segundo Cordeiro (2009), os grandes avanços da saúde, e mudanças nos estilos de vida propiciaram que o início da adolescência se desencadeie mais cedo. Este desenvolvimento precoce poderá segundo Moffit et al. (2000, cit in. Simões, 2007), ser causador de problemas, por implicar um desfasamento entre maturidade biológica e social. Boruchovitch (1992) destaca que as raparigas que entram mais cedo na puberdade apresentam maior probabilidade

de ter experiências sexuais precoces. Já no sexo masculino os jovens que iniciam a puberdade tanto prematuramente como tardiamente, têm probabilidade de se envolverem em comportamentos desviantes e de risco à própria vida.

### **Mudanças Cognitivas**

A teoria de Jean Piaget trouxe uma contribuição fundamental para a compreensão do desenvolvimento cognitivo da infância e da adolescência. Segundo Piaget, o desenvolvimento cognitivo acontece em 4 estádios. O último estádio – operações formais – surge na adolescência. Investigações mais recentes, das quais se destacam os estudos de Bart (2004), confirmam os princípios Piagetianos sobre o desenvolvimento do raciocínio formal, que ocorre na adolescência. Piaget reconhecia que nem todas as pessoas são capazes de efectuar operações formais, pelo que é necessário ter em conta a experiência do indivíduo (Papalia et al., 2001). Segundo Piaget a entrada no período das operações formais estrutura o pensamento do adolescente, tornando-o mais complexo e mais eficiente, capaz de desenvolver e elaborar planos de resolução de problemas, e elaboração de possíveis soluções (raciocínio hipotético-dedutivo). Uma outra característica importante do pensamento do adolescente é a metacognição. Trata-se da capacidade de pensar sobre o processo de pensar; este processo de pensamento recursivo aumenta a consciência do adolescente. Assim a adolescência, segundo Piaget é um estádio de novas e complexas operações: pensamento proporcional, análise combinatória, raciocínio probabilístico, correlacional e abstracto (Santrock, 2004; Simões, 2007). A passagem ao estádio das operações formais, atraem o aparecimento do egocentrismo. Preocupado apenas com ele mesmo, o adolescente pensa ser possuidor dos três “I’s” (imortalidade; imunidade e infertilidade), isto é tem dificuldades de percepção da sua invulnerabilidade. Este pensamento produzirá impacto no seu comportamento, diminuindo por exemplo a procura e o uso de contraceptivos (Boruchovitch, 1992). Namerow et al. (1987), atentam que a orientação para o uso de contraceptivos pelos adolescentes, do ponto de vista cognitivo deve-se mais à estimativa subjectiva de que algo lhe aconteça do que à consciência realista de risco.

### **Mudanças Emocionais**

A par das alterações biológicas e cognitivas surgem as alterações emocionais na adolescência (Simões, 2007). Combinando os termos freudianos com considerações antropológicas, Erikson (1968, cit in. Hall & Lindzey, 2002), formula a ideia do desenvolvimento da

personalidade em 8 estádios psicossociais. Segundo o autor, o quinto estádio a sintetiza os estádios anteriores e compreende a soma das aquisições, sendo uma extensão para o futuro. A dinâmica deste estádio articula-se na crise entre a identidade e a confusão de papéis. Na adolescência o indivíduo começa a perceber que possui uma identidade própria, de que é um ser humano único, com um papel significativo na sociedade. Identidade é sinónimo de continuidade, na medida em que significa a integração das aprendizagens anteriores bem como das representações que até aí foram construídas (Hall & Lindzey, 2002; Hansenne, 2003; Larraín, 2010; Santrock, 2004).

Atendendo à difícil transição da infância para a vida adulta e a sensibilidade às mudanças sociais e históricas, o adolescente sofre talvez mais do que nunca uma confusão de papéis, ou uma confusão de identidade, o que poderá causar sentimentos de isolamento, de vazio, de ansiedade e de indecisão. O adolescente sente que a sociedade o está impelindo a tomar decisões e por isso torna mais resistente. Preocupa-se demasiado com é visto e reage com inibição e constrangimento. Durante este estágio o comportamento do adolescente é inconsciente e imprevisível. Durante este período difícil o jovem busca um conhecimento interno e um entendimento de si, e procura formular um conjunto de valores (Hall & Lindzey, 2002; Hansenne, 2003; Larraín, 2010; Santrock, 2004).

Para Erikson, se uma pessoa não adquire uma identidade sólida, tal situação reproduz-se, como por exemplo a dificuldade em escolher um parceiro. Tem-se verificado que indivíduos que crêem que a causa do que lhes acontece é externa e fora do seu próprio controlo tendem a utilizar menos métodos contraceptivos. Do mesmo modo, quanto maior a auto-estima do adolescente maior a tendência a procurar práticas sexuais seguras. (Boruchovitch, 1992; Hall & Lindzey, 2002; Hansenne, 2003; Larraín, 2010; Santrock, 2004).

### **Mudanças Sociais**

Um dos aspectos mais importantes ao nível do desenvolvimento social é a mudança quantitativa e qualitativa ao nível dos contextos sociais do adolescente (Simões, 2007). O comportamento, o ambiente e os factores individuais e cognitivos são importantes para entender o seu desenvolvimento. Albert Bandura (1965; Hansenne, 2003; Simões, 2007; Santrock, 2004), apresenta a teoria da aprendizagem social, na qual aprendizagem se realiza por observação do comportamento de outras pessoas, que constituem modelos sociais, processo a que se chama modelagem. O autor fala de aprendizagem por imitação ou

aprendizagem vicariante. Nesta aprendizagem o indivíduo forma ideias sobre o comportamento da outra pessoa e posteriormente pode reproduzir esses comportamentos. Para Bandura, os comportamentos são determinados por factores ambientais e pessoais, não excluindo os factores cognitivos, as expectativas e as autopercepções. O comportamento pode modificar o ambiente e pode influir sobre o comportamento. O sujeito não está sujeito ao ambiente, mas interage com ele. Mais recentemente, o autor desenvolveu o conceito de auto-eficácia, crença segundo a qual somos capazes de produzir comportamentos para acções futuras (Bandura, 1989; Hansenne, 2003; Simões, 2007).

Na adolescência as mudanças na estrutura social da família, passam a dar privilegio à escola (Boruchovitch, 1992). Num estudo longitudinal (Bandura, 2001), com a participação de 564 crianças, de 11 anos de idade, verificou que os participantes do sexo masculino tinham menor auto-eficácia académica e menor auto-regulação comparativamente ao sexo feminino e apresentaram maiores condutas transgressivas. Concluiu que a baixa auto-eficácia está associada à baixa auto-regulação. Maior a percepção de auto-eficácia, maior predisposição para a auto-regulação. Logo, há menor probabilidade de praticar comportamentos transgressivos. É por isso necessário que a escola desenvolva uma educação sexual, que promova no adolescente auto-responsabilidade e compromisso com a sua própria sexualidade (Boruchovitch, 1992).

## **1.2. Sexualidade dos jovens no contexto sócio-familiar**

Segundo a OMS (WHO, 2007), a sexualidade é uma realidade multidimensional. Consiste num processo biologicamente conduzido, mas a sua expressão é em parte culturalmente definida (Papalia et al., 2001). No século XVIII e XIX, as raparigas eram educadas para restringir os desejos a evitar a sua expressão. A virgindade era sobrevalorizada e muitas vezes essencial para conseguir um marido. As leis do casamento confundiam-se com as leis da propriedade. À família cabia a função reprodutora. O século XX veio trazer alterações profundas na cultura e na sociedade. Nos anos 70 e 80, observa-se um acentuado aumento na incidência das relações sexuais pré-matrimoniais cada vez mais a primeira relação sexual ocorre mais cedo que na geração anterior (Hayes, 1987; Ribeiro & Fernandes, 2009; Roque, 2001). Borges e Schor (2002) numa investigação com 406 adolescentes de ambos os sexos, verificaram que em média as experiências pré-sexuais, tais como o primeiro beijo, ocorrem antes dos 14 anos de idade e tem a primeira relação sexual após os 15 anos de idade. Em

1992, Choquet e Manfredi, estudaram 4255 adolescentes, estudantes do ensino secundário, residentes na zona urbana no norte de França, com idades entre os 11 anos e os 19 anos, 31% dos adolescentes havia iniciado a actividade sexual (43% dos rapazes e 20% das raparigas). Lucas (1993), verificou na população portuguesa uma taxa de virgindade de 20,5% para homens e 59,2% para as mulheres, até aos 19 anos e de 11,5% para os homens e 33,3% para as mulheres entre os 20 e os 24 anos. No grupo dos 18-19 anos 12% das raparigas e 34% dos rapazes eram sexualmente activos, sem parceiro regular. Vasconcelos (1998), verificou que a idade de iniciação sexual dos jovens portugueses tem vindo a baixar, ocorrendo entre os 13 anos e os 15 anos ou ainda antes. Outros dados do Instituto Nacional de Estatística (1999<sup>a</sup>, 1999b, 2001) confirmam aumento na incidência das primeiras relações sexuais. Numa investigação mais recente, a uma amostra de 1792 adolescentes, constatou-se que 4,5% dos jovens com 14 anos, residentes em Matosinhos já teriam experienciado relações sexuais coitais (Ramos et al., 2008).

As diferenças de género continuam a marcar a sexualidade juvenil. A nível mundial a UNICEF (2011) verificou que nos países em desenvolvimento, com excepção da China, 11% das mulheres e 6% dos homens entre os 15-19 anos afirmam ter tido relações sexuais antes dos 15 anos. Em Portugal, o inquérito à fecundidade e à família, realizada pelo Instituto Nacional de Estatística (2001), refere que os rapazes tem a sua primeira relação sexual mais cedo que as mulheres, sendo que a idade mediana dos rapazes é de 17,4 anos e das mulheres 20,6. Borges (2007) comprova esta diferença, apontando que as raparigas apesar de aceitarem a iniciação sexual antes do matrimónio, desejam que exista um vínculo afectivo-amoroso com o parceiro para o inicio dessa prática. Outros estudos referem que os jovens podem iniciar a actividade sexual mais cedo, se não tiverem filiação religiosa (Hayes, 1987). Comparativamente a outros estudos europeus, Portugal parece ser o país onde a diferença entre os sexos, quanto à actividade sexual (idade de início da actividade sexual e número de parceiros) é mais acentuada (Nogueira, Saavadra & Costa, 2008). Um estudo de âmbito nacional com jovens dos 11 aos 15 anos, levado a cabo por Matos et al. (2003), refere que 76.3% dos jovens ainda não tinham tido relações sexuais, os rapazes afirmam já ter tido (33.3%) e 15.0% das raparigas. Ainda quanto às diferenças de género, destaca-se a investigação de Regan, Durvasula, Howell, Ureño e Rea (2004) nos Estados Unidos a 683 jovens adultos, de diferentes etnias. Observou-se que os rapazes iniciam o namoro em idades mais precoces que as raparigas; os jovens asiático-americanos, eram menos experientes no

nível sexual e afectivo, e tiveram as suas experiências sexuais mais tarde que os afro-americanos, latino/hispânicos e caucasianos não-hispânicos. Relativamente ao conceito de amor, verificou-se que não existem diferenças entre as etnias, quase toda a amostra referiu ter-se apaixonado pelo menos uma vez, maioritariamente aos 17 anos de idade. Neste sentido, concluíram que este sentimento é comum e surge pela primeira vez, durante o período de desenvolvimento que abrange o final da adolescência e o início da idade adulta.

Tentando perceber a motivação do acto sexual, Borges e Schor (2007), estudaram uma amostra de 183 adolescentes do sexo masculino dos 15 aos 19 anos, residentes em São Paulo. Verificaram que os motivos incluem a atracção física, a curiosidade e desejo de perder a virgindade. A maior parte dos adolescentes virgens justificam a sua opção por questões de ordem romântica (como não ter encontrado a pessoa certa) ou porque gostaria de casar-se virgem. Os resultados revelaram um duplo padrão social: valorização do sentimento de amor simultaneamente o carácter físico e instintivo da sexualidade. Padrões tradicionais de masculinidade, como a dissociação entre sexo e amor, influenciam a iniciação sexual, revelando diversidade da sexualidade na adolescência relacionados com a saúde sexual e reprodutiva.

A família tem um papel fundamental no desenvolvimento global da criança e do adolescente, contribui activamente na educação, socialização, prestação de cuidados, transmissão de crenças e valores e, de um modo geral, na saúde e bem-estar dos seus elementos e apresenta uma influência mais intensa na adolescência (Braconnier & Marcelli, 2000; Fernandes, Sousa & Barroso, 2004). Muitos autores têm-se dedicado a estudar a sexualidade do adolescente. Apesar dos jovens, alargarem os seus espaços e os seus horizontes, os pais continuam a ser a sua principal base de apoio. A investigação de Weigel, Deveraux, Leigh e Ballard-Reish (1998), verificou que os pais e a família continuam a desempenhar um papel importante na vida dos adolescentes, sendo a mãe a pessoa mais frequentemente escolhida como figura de suporte primário, seguida do amigo, e do pai.

Na verdade, falar sobre sexualidade não é fácil, para os pais trata-se de uma tarefa muito delicada. O diálogo entre pais e filhos facilita a afirmação da individualidade sem violência, e permite a identificação com os pais de uma forma mais clara (Simões, 2007). Segundo Settertobulte (2000), os adolescentes têm mais facilidade em comunicar com as mães Matos, Simões e Carvalhosa (2000) defendem que falar com o pai é mais fácil para os rapazes, e

falar com ambos os pais é mais fácil para os adolescentes mais novos. Estudos realizados em diversos países, incluindo Portugal, evidenciam o embaraço sentido no diálogo entre pais e filhos em relação à sexualidade. Apesar da evolução nas relações pais-adolescentes, dentro do domínio da sexualidade, continua a ser necessária a existência de uma barreira intergeracional, no entanto os pais não são sempre, essencialmente na fase da adolescência, os melhores confidentes dos filhos (Braconnier & Marcelli, 2000; Sousa, Fernandes & Barroso, 2006; Dias, 2009). Roque (2001) defende que a sociedade é cada vez mais permissiva com o comportamento sexual dos jovens, contudo os pais, a sociedade, o sistema educativo e o sistema de saúde, não aceitam que os jovens possam ser sexualmente activos.

Segundo Currier (1981, cit in. Roque, 2001), as culturas humanas variam de um extremo ao outro relativamente à forma como encaram a sexualidade. O autor classifica-as em quatro categorias: culturas sexualmente repressivas, culturas sexualmente restritivas, culturas sexualmente permissivas e culturas sexualizadas. As culturas sexualmente repressivas têm tendência para negar a sexualidade, uma vez que consideram o sexo uma área perigosa do comportamento e atribuem uma virtude especial à inactividade sexual. Neste tipo de cultura o prazer é desvalorizado e é comum proibirem-se todas as formas de comportamentos sexuais, excepto o matrimónio. Os jovens são ignorantes, a culpa e o medo estão associados. As culturas sexualmente restritivas estão orientadas para a delimitação da sexualidade. As brincadeiras sexuais das crianças podem ser permitidas, mas desde que se mantenham fora da vista dos adultos. Na adolescência, esta cultura, aceita uma considerável liberdade sexual e o sexo pré-matrimonial é considerado norma. As culturas sexualizadas cultivam a sexualidade, sendo o sexo considerado indispensável à felicidade humana. A experiência sexual infantil é considerada uma componente essencial para um desenvolvimento biológico e social normais. Um conjunto de costumes e instituições fornecem informações e oportunidades sexuais aos jovens, independentemente da idade, encorajando-as a desenvolverem as suas competências sexuais. A existência de locais de encontro para a prática das actividades sexuais dos jovens é aceite e legitimada socialmente. O prazer sexual é valorizado e procurado por ambos os sexos. A ausência da satisfação sexual é considerada intolerável e motivo suficiente para terminar uma relação ou um casamento. Em Portugal assiste-se actualmente à cultura de regras restritivas, que tendem a ceder às regras da cultura sexualmente permissiva (Roque, 2001). Esta mudança foi observada no estudo realizado em 1999, a 100 famílias de adolescentes da região de Lisboa (Vilar, 2005). Constataram-se que as questões sexuais

deixaram de ser evitadas na comunicação intra-familiar; observa-se alguma permissividade na forma como a sexualidade é encarada. 80% das raparigas e quase 50% dos rapazes afirmaram que conversam com as mães sobre estas questões; falam com o pai 9% dos jovens e com as mães 13%. Progenitores e jovens, realçaram o papel dos pais, especialmente da mãe, na educação sexual. Esta mudança, ocorrida nas últimas décadas, provoca nos pais, sentimentos de confusão e receio. No passado, as famílias não tinham dúvidas sobre o que era certo ou errado, o que podiam ou não permitir. Actualmente encontramos-nos num período de transição para a construção de um sistema de novos valores sexuais e as famílias confrontam-se com dificuldades e dúvidas sobre como orientar os filhos (Cano & Ferriani, 2000). Para López e Oroz (1999) esta contradição actual é o principal problema da regulação da sexualidade. Sousa, Fernandes e Barroso (2006) tentaram compreender a influência dos elementos culturais, no contexto familiar, sobre o comportamento sexual do adolescente. Realizaram um estudo de caso com a família de uma adolescente, verificando que a família crê que conversar sobre sexo pode induzir a filha à prática sexual. Os autores defendem que as crenças erróneas promovem comportamentos sexuais de risco, pois provocam consequências irreversíveis, como a gravidez precoce, e favoreceram condições de risco para a adolescente contrair IST.

De um modo geral, atitude e valores dos pais sobre a sexualidade é marcada por variáveis sociais como a *residência*, o *nível socioeconómico*, a *idade*, o *nível de escolaridade*, a *posição perante a religião* e outras (Pais, 1985; Dias, 2009).

Simão (2007) defende que os indivíduos com baixos recursos económicos, comparados com os que vivem com condições financeiras mais favoráveis, estão mais expostos a acontecimentos de vida negativos, têm condições de vida mais stressantes, e estão mais predispostos aos problemas de saúde mental. Os pais que experienciam mais acontecimentos negativos são mais distantes, restritivos e punitivos para os seus filhos e fornecem ambientes menos estimulantes. Existe evidência de que à medida que aumentam os acontecimentos e condições de vida stressantes, menos estimulante é o ambiente da criança em idade pré-escolar em termos académicos e de linguagem e mais baixo é o quociente intelectual da criança. Os recursos financeiros possibilitam, entre outros aspectos, aprendizagens de maior qualidade (melhores cuidados diários e melhores escolas), e possibilita a redução do stress familiar, o que contribuiu para uma melhoria das relações entre pais e filhos (Simões, 2007).

Um grau superior de educação dos pais, segundo diversos autores, poderá resultar em níveis mais elevados de auto-estima, de competências sociais e relacionais e de expectativas educacionais futuras para os filhos, aspectos que estão relacionados positivamente com o início tardio da vida sexual (Dias, 2009). Destaca-se o estudo de McNeely et al., (2002) com uma amostra representativa de adolescentes dos 14 e 15 anos de escolas dos Estados Unidos; verificou-se que os adolescentes cujas mães com elevados níveis de educação tinham menor probabilidade de iniciar prematuramente a vida sexual.

Relativamente ao impacto da religião, apesar da população portuguesa é maioritariamente católica, estudos apontam para grande desigualdade na adesão às normas prescritas pela Igreja. O uso dos métodos anti-concepcionais, não aceites pela Igreja são largamente aceites pela maioria das mulheres, sem que isso seja considerado contraditório com as suas crenças religiosas. Nas sociedades abertas e globais, a Igreja foi destituída da influência social e fica dependente da adesão dos crentes (Fonseca et al., 2003). Visser et al. (2007), realizaram um estudo com uma amostra representativa de 19,307 australianos com idades entre 16 e os 59 anos de idade, tendo sido comparados quatro grupos religiosos (protestantes, católicos, budistas, muçulmanos) e o grupo dos ateus. Verificou-se que de modo geral, maior frequência dos serviços religiosos foi associada a padrões mais conservadores de comportamento e atitudes. O Inquérito sobre os Valores e Atitudes dos Jovens Portugueses, levado a cabo pelo Instituto de Estudos para o Desenvolvimento (Pais, 1985) revela que os pais apresentam uma posição mais sexualmente permissiva em relação aos rapazes do que em relação às raparigas. Foi observado que os pais residentes em meios urbanos, que têm filhas, são mais permissivos do que os pais dos meios rurais (por exemplo em relação ao *beijo na boca* entre namorados). Os pais católicos praticantes são os que menos aprovam o beijo: cerca de 30% dos pais católicos praticantes aprovam o beijo entre namorados, mas cerca de 50% dos católicos não praticantes e dos ateus aprova tal forma de afecto. Isto para já não falar do beijo na boca entre não namorados: rejeição por parte dos pais católicos é praticamente total. Os rapazes e raparigas com idades mais baixas (15 e 17 anos) são, aqueles cujos pais encaram o beijo com mais pavor. Apesar deste conservadorismo Fonseca et al. (2003), defende que a religião acaba sempre por se adaptar às novas realidades sócio-culturais. De facto, na sociedade portuguesa, durante muito tempo, não houve informação suficiente, o que privou muitos indivíduos de uma livre vida sexual. Hoje em dia, observam-se novas medidas como planos de educação sexual, nas escolas serviços de aconselhamento

afectivo-sexual. A sexualidade juvenil é ainda uma realidade que é simultaneamente permitida e negada; nem os pais, nem o sistema educativo, ou o sistema de saúde conseguiram dar uma resposta satisfatória a estes jovens para que vivam uma sexualidade sem risco (Roque, 2001).

## Capítulo II – Saúde sexual e reprodutiva

*Saúde sexual* e o de *saúde reprodutiva* são 2 conceitos associados. O evento de porte internacional sobre temas populacionais, que nunca antes foi realizado: o Programa de Acção A Conferencia Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), defende saúde reprodutiva como um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de género. Os delegados das nações unidas concordaram, que a Saúde Reprodutiva implica um estado completo de bem-estar físico, mental e social, assim como, uma vida sexual satisfatória e segura. Implica a capacidade de se reproduzir e decidir, quando e com que frequência o fazem (Cairo, 1994). A OMS descreve saúde sexual como a ausência de doenças, especialmente as doenças sexualmente transmissíveis; a ausência de coação sexual, tais como a violência, tal como a violação sexual e as demais formas de coerção sexual. Presentes no sexo comercial, ou instituídas pela relação de poder entre homens e mulheres e pela estigmatização, por exemplo de homossexuais e lésbicas, e pela presença de satisfação no acto. Este conceito no seu carácter instrumental, tem possibilitado várias intervenções de carácter médico e social, assim como político e ético (Villela, 2006).

A importância atribuída à saúde sexual e reprodutiva é relativamente recente (Nodin, 2001; Ogdnen, 2004). A OMS (2002) declarou que os problemas de saúde específicos da adolescência são: a gravidez não desejada, as IST's, (onde destaca a sida) o consumo de álcool, tabaco e drogas, os acidentes de viação e os hábitos alimentares. Estes problemas, com causas multivariadas, são em grande parte determinados pelos comportamentos e estilos de vida. Na adolescência estes problemas de saúde tendem a aumentar, os autores destacam que é possível prevenir muitos desses problemas, através da prevenção, devido à grande plasticidade comportamental que caracteriza a adolescência (Dias, 2009; Simões, 2007).

A legislação Portuguesa, reconhece alguns direitos da saúde sexual e reprodutiva do adolescente: garante o acesso a consultas de planeamento familiar a todos os que a procurem (Art.º 67/2 da Constituição da República Portuguesa), bem como a disponibilização dos

métodos contraceptivos (Decreto-Lei 259/2000 de 17 de Outubro), o acesso a consultas fora de área em qualquer serviço a qualquer jovem (Decreto-Lei 120/99 de 11 de Agosto); assim como a prevenção e direito a educação sexual (Lei 3/84, de 24 de Março); e ainda o acesso livre à contracepção de emergência (Decreto-Lei 12/2001 de 29 de Maio).

## 2.1. Planeamento familiar

A expressão «Planeamento Familiar» surgiu nos anos trinta; até então era usado o termo «controlo da natalidade», e durante muito tempo foi erroneamente considerado, como sinónimo de anticoncepção ou de contracepção. Actualmente entende-se o planeamento familiar como algo relacionado com o conceito de saúde reprodutiva (Manuel, 2007; Remoaldo, 2001). A Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), instituiu a obrigatoriedade de programas de Planeamento Familiar, acessíveis a toda a população, de modo a auxiliar os indivíduos a satisfazer seus direitos sexuais tais como evitar a gravidez não desejada, a redução dos casos de gravidez de alto risco, morbidade e mortalidade. Actualmente o planeamento familiar é apreciado como uma filosofia de vida que inclui não só controlo da natalidade mas também outros aspectos afectivos e sociais da sexualidade. Para a OMS, o planeamento familiar é uma forma de pensar e viver, aceite voluntariamente pelos indivíduos e pelos casais, com conhecimento e responsabilidade (Manuel, 2007; Remoaldo, 2001). A Direcção Geral da Saúde (DGS, 2001) reconhece que os serviços oficiais de consulta planeamento familiar constitui um investimento eficaz a assegurar a saúde e o bem-estar das mulheres, crianças e comunidades, sendo um componente essencial dos serviços de Saúde Reprodutiva com qualidade.

Segundo a Comissão Europeia (1996, cit in. Manuel, 2007), o planeamento familiar tem dois objectivos essenciais: um objectivo demográfico e macroeconómico que diz respeito à sociedade no seu conjunto, e um objectivo social que visa aumentar o bem-estar dos indivíduos e das famílias. Os objectivos do Planeamento Familiar são: promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura; regular a fecundidade segundo o desejo do casal; preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis; reduzir a mortalidade e a morbidade materna, perinatal e infantil; reduzir a incidência das IST's e as suas consequências, nomeadamente a infertilidade; melhorar a saúde e o bem-estar da família (DGS, 2001). A DGS estabeleceu como objectivos informar sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade; informar sobre as vantagens do espaçamento adequado das

gravidezes; informar sobre as consequências da gravidez não desejada; informar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução; facultar informação completa, isenta e científica sobre os métodos contraceptivos; proceder ao acompanhamento clínico, qualquer que seja o método contraceptivo escolhido; fornecer, gratuitamente, contracepção; reconhecer e orientar os casais com desajustes sexuais; prestar cuidados pré-concepcionais; identificar e orientar os casais com problemas de infertilidade; efectuar a prevenção, diagnóstico e tratamento das IST's; efectuar o rastreio do cancro do colo do útero e da mama. Uma revisão do trabalho do Gabinete de Planeamento Familiar, criado em 1997, na Califórnia para oferecer aos adolescentes e adultos de baixo rendimento, concluiu que removendo as barreiras de custo, aumentando o número e tipos de provedores que oferecem serviços com financiamento público e assegurando a confidencialidade, há diminuição de gravidezes indesejadas e de IST's (Brindis et al., 2003).

O planeamento familiar é referido em Portugal somente após a revolução do 25 de Abril em 1974, como um direito constitucional para todos os cidadãos (Manuel, 2007; Remoaldo, 2001). No entanto, existe ainda hoje muitos problemas e necessidades não resolvidas relativamente aos direitos sexuais e reprodutivos (Roque, 2001).

Segundo o relatório da UNICEF (1998), Portugal é o país da União Europeia com maior número de mães adolescentes. Em cada mil partos, 22 são de mães que têm entre 15 e 19 anos. Almeida (1987) destaca que em Portugal as taxas de gravidez neste grupo são mais altas nas zonas urbanas, especialmente nas grandes cidades, mas também no Algarve, nas zonas rurais, com uma estrutura social mais tradicional e conservadora, as taxas são menores. Relativamente aos Açores, estes dados são confirmados ou mesmo agravados, visto que se verifica uma taxa de 11,2% de gravidez precoce, o dobro da verificada no continente Português (Dias & Rodrigues, 2009). É certo, que em Portugal a partir da década de 80, houve uma diminuição, do número de mães adolescentes, contudo em 2006, ainda é observado, que em 100 nados-vivos, cerca de 5 são de mães adolescentes (Fernandes, 2008).

A gravidez precoce acarreta situações de grande risco para a saúde física tanto da mãe como do bebé, assim como problemas de ordem social e cultural. Em todos os lugares do mundo, complicações da gravidez e o parto são entre as principais causas de morte de meninas adolescentes de 15 a 19 anos de idade (Roque, 2001, UNICEF, 2011). Um estudo realizado em Orellana, uma província do Equador, na Bacia Amazônica, cerca de 40% das meninas de

15 a 19 anos de idade estão ou estiveram grávidas. Constatou-se que as gestações estavam relacionadas com factores estruturais como abuso sexual, ausência parental e pobreza. Este estudo mostra como a gravidez na adolescência está dependente de factores fora de controlo das jovens (UNICEF, 2011).

Os dados revelam o peso da maternidade adolescente no panorama da fecundidade em Portugal. Daí a necessidade de promover um maior conhecimento de saúde sexual e reprodutiva às adolescentes. A literatura defende que se os jovens possuírem conhecimentos, informação e motivação acerca da contraceção, podem mudar as suas atitudes e, posteriormente, os seus comportamentos (Fernandes, 2008; UNICEF, 2011).

Tentando perceber o conhecimento das adolescentes puérperas sobre planeamento familiar Crizóstomo, Nery, e Luz (2005) realizaram um estudo qualitativo com catorze adolescentes. Concluíram que o conhecimento das entrevistadas era superficial e restringia-se aos métodos contraceptivos. Apesar de utilizarem os métodos, indicadas por enfermeiras, médicos, agentes comunitários da saúde e as instituições de saúde, estas adolescentes, em geral, não planearam a sua gravidez actual.

Para que uma escolha seja informada, a comunicação é vital no Planeamento Familiar. Uma comunicação eficaz confere às pessoas o poder de escolherem o que é o melhor para si e a sua própria saúde. A comunicação em saúde não se resume a transmitir informação, mas envolve também dar mensagens que possam ser facilmente entendidas, aceites e postas em prática pela audiência pretendida. A comunicação relativa ao Planeamento Familiar pode constituir um desafio, uma vez que se reporta a aspectos muito pessoais da vida, onde existem barreiras sociais e culturais que inibem a discussão aberta (Manuel, 2007). Muza e Costa (2002) reconhecem que os adolescentes apresentam resistência em aproximar-se dos serviços de saúde e em contrapartida, existe resistência dos serviços em acolher os adolescentes. Martins, Nunes, Silva e Sánchez-García (2008), supõe que esta resistência pode dever ao desconforto dos técnicos do planeamento familiar em lidar com o prazer sexual dos utentes (Martins et al., 2008).

Tentando compreender este entrave, Cavacho, Mello, Morais e Silva (2008), realizaram um estudo com 200 adolescentes primigestas de 10 a 19 anos e verificaram que mais de metade (63,7%) recorreram a algum serviço de saúde anteriormente à ocorrência da gestação, no entanto as que nunca recorreram justificaram essa opção, devido a falta de informação

(43,8%) ou sentimento de medo ou vergonha (37%). Foreit, Gorosh, Gillepie e Merritt (1978), delinearam um modelo no qual se expõe as características que poderão levar os adolescentes a aproximar-se ou afastarem-se dos programas disponibilizados pelos serviços de saúde, o modelo é composto por quatro factores que influenciam a relação que se poderá estabelecer com estes serviços: o acesso geográfico; o acesso económico; o acesso administrativo e o acesso psicossocial. Esta última dimensão é desenvolvida mais tarde por Bertrand, Hardee, Magnani e Angle (1995), neste modelo é realçado os aspectos que podem condicionar a utilização dos serviços: a cultura religiosa que pode afectar a concepção de medicina, as questões de género e a distância social, segundo os autores esta distância pode ter origem por exemplo, nas diferenças etárias, sociais, económicas e étnicas entre os utilizadores do serviço e os seus prestadores.

No estudo comparativo de Martins et al. (2008), com estudantes portugueses e estudantes espanhóis e verificaram diferenças significativas entre o género, visto que apesar dos rapazes utilizarem e controlarem maioritariamente o uso do preservativo, são as raparigas que utilizam mais frequentemente os espaços formais para resolver as suas dúvidas sobre sexualidade, planeamento familiar e outros tipos de contraceção, através do maior uso dos médicos e enfermeiros como fonte de informação. Isto pode dever-se ao facto de que os locais destinados ao planeamento familiar e contraceção juvenil ainda perpetuam a imagem na função reprodutiva, com uma estética e funcionalidade dirigidas às mulheres, excluindo de alguma forma os rapazes, desresponsabilizando-os de um papel mais activo, e dificultando um encontro mais próximo entre homens e mulheres. Roque (2001), defende esta ideia, quando justifica a criação de redes de serviços de saúde sexual e reprodutiva em Portugal e na maioria dos países europeus, dirigidos ao sexo feminino, visto que são elas que dão à luz as crianças, mantendo os homens negligenciados a este atendimento.

Incrementando esta ideia, o estudo Martins et al. (2008), analisou ainda que os rapazes são os que procuram informação no cinema ou na televisão, sendo esta uma fonte que não carece de contacto interpessoal, contribuindo para um maior distanciamento entre técnicos e rapazes, e consequentemente para uma informação menos esclarecida e estereotipada. De um modo geral, tanto os jovens espanhóis como os portugueses recorrem com maior frequência às revistas e livros, aos professores e ao cinema ou televisão como fonte de informação. Os jovens mais novos tendem a procurar fontes de informação de maior interacção social (maioritariamente escolhem os professores); enquanto que os mais velhos preferem revistas e

livros. O inquérito de Bea, Berg e Parry (1983) com 2000 adolescentes, acerca de com quem preferiam conversar sobre contraceção, revelou que as raparigas (cerca de 30% das raparigas), indicavam a consulta de planeamento familiar e, em seguida (cerca de 25%) pela mãe. Por outro lado, nenhuma rapariga referiu o pai e só uma pequena percentagem (cerca de 4%) refere os 2 em conjunto. O sexo masculino também prefere a consulta de planeamento familiar (27%), em segundo lugar destacam os amigos (20%), e cerca de 12% os 2 pais em conjunto. Nos rapazes: cerca de 10% dos rapazes optam pela mãe e outros tantos pelo pai. Os estudos empíricos mostram que os rapazes são menos influenciados pelos processos parentais, com os pais apresentando maior influência (Dias, 2009). Num estudo com jovens afro-americanos, dos 13 aos 15 anos, observou-se que durante a adolescência, a mãe é o membro familiar que desempenha um papel mais activo enquanto fonte de informação sobre sexualidade (Dilorio, Kelley & Eaton, 1999). Os autores observaram ainda que os pais têm forte influência no que respeita às atitudes e comportamentos sexuais, como por exemplo na decisão face à iniciação sexual. O impacto da influência maternal nas tomadas de decisões dos adolescentes, foi confirmada no estudo de O'Sullivan, Meyer e Watkins (2001) a 72 mães e 72 filhas latinas. Verificaram que as mães são a principal influência nas suas decisões sexuais. Ao longo do desenvolvimento do jovem, a mãe vai perdendo relevância gradualmente, dando lugar a outras fontes de informação menos pessoais: revistas, livros e profissionais de saúde (Nodin, 2001). Bié, Diógenes e Moura (2006), analisaram entrevistas de 10 adolescentes dos 14 aos 19 anos. Verificaram que as jovens tentam introduzir na família o tema do planeamento familiar. É compreensível que neste delicado e complexo contexto semiótico, pais e filhos encontrem dificuldades em conversar sobre sexualidade (Dias & Gomes, 1999). Dias e Gomes (1999) defendem que os pais têm sentimentos de ambiguidade em relação à sexualidade das jovens e também em relação ao seu papel na educação sexual, pois não era claro que valores que pretendiam transmitir aos filhos. Compreendendo que a natureza das conversas entre pais e filhos também muda com a idade, Helpren (1983), desenvolveu um modelo que classifica 3 tipos de conversação entre pais e filhos: a importante conversa sobre concepção e menstruação durante a pré-adolescência; as conversas de “chá”, no início da adolescência, onde são abordados os valores familiares, e as conversas sobre os papéis sociais, durante a adolescência tardia, em que são abordados o aborto, a parentalidade e a promiscuidade.

A literatura é concordante em enfatizar a importância da comunicação no planeamento familiar. Todas as fontes de informação são relevantes evoluindo progressivamente das questões meramente contraceptivas, para as atitudes face à sexualidade, por exemplo treinando a assertividade para a tomada de decisões saudáveis (Dias, 2009; Manuel, 2007; Martins et al., 2008; Giordano & Giordano, 2009)

## 2.2. Uso dos métodos contraceptivos na adolescência

A contraceção constitui uma importante vertente da saúde sexual e reprodutiva. A contraceção envolve o uso de medicamentos, químicos, dispositivos, cirurgia ou um comportamento que controle a fecundidade entre pessoas heterossexuais sexualmente activas. Os vários métodos contraceptivos podem ser assim categorizados em: hormonais (pílula, implantes, injeções, anel vaginal), de barreira (preservativo, diafragma), químicos (espermicidas), cirúrgicos (laqueação, vasectomia), temporários (dispositivo intra-uterino) e naturais (método da temperatura, do calendário, do muco e do coito interrompido) (Vicente, 2001; Martins et al., 2006; Nodin, 2002; Giordano & Giordano, 2009). Na tentativa de aumentar a prevenção da gravidez não-planeada e reduzir os efeitos colaterais, é recomendado na adolescência a associação de métodos contraceptivos, essencialmente o preservativo e o contraceptivo hormonal combinado oral (Bouzas, Pacheco & Eisenstein, 2004).

Como referido no capítulo anterior, a idade da primeira relação sexual tem vindo a diminuir, tal como a idade do uso da primeira contraceção (INE, 2001). Segundo os dados da APF (2008), no período dos 13 e os 21 anos, 40% dos jovens são sexualmente activos e apenas metade 50% destes utilizam regularmente os métodos contraceptivos. O Inquérito à Fecundidade e à Família (INE, 2001) observou um aumento do uso de contraceptivos na população adolescente portuguesa. Na faixa etária dos 15-19 anos verificou-se que 61% das mulheres e 59% dos homens usaram algum método contraceptivo na primeira relação sexual, contrariamente ao que sucedia nas gerações passadas onde se havia observado que de um modo geral, os adolescentes desta faixa etária, não utilizaram nenhum método de contraceção na primeira relação sexual.

De país para país, há uma grande variação do uso dos métodos contraceptivos pelos adolescentes. Há países em que cerca de 80% de jovens que os utilizam e outros apenas 5%. Como seria de esperar, os valores mais elevados correspondem aos países mais

desenvolvidos (Almeida, 1987). No estudo “Health Behaviour in School-Age Children” (cit in Dias, 2009) referente á saúde sexual dos adolescentes de 30 países, revelou que dos 28% dos jovens sexualmente activos, com 15 anos, 80,2% dos rapazes e 69,6% das raparigas reportaram ter utilizado preservativo na última relação sexual. Os rapazes portugueses foram os que menos utilizaram. O estudo do “Youth Risk Behavior Surveillance” (Centers for Disease Control and Prevention, 2004), realizado em escolas secundárias dos Estados Unidos, revelam que entre os estudantes do 9.º ao 12.º ano de escolaridade sexualmente activos, 62,8% afirmaram ter utilizado o preservativo na última relação sexual; os rapazes (68,8%) reportaram haver utilizado mais o preservativo do que as raparigas (57,4%). Do grupo feminino, cerca de 21% reportam haver usado a pílula. Os resultados indicaram que o uso da pílula aumenta à medida que aumenta a idade do adolescente. Num estudo suíço, com 2075 raparigas e 2208 rapazes, dos 16 aos 20 anos (Narring, Wydler & Michaud, 2000), foi evidente que o uso do preservativo nos adolescentes suíços apresentam proporções elevadas, particularmente na primeira relação coital. Nas raparigas o uso do preservativo tende a diminuir em favor ao contraceptivo oral, entre a primeira e a última relação sexual, enquanto que nos rapazes as proporções mantêm-se. O estudo indicou que o uso de contraceptivos e preservativo é mais baixo: quando iniciam a vida sexual mais cedo e definem a relação em que ocorreu a sua iniciação sexual como casual, no caso dos adolescentes do sexo feminino, quando têm parceiros sexuais mais velhos (mais de sete anos) ou de outra geração. Quanto mais jovem é uma rapariga ao iniciar a sua vida sexual, menor é a probabilidade de utilizar contracepção no primeiro coito (Papalia, Olds & Felman, 2006; Mendonça & Araújo, 2010). Em 2005, verificou-se um decréscimo na percentagem dos Estados Unidos dos alunos do 9.º ano ao 12.º ano, que haviam tido relações sexuais (46,8% do total do grupo etário), e contudo 37,2% não tinham usado preservativo na última relação (Centers for Disease Control and Prevention, 2006).

A decisão de utilizar contracepção, bem como a eleição do método, é influenciada por vários factores (Paiva, Calazans, Venturi & Dias, 2008), de acordo com Masters, Johnson, e Kolodny (1995), depende fundamentalmente de dois condicionalismos, a operacionalidade e os riscos que os mesmos comportam para a saúde. Alguns autores defendem que os jovens que optam pelo uso dos métodos contraceptivos, na generalidade apresentam maiores níveis de maturidade do ego, enquanto que os restantes (comportamentos sexuais desprotegidos) são mais propensos a desenvolver dificuldades nas relações íntimas com os adultos e pares,

apresentam maior impulsividade, menor nível de tolerância à frustração e dificuldade de planejar o futuro (Almeida, 1987; Hart & Hilton, 1988; Pestrak & Martin, 1985). Alguns estudos estudam as dimensões sócio-cognitivas explicativas da adesão à contracepção, tais como o ‘locus de controlo’, a percepção de auto-eficácia, a satisfação com o suporte social e a atitude face à sexualidade (Costa & Leal, 2005). Alves e Lopes (2007), estudaram o ‘locus de controle’ numa amostra de 191 raparigas e concluíram que as que usam o preservativo masculino apresentavam maior ‘locus interno’, isto é, estas usuárias entendem-se como agentes dos acontecimentos em que estão envolvidas, enquanto que as usuárias de métodos contraceptivos de implante, apresentavam maior ‘locus externo’, visto que atribuem maioritariamente o controle da sua vida a outras pessoas, entidades ou até mesmo à sorte ou destino.

Chirinos et al., (2001), defendem que para que a escolha do método contraceptivo seja efectivo é importante que se conheçam bem estes métodos. Teixeira, Knauth, Fachel e Leal, (2006), indicam que ambos os pais fornecem as primeiras informações sobre os métodos contraceptivos, mas as mães superam os homens. Neste estudo empírico, os rapazes referem os pais como fonte de informação, maioritariamente. Quanto às reservas sobre métodos contraceptivos com o parceiro, antes da primeira relação, as jovens fazem-no mais do que os rapazes. Alguns adolescentes dispõem de informação sobre os rumos das relações sexuais sem protecção mas não a utilizam; isto acontece provavelmente por falta de habilidades para negociar a abstenção ou a utilização do preservativo. É provável que inicialmente tenham medo ou vergonha de falar de relações sexuais com o seu parceiro/a (UNICEF, 2002).

Relativamente às crenças sobre métodos contraceptivos, salienta-se o estudo de Oliveira, Abreu, Barroso e Vieira (2009), que estudou as crenças sobre uso do preservativo. Concluí que a principal crença errónea sobre o uso do preservativo é o risco de ele se romper. De facto, o rompimento ou a saída do preservativo é bastante incomum. Quando acontece durante o intercurso sexual, isto poderá ser explicado pela sua inadequada colocação, pela escolha de um preservativo incompatível com o tamanho do pénis, pela baixa pelo vencimento do prazo de validade, pelo armazenamento inadequado etc. Os autores verificaram ainda que os sujeitos do sexo masculino acreditam no incómodo e diminuição do prazer se usarem preservativo. O estudo de Vieira et al., (2004), verificou que as jovens justificam o não uso do preservativo, por suposta confiança no parceiro, por o parceiro não gostar, porque reduz o prazer e quebra o clima emocional. O estudo de Oliveira et al. (2009)

verificou ainda que as crenças correctas sobre o uso do preservativo existem em jovens de ambos os sexos e com a mesma faixa etária, e justificou o uso por razões de prevenção de IST's e da gravidez.

Estudiosos defendem que quanto mais os jovens sabem sobre sexo, mais responsáveis tendem a ser a esse respeito. Actualmente os adolescentes tendem a saber mais sobre sexo do que os seus predecessores. (Papalia et al., 2006). De um modo geral, os estudos acerca dos conhecimentos sobre os métodos contraceptivos apontam para um conhecimento superior nas raparigas comparativamente aos jovens (Reis & Matos, 2007). Belo e Silva (2004), estudaram o conhecimento, as atitudes ao uso prévio de métodos contraceptivos em adolescentes grávidas e concluíram, que muitas jovens que tinham um conhecimento correcto sobre dos métodos têm contudo uma prática inadequada na sua utilização. No estudo de Roque (2001) a 397 estudantes, entre os 16-29 anos, foi verificado que os conhecimentos sobre contracepção e fisiologia sexual são quase nulos, nas raparigas e nos rapazes. No norte de Portugal foi realizado um estudo com 753 alunos do 10.º ano ao 12.º ano, acerca dos conhecimentos dos contraceptivos de emergência. Os resultados apontaram um diminuto conhecimento, dos alunos com maior conhecimento efectivo destacou-se os alunos do 12.º ano de escolaridade e do sexo feminino, contudo verificou-se uma atitude genericamente favorável à contracepção de emergência, entre os jovens de ambos os sexos (Castro & Rodrigues, 2009). O estudo de Martins et al. (2006) a 1594 adolescentes dos 12 aos 19 anos, verificou-se que os factores associados ao maior conhecimento foram: ser do sexo feminino, estudar numa escola privada, frequentar o secundário, ter um nível socioeconómico alto, ter estatuto sexual activo e ter maior idade. Almeida e Vilar (2008) analisaram 86 entrevistas a homens de diversas condições e regiões de Portugal. Os métodos mais referidos pelos entrevistados foram os que dependem da actuação masculina. Concluíram existir nos homens portugueses uma atitude favorável à contracepção, contudo verificaram uma utilização limitada do preservativo. No mesmo sentido, o estudo de Martins et al. (2008) a 678 estudantes universitários portugueses e espanhóis, verificou que os jovens portugueses tem um nível de conhecimentos mais elevado que os jovens espanhóis; no entanto os jovens espanhóis utilizam mais o preservativo; verifica-se também que as raparigas referem usar menos o preservativo do que os rapazes. O estudo de Alves e Lopes (2008), constatou igualmente que apesar dos adolescentes apresentarem conhecimentos e atitudes adequadas, eles precisam modificar as suas práticas para uma anticoncepção mais eficaz.

### 2.3. Infecções Sexualmente Transmissíveis nos Adolescentes

Sendo essencial o conhecimento sobre os métodos contraceptivos e a promoção de atitudes positivas face ao uso de contraceção, é urgente que o jovem perceba que a sua sexualidade pode ser vivida de forma saudável e feliz, precisando apenas de ter um comportamento positivo (Reis & Matos, 2007).

As IST's, anteriormente designadas doenças venéreas, são infecções que se transmitem por contacto sexual, causadas por diversos agentes infecciosos, ocasionam grande multiplicidade de sintomas e manifestações clínicas, embora, na maioria dos casos, possam evoluir com poucos ou nenhuns sintomas. Actualmente constituem um problema de saúde pública a nível mundial, com um peso socioeconómico crescente, sobretudo devido a consequências a nível da saúde sexual e reprodutiva (Azevedo, 2008).

A investigação de Muñoz & Jacquard (2008), verificou que a incidência da infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) é uma das IST está associada ao desenvolvimento do cancro do colo do útero e de muitos outros cancros genitais e aerodigestivos superiores. O HPV é altamente prevalente na população sexualmente activa, especialmente dos 16 aos 25 anos de idade, visto que na adolescência o desenvolvimento cervical está em nível máximo, o que facilita esta infecção (Murta, Souza, Adad & Júnior, 2001). Segundo o estudo de Murta et al. (2001), a infecção pelo HPV é mais frequente nas adolescentes que utilizavam métodos contraceptivos orais e menos frequente em casais que utilizavam o preservativo. Quanto ao conhecimento de homens e mulheres acerca do HPV e da sua associação com o cancro do colo do útero, no geral as investigações revelam baixos conhecimentos dos jovens sobre estas infecções, sendo que os conhecimentos sobre o cancro do colo do útero são superiores aos conhecimentos do HPV (Pitts, Clarke, 2002; Hershey; Velez, 2009; Mehu-Parant, Rouzier, Soulat & Parant, 2010). Muñoz e Jacquard (2008), mostraram a relevância da vacinação como prevenção do cancro do colo do útero e outros cancros associados ao HPV. Este reconhecimento permitiu abrir novas frentes para a prevenção desta doença. Em Portugal, com o objectivo de diminuir a incidência das doenças preveníveis pela vacina, em especial contra o cancro do colo do útero, foi aprovada a vacina HPV no Programa Nacional de Vacinação, em 2008, às jovens a partir dos 13 anos de idade. No entanto atente-se que a vacina não protege contra todos os génotipos de HPV causadores de cancro do colo do útero; a vacina não tem eficácia terapêutica para infecções eventualmente já existentes; tratando-se

de uma vacina tetravalente, será eficaz contra os genótipos ainda não adquiridos. A vacina não protege de outras infecções sexualmente transmissíveis, pelo que se devem adoptar comportamentos seguros. Deve-se iniciar a rotina de rastreio do cancro do colo do útero, dois anos após o início da vida sexual activa (APF, 2008; DGS, 2008).

A segunda IST nos jovens activos mais prevalente é o **herpes genital**, uma doença crónica recorrente, muitas vezes dolorosa e altamente contagiosa, causada por um vírus. A IST curável mais comum é a **clamídia** que causa infecções no trato urinário, recto e cérvix e pode levar na mulher, a doença pélvica inflamatória, uma infecção abdominal grave. Em 1995, a clamídia foi a doença infecciosa mais frequentemente comunicada aos Centros de Controle e prevenção de doenças seguida da **gonorreia** e SIDA (Papalia et al., 2001). Estas infecções prevalecem na adolescência e são facilitadoras da contaminação pelo VIH (Taquette, Vilhena & Paula, 2004).

Os dados da ONUSIDA (2003), indicam que aproximadamente 11.8 milhões de jovens entre os 15 e os 24 anos de idade estão infectados pelo **VIH/SIDA**. De acordo com o INE (2011), no último ano em Portugal, 664 indivíduos faleceram devido a infecção por VIH/SIDA. A situação em Portugal é preocupante, visto sermos o país da União Europeia com mais elevada prevalência da infecção. Apesar da epidemia ter surgido tardiamente no nosso país, ainda não se tinham sido criado condições no controlo da doença atendendo a experiencia de outros países. Ao contrario do que aconteceu na maioria dos países europeus, a partir da segunda metade da década de noventa não se verificou uma inversão de tendência crescente de novos casos, antes pelo contrario (Teles & Amaro, 2006).

Pode dizer-se que os jovens estão no centro da epidemia mundial de VIH/SIDA (ONUSIDA, 2003; APF, 2007). O sexo feminino é o mais vulnerável na infecção por VIH/SIDA, estudos apontam para uma probabilidade 2,5 vezes superior das mulheres/raparigas se infectarem do que os seus parceiros, vulnerabilidade essa que se prende com factores biológicos, socioculturais e económicos. Segundo a ONU, destacam-se as seguintes razões desta vulnerabilidade: conhecimentos insuficientes sobre o VIH/SIDA; o acesso insuficiente a serviços de prevenção do VIH; a falta de capacidade de negociar o sexo seguro; a falta de métodos de prevenção do VIH totalmente controlados pelas mulheres como os microbicidas; as desigualdades entre homens e mulheres no acesso ao emprego, propriedade e educação; a maior probabilidade das mulheres e raparigas serem vítimas de violência domestica, a qual,

associada à violência sexual, potencia a transmissão do VIH/SIDA. A vulnerabilidade biológica é superior no sexo feminino, mais especificamente nas mulheres mais jovens. Esta vulnerabilidade é explicada pelo tempo de permanência do vírus na vagina ser superior ao tempo de permanência no pénis ou ânus, e devido ao epitélio do colo do útero das mulheres mais jovens ser mais susceptível às IST's (ONUSIDA, 2003; APF, 2007). Segundo Beserra, Pinheiro, Alves e Barroso (2008), a tendência dos jovens em buscar aventura e satisfação, parece estar associada a sentimentos fortes como factores de vulnerabilidade no exercício da vida sexual.

O estudo de Agadjanian (2005), concluiu que em regra geral os participantes do sexo feminino possuíam menos conhecimentos sobre a VIH/SIDA e menor exposição a trocas de informação sobre a problemática, seja estas formais ou informais. Questões como considerar se uma pessoa com aparência saudável, poder ser portadora de VIH, foi reconhecida como verdade por 81% dos homens e apenas 54% das mulheres concordaram com este ponto de vista. Efectivamente, era menos provável que as mulheres relatassem a prática de qualquer forma de prevenção, incluindo a abstinência e a fidelidade, promovidas pelas igrejas. Contudo, reconhece que as diferenças entre género são menos pronunciadas entre membros da Igreja.

Contrariamente, a investigação quantitativa de Dias (2009), verificou que as raparigas apresentaram um nível mais elevado de conhecimento, assim como os alunos do 10.º ano de escolaridade. No entanto, semelhante ao estudo da UNICEF, (2002) e Agadjanian, (2005), os conhecimentos correctos sobre os modos de transmissão tendem a co-existir com falhas importantes no conhecimento, destaca-se que o grupo desconhece que uma pessoa pode ser muito saudável e estar infectada; que o VIH/SIDA se pode transmitir através de relações sexuais homossexuais desprotegidas, que o VIH/SIDA não se transmite por tosse e espirros nem por partilhar utensílios de cozinha; que a pílula não previne a infecção pelo VIH/SIDA.

Desde o início da epidemia que surgiram ideias falsas sobre a forma como se transmitia o vírus da Sida (Teles & Amaro, 2006). London e Robles (2000), decidiram avaliar as crenças erróneas acerca de determinadas formas de transmissão do vírus e verificaram que entre os indivíduos que se consideravam em alto risco, maiores níveis de conhecimento correcto, reduziu esta incerteza, enquanto que níveis elevados de crenças erróneas aumentaram o grau de risco percebido. A partir dos resultados do estudo, os autores concluíram que a percepção

de um elevado grau de vulnerabilidade à infecção, pode ter repercussões na adopção de comportamentos pouco eficazes na protecção da infecção pelo VIH/SIDA.

A associação dos conhecimentos sobre a SIDA com o local de residência urbano ou não urbano dos adolescentes, foi estudada por Almeida, Silva e Cunha (2007), os resultados indicaram existir uma relação entre o meio de inserção dos adolescentes e o conhecimento da SIDA enquanto ameaça grave, o conhecimento sobre os riscos de contágio da SIDA e as atitudes da SIDA. No entanto, esta investigação não constatou existir diferenças significativas entre os conhecimentos das formas de transmissão da SIDA e o meio de inserção dos adolescentes, ambos os grupos apresentaram ter conhecimentos modestos sobre este tema. No mesmo sentido, foram os resultados do estudo de Torres, Davim e Almeida (1999), onde constataram um conhecimento superficial dos adolescentes sobre a SIDA. Contrariamente a este resultado Silva et al. (2002), estudaram um grupo adolescente de jogadores profissionais de futebol e constataram que o grupo mostrou um elevado grau de informação sobre a transmissão do VIH, no entanto mostraram um baixo nível de conhecimentos em relação à reprodução e às IST. Este contágio do VIH/SIDA, pode ser evitado através de mudanças nos comportamentos (Papalia et al., 2001).

### **Capítulo III – Comportamentos sexuais de risco na adolescência**

Os comportamentos de saúde negativos, comportamentos de adição ou de alta acção, são geralmente conhecidos por comportamentos de risco, cuja definição incide na participação de actividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente. Estes comportamentos constituem a maior ameaça à saúde e bem-estar dos adolescentes. Visto que o desenvolvimento da sexualidade nem sempre é acompanhado de um amadurecimento afectivo e cognitivo, torna a adolescência uma etapa de extrema vulnerabilidade a riscos, os quais estão muito ligados às características próprias do desenvolvimento psico-emocional dessa fase da vida (Alves & Lopes, 2008; Simões, 2007; Feijó & Oliveira, 2001).

Em 2008, Corte-Real, Balaguer, Dias, Corredeira e Fonseca, entenderam estudar a percepção do estado de saúde dos adolescentes, com base no “Inquérito de Comportamentos Relacionados com a Saúde dos Adolescentes” e concluíram que a maioria dos adolescentes fazem uma avaliação positiva sobre a sua saúde, no entanto uma grande percentagem de jovens não relaciona os seus comportamentos de risco com perdas ao nível da sua saúde. Em

contrapartida, os estudos realizados defendem que a percepção de invulnerabilidade está associada a mais comportamentos de risco (Dias, 2009).

Como já evidenciado anteriormente, uma larga percentagem de jovens que inicia a vida sexual durante a adolescência, tem um uso inconsciente do preservativo, apresenta uma probabilidade elevada de ter múltiplos parceiros sexuais e de se envolver numa associação entre consumo de álcool e relações desprotegidas (Dias, 2009; Papalia, Olds & Feldman, 2001), os dados do “Youth Risk Behavior Surveillance” (Centers for Disease Control and Prevention, 2004), apontam que 14,4% dos jovens activos afirmaram ter tido quatro ou mais parceiros na sua vida sexual, sendo a percentagem de rapazes (16.5%) superior à das raparigas (12%). Dariotis et al. (2011), interessaram-se por estudar as diferenças entre as etnias e a propensão a se envolverem em comportamentos de risco, os dados recolhidos permitiram aos autores concluir que a raça e a etnia continua a diferenciar jovens negros e latinos dos jovens brancos, visto que os jovens negros apresentaram maiores taxas de risco sexual e de IST's, comparativamente com os homens brancos, os homens negros e latinos tinham maior inclinação de manter comportamentos sexuais de risco elevados e com tendência a aumentar ao longo do tempo.

Abal, González, González e Linares (2004), constataram nos adolescentes de Huelva, uma atitude desfavorável ao uso de métodos contraceptivos e uma menor assertividade das raparigas para comprar preservativos ou convencer o parceiro a usar. Tal como os resultados encontrados noutros estudos o uso irregular dos métodos contraceptivos, denominado pelas dificuldades em comunicar com o parceiro sexual acerca de aspectos sexuais (Nodin 2001; Roque, 2001). Mais além, vai o estudo de Garriguet (2005), no qual apontou que a actividade sexual precoce nas raparigas não estava associado à zona de residência, ao início da puberdade, ao fraco auto-conceito ou ao início do consumo de álcool e tabaco, no entanto nos rapazes encontraram associações significativas nos jovens de idade avançada, com uma má relação com os pais, de baixa renda familiar e o início do consumo de tabaco.

São vários os estudos que apontam para que os comportamentos de risco para a saúde tendam a ocorrer não de forma isolada, mas inseridos num conjunto mais abrangente de comportamentos problemáticos e que provavelmente estes adolescentes se encontrem numa trajectória de risco (Dias, 2009).

Estudos empíricos sugerem que os comportamentos de risco estão associados a um percurso de envolvimento de consumos (Stueve, O'Donnell, 2005; Lomba et al, 2008; Centers For Disease Control and Prevention, 2004; Scivoletto et al, 1999). Os dados recolhidos indicaram que os jovens que iniciam e que têm uma maior prevalência do consumo de álcool e drogas, têm uma maior probabilidade de ter comportamentos sexuais de risco, nomeadamente: iniciar precocemente as relações sexuais; ter relações desprotegidas; ter múltiplos parceiros sexuais e ter relações sexuais sob efeito de drogas ou álcool.

No estudo realizado em Bragança, foi verificado que dos sujeitos sexualmente activos analisados, 40,8% tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool, 8,1% sobre efeito de drogas e 3,6% nunca usaram preservativo (Ribeiro & Fernandes, 2009).

No entanto, não são apenas os jovens sexualmente activos que têm comportamentos sexuais de risco. Segundo o estudo de Schuster, Bell & Kanouse (1996), os adolescentes virgens têm diversas experiências sexuais que envolvem risco à saúde, mais de um terço dos jovens virgens entrevistados haviam se envolvido em alguma forma de actividade sexual genital heterossexual, das actividades destacou-se a masturbação com um parceiro e o sexo oral.

Um estudo realizado por Harris, Duncan e Boisjoly (2002), reportaram avaliar o papel do “Nothing to lose” nos comportamentos e atitudes de risco dos adolescentes e verificaram que o ambiente escolar, as expectativas do agregado, a saúde mental e a prevalência de mães solteiras na família influenciam os jovens a comportamentos de risco. Segundo os autores é mais provável que adolescentes com baixas expectativas para o futuro sintam que não têm nada a perder e ingressem em comportamentos de risco com grande expectativa.

Relativamente às diferentes componentes dos factores familiares, no estudo qualitativo de Dias (2009), através do método dos grupos focais (*focos group*), foi denotado que a percepção dos jovens sobre a supervisão parental adequada (em relação ao desempenho escolar, às suas actividades e com quem passam os tempos livres), tende a promover comportamentos sexuais saudáveis, nomeadamente inicio da actividade sexual mais tardia e menos parceiros sexuais, contrariamente uma menor supervisão parental foi associada ao maior envolvimento dos jovens em mais comportamentos de risco. Ainda no mesmo estudo, foi verificado que a percepção dos jovens sobre o estilo parental autoritário, de proibição e imposição de regras muito rígidas, como provável de suceder comportamentos de risco, visto

que o este efeito adverso lhes dá pouca confiança e autonomia, no mesmo sentido destacam o estilo permissivo como também favorável a factores de risco.

Os dados analisados remetem para a necessidade de promover práticas de sexo seguro junto dos adolescentes (Campos-Arias, Ceballo & Herazo, 2010). Romer et al. (2009), descreveram uma intervenção na prevenção do VIH através do uso de meios de comunicação social, objectivando promover a aceitação de comportamentos sexuais mais seguros, incentivar a mudança de comportamento – uso do preservativo – desmistificar as crenças e comportamentos de protecção dos adolescentes africo-americanos em risco de contrair VIH. Segundo os autores estas intervenções apresentaram uma boa eficácia, em duas cidades dos Estados Unidos onde foi aplicado. A partir de uma exposição literária sobre investigações na área da prevenção e combate aos comportamentos de risco, através de campanhas realizadas em outros países, verifica-se que na generalidade as campanhas apresentaram resultados bastante positivos para os objectivos propostos. Destaca-se o programa loveLife, na África do Sul, combinando os meios de comunicação e a intervenção face-a-face, cujos resultados confirmaram uma diminuição do risco de VIH; do número de parceiros e o aumento da utilização do preservativo. A campanha pela rádio e televisão aos jovens entre os 15 e os 30 anos, em Gana, na África, obteve um bom sucesso na redução da iniciação da vida sexual, mais genericamente a campanha contribuiu no aumento da consciencialização da SIDA e o uso do preservativo entre os sexualmente activos. Na Suíça e na Holanda as campanhas realizadas foram associadas a maiores taxas do uso permanente do preservativo, especialmente junto da população sem vida sexual estável.

### **3.1. Modelos aplicados à mudança do comportamento sexual**

Através da análise da literatura, seleccionou-se alguns dos vários modelos teóricos, baseados na mudança de comportamentos para a saúde, que serão identificados seguidamente.

#### **Modelo de Crenças de Saúde (MCS)**

O modelo baseia-se fundamentalmente na necessidade de que a população geral adopte hábitos de saúde adequados, que sejam preventivos de doenças. O MCS pressupõe que os indivíduos têm maior probabilidade de mudar os comportamentos, quando percebem que: (1) podem estar mais vulneráveis ou *susceptíveis* ao risco de contrair a doença; (2) têm *percepção de gravidade* das consequências da doença; (3) têm *percepção de benefício* se

adoptarem as medidas preventivas, o indivíduo entende que o comportamento preventivo inclui estimativas de redução de risco e sentimentos de segurança, de modo que são vistos como benefícios percebidos sobre a tomada de acção; (4) têm a *percepção das barreiras* existentes para iniciarem a adopção dessas práticas, os quais incluem as estimativas de custos físicos, psicológicos, financeiros e outros, que podem decorrer do desempenho do comportamento; (5) têm *capacidade pessoal* para realizar a acção recomendada. Embora este modelo avalie as cognições do indivíduo, inclui também a avaliação das suas cognições acerca do seu mundo social, de modo que os autores incluíram as seguintes variáveis: auto-estima; competências interpessoais; conhecimentos sobre sexo e contracepção; atitudes em relação ao sexo e à contracepção; experiência anterior de relações sexuais, uso de contraceptivos e gravidez; normas dos pares; estatuto da relação; utilização de substâncias tóxicas antes da relação sexual (Dias, 2009; Ogden, 2004; Ribeiro, 2005; Roque, 2001; Stroebe & Stroebe, 1995).

### **Teoria da Acção Racional (TAR)**

Trata-se do segundo modelo concebido especificamente para a área da prevenção da saúde. A teoria baseia-se na hipótese de que os indivíduos são completamente racionais e fazem uso sistemático das informações que lhe são disponíveis, ou seja, antes de realizarem ou não dado comportamento avaliam as consequências de suas acções. As intenções comportamentais, são determinadas por dois processos cognitivos paralelos: as atitudes face a um determinado comportamento e as normas subjectivas relativas a esse comportamento. As atitudes são uma função das crenças, isto é das normas subjectivas, visto que as normas subjectivas são crenças acerca da forma como as pessoas que são importantes para nós esperam que nos comportemos. A TAR, baseia-se também na premissa de que os comportamentos estão sob o controlo directo dos indivíduos, como podemos inferir pela natureza volitiva das intenções. No entanto, em muitas instâncias, os sujeitos não controlam directamente as suas acções pelo que a TAR apresenta limitações (Fazecas, Senn & Ledgerwood, 2001; Oliveira, Abreu, Barroso & Vieira, 2009; Ribeiro, 2005; Dias, 2009; Roque, 2001; Stroebe & Stroebe, 1995).

### **Teoria da Conduta Planeada (TCP)**

Procurando ultrapassar as limitações da TAR, foi acrescentado uma dimensão suplementar: a percepção do controlo sobre o comportamento. A TCP prediz que, em situações em que o indivíduo tenha um controlo limitado ou uma percepção limitada desse controlo, estas

crenças têm que ser consideradas em conjunto com as percepções acerca do comportamento, com as atitudes, com as normas e com as intenções. O conceito de controlo é composto por três construções distintas: a percepção da facilidade ou dificuldade de realizar o comportamento particular; o comportamento percebido, isto é o grau de controlo apercebido pelo indivíduo para a acção; e o planeamento das condições necessárias para a realização do comportamento, por exemplo decidir quem iria comprar os preservativos. A suposição de que a intenção de realizar um determinado comportamento protector de saúde é determinada principalmente pelas atitudes relativas ao comportamento, através das normas subjectivas relevantes e da percepção do controlo, tem implicações importantes nas intervenções cujo objectivo é influenciar esse comportamento. No entanto, em determinados contextos particulares é necessário ser aprofundado a natureza dos problemas de controlo, visto que a TCP refere-se apenas à percepção de controlo e não a questões de controlo real e o controlo dos factores externos escapa, frequentemente, aos recursos individuais (Fazecas, Senn & Ledgerwood, 2001; Dias, 2009; Ribeiro, 2005; Roque, 2001; Stroebe & Stroebe, 1995;).

### **Modelo de sequência sexual (MSS)**

Este modelo esboça os determinantes do comportamento sexual humano. Tendo como base a TAR, o modelo de sequência sexual – MSS, incluiu mais dois factores: a excitação sexual e as repostas emocionais ao sexo. Tenta ainda incorporar às cognições do indivíduo, um nível de emoção e as normas sociais, integradas na teoria da acção ponderada. A sequência do comportamento sexual pressupõe que desde a infância, o indivíduo adquire uma serie de disposições de resposta que mediarão o efeito da estimulação sexual no comportamento sexual subjacente. Segundo o modelo a estimulação sexual reporta o nível de excitação do sujeito, no momento em que toma a decisão de usar contraceptivos. O segundo factor, as repostas emocionais ao sexo, correspondem ao traço de personalidade descrito por «erotofilia», isto é, considerar as pistas sexuais agradáveis, ou contrariamente como erotofobia, que significa considerar as pistas sexuais aversivas. A sequência deste modelo incide em 3 instâncias: (1) as repostas afectivas associam-se a uma variedade de questões sexuais e as respectivas repostas são transformadas em conjuntos de avaliações atitudinais, relativamente estáveis; (2) as repostas informativas, crenças e expectativas que são importantes para a sexualidade, aprendem-se; (3) o sujeito adquire ou generaliza repostas fantasiadas, baseadas na imaginação, nas quais os temas sexuais se vão mesclando. Segundo o modelo, a experiência vai influenciar as atitudes e as atitudes vão mediar as restantes

variáveis tanto ao nível da informação, como das fantasias, como das expectativas (Ogden, 2004; Roque, 2001).

### **Teoria da Motivação Protectora**

De acordo com esta teoria, a motivação para se proteger, ou seja, para efectuar algum tipo de comportamento de protecção à saúde, depende de 5 factores: auto-eficácia, eficácia da resposta, gravidade, vulnerabilidade e medo. Estes componentes suscitam uma resposta adaptativa de *coping*, ou seja, de intenção comportamental, ou uma resposta não adaptativa de *coping*, por exemplo evitamento ou negação. O modelo delinea que a gravidade, a vulnerabilidade e o medo estão relacionadas com a *avaliação da ameaça* (isto é, a estimativa das ameaças externas) e que a eficácia de resposta e a auto-eficácia estão relacionadas com a *avaliação do coping* (isto é, das suas próprias capacidades para lidar com a doença). As fontes de informação (ambientais versus intrapessoais) influenciam os comportamentos do modelo, que originam respostas adaptativas (intenções comportamentais) ou desadaptativas (evitamento, negação). A motivação para a protecção é o resultado da avaliação de ameaça do coping, ou seja, é uma variável mediadora cuja função é activar, sustentar e dirigir comportamentos de saúde protectores, facilitando a adopção de comportamentos adaptativos (Ogden, 2004; Ribeiro, 2005; Roque, 2001; Stroebe & Stroebe, 1995).

### **Modelo dos cinco componentes de Reiss e colaboradores**

O modelo dos cinco componentes preocupa-se consideravelmente com as cognições individuais. Postula o uso de contraceptivos como resultado da ponderação racional da situação e incorpora a avaliação de atitudes mais gerais. Envolve os seguintes componentes: (1) aceitação de opções sexuais, tais como a permissividade e a religiosidade; (2) a autoconfiança; (3) a informação precoce sobre o sexo e a contracepção; (4) a congruência entre os padrões da sexualidade pré-matrimonial, o comportamento e o compromisso (Ogden, 2004).

### **Modelo de Herold e McNamee (1982)**

Este modelo difere dos outros modelos do uso de contraceptivos, uma vez que inclui pormenores acerca da relação. Compõe-se por 6 variáveis: (1) normas parentais e do grupo de pares em relação à aceitação das relações sexuais pré-matrimoniais; (2) número de parceiros

sexuais ao longo da vida; (3) culpabilidade em relação às relações sexuais e atitudes em relação à contraceção; (4) envolvimento com o parceiro sexual; (5) influência do parceiro no que respeita ao uso da contraceptivos; (6) frequências das relações sexuais (Ogden, 2004).

## **Capítulo IV - Estudo Empírico**

O presente capítulo procede à justificação da investigação, apresenta objectivos, hipóteses, variáveis e a respectiva operacionalização e a metodologia utilizada e, ainda descrição da amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos.

### **4.1. Justificação do estudo**

A adolescência é uma fase da vida de aprendizagem social intensa, com os sujeitos mais abertos que os adultos à adopção de novos comportamentos, o que justifica a população com menos de 20 anos ser considerada parte de um público prioritário para a educação para a saúde (Camargo & Botelho, 2007). A compreensão da sexualidade juvenil não se esgota na observação do comportamento sexual (Ramos et al., 2008), mas são muito importantes. Reis e Matos (2008), afirmam que os estudos de comportamentos sexuais são muito importantes, uma vez que grande parte dos jovens inicia a sua vida sexual nesta fase. A iniciação sexual disfuncional traz problemas, físicos e emocionais, às infecções sexualmente transmissíveis, bem como a uma gravidez não planeada (Nodin, 2001; Ribeiro & Fernandes, 2009). A revisão da literatura evidencia a importância dos conhecimentos para a prevenção de comportamentos sexuais não saudáveis.

### **4.2 Tipo de estudo**

Este estudo apoia-se num método quantitativo correlacional, e é um estudo mais descritivo do que explicativo, pois analisa a diferença de resultados entre grupos ou entre condições, para análise da relação entre variáveis. Com este método é possível ir além da mera descrição dos fenómenos, uma vez que é possível estabelecer relações entre as variáveis (Almeida & Freire, 2007). Esta investigação é também transversal, pois os indivíduos foram avaliados num só momento.

### 4.3. Objectivos do estudo

O objectivo central deste estudo é quantificar os conhecimentos dos adolescentes escolarizados sobre a saúde sexual e reprodutiva considerando as características individuais, familiares.

### 4.4. Hipóteses

As hipóteses do estudo foram elaboradas de modo a serem avaliadas estatisticamente, uma vez que se pretende expressar quantitativamente a relação esperada (Almeida & Freire, 2007). De modo a promover maior disciplina e rigor metodológico, estabelecemos 23 hipóteses detalhadas.

- H1 Há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por género.
- H2 Há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por faixas etárias.
- H3 Há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por anos de escolaridade.
- H4 Há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por zona de residência.
- H5 Há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por estatuto sexual.
- H6 Há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes de família de tamanho diferentes.
- H7 Há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por grupos socioeconómicos.
- H8 Há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por grupos com e sem prática religiosa.
- H9 Há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por grupos com e sem prática de solidariedade.
- H10 Há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por fonte de informação sobre o preservativo.

- H11 Há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por fonte de informação sobre as IST.
- H12 Há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por fonte de informação sobre a consulta de planeamento familiar.
- H13 Há diferenças de comportamento sexual por género.
- H14 Há diferenças de comportamento sexual por zona de residência.
- H15 Há diferenças de comportamento sexual por anos de escolaridade.
- H16 Há diferenças de comportamento sexual por faixa etária.
- H17 Há diferenças de comportamento sexual entre adolescentes de família de tamanho diferentes.
- H18 Há diferenças de comportamento sexual por grupos socioeconómicos.
- H19 Há diferenças de comportamento sexual por grupos com e sem prática religiosa.
- H20 Há diferenças de comportamento sexual por grupos com e sem prática de solidariedade.
- H21 Há diferenças de comportamento sexual por fonte de informação sobre o preservativo.
- H22 Há diferenças de comportamento sexual por fonte de informação sobre as IST's.
- H23 Há diferenças de comportamento sexual por fonte de informação sobre a consulta de planeamento familiar.

#### **4.4. Variáveis em estudo**

As duas principais variáveis dependentes desta investigação são os conhecimentos (Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos) e os comportamentos sexuais este inclui o (período etário do primeiro coito; número de parceiros sexuais; uso de métodos contraceptivos na primeira relação coital; uso de métodos contraceptivos na última relação coital; número total de vezes que não utilizou o preservativo; frequência a consulta de ginecologia/planeamento familiar). Relativamente às variáveis independentes, ou 'preditoras', visto que se pretende analisar as correlações entre as variáveis (Almeida &

Freire, 2007), foram seleccionadas as seguintes variáveis: (a) género; (b) idade; (c) zona de residência; (d) ano de escolaridade; (e) tamanho da família; (f) nível socioeconómico; (g) prática religiosa; (h) prática de solidariedade; (i) fontes informação familiar sobre o preservativo; (j) fontes informação familiar sobre as IST; (k) fontes informação familiar sobre a consulta de planeamento familiar.

## 4.5. Metodologia

### 4.5.1. Participantes

Esta investigação utilizou uma amostra intencional não probabilística (pois não é possível assegurar que seja representativa de toda a população). Para os projectos deste tipo é recomendado que se considere 300 ou mais sujeitos de modo a que a análise seja boa, pois à medida que o tamanho da amostra aumenta, o erro de medida tende a estabilizar (Ribeiro, 1999). A nossa amostra é constituída por 359 adolescentes do Norte de Portugal inclui 2 escolas urbanas: Escola E.B. 2/3 de Arrifana; a Escola Alexandre Herculano; e de 6 entidades associativas de zonas rurais: Atletas de Futebol Clube de Vandoma; Grupo de Adolescentes de Vandoma; Grupo de Adolescentes de Arouca; Alunos de Catequese de Vandoma; Alunos de Catequese de São Martinho de Campo. A população rural (32%) é inferior à urbana (68%) (Quadro 1).

Quadro 1  
*Caracterização da amostra*

<b>Grupos de recolha</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Escola E.B. 2/3 de Arrifana	69	19%
Escola Alexandre Herculano	175	49%
Atletas de Futebol Clube Vandoma	12	3%
Grupo de Adolescentes Vandoma	13	4%
Grupo de Adolescentes Vilela	13	4%
Grupo de Adolescentes Arouca	9	3%
Alunos Catequese Vandoma	39	11%
Alunos Catequese S. Martinho Campo	29	8%
Total	359	100%
<b>Zona de Residência</b>		
Zona Urbana	244	68%
Zona Rural	115	32%
Total	359	100%

N – Amostra; % Percentagem

A distribuição do género, é proporcional, com o sexo feminino, com 59% (N = 213) e os rapazes os 41% (N= 146). Os participantes têm idades compreendidas entre os 13 e os 22 anos ( $M = 15,70$ ;  $DP = 1,481$ ). Observa-se uma predominância de alunos inscritos no 8.º e 9.º ano de escolaridade (48%); o 12.º ano de escolaridade é o menos representado (12%) (Quadro 2).

Quadro 2

*Caracterização Sócio-demográfica*

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Feminino	213	59%				
Masculino	146	41%				
Total	359	100%				
<b>Idade</b>			15,70	1,481	13	22
<b>Ano Escolaridade</b>						
8.º e 9º ano	173	48%				
10º ano	90	25%				
11º ano	53	15%				
12º ano	43	12%				
Total	359	100%				

M – Média; DP – Desvio Padrão; Min. – Mínimo; Max. – Máximo

Verifica-se que os pais dos adolescentes em estudo têm maioritariamente o 4º ano de escolaridade (31%). Destaca-se que apenas 8% da amostra são filhos de pais com curso superior. Em relação ao grau académico das mães dos adolescentes, observa-se percentagens semelhantes: 4º ano (28%), 6º ano (25%) e 9º ano (26%). Apenas 7% realizaram um curso superior (Quadro 3).

Quadro 3

*Distribuição da amostra por habilitações literárias dos pais*

<b>Grau académico do Pai</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sem estudos	6	2%
4º ano	112	31%
6º ano	81	23%
9º ano	63	18%
12º ano	49	14%
Curso Superior	27	8%
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>94%</b>
<b>Grau académico da Mãe</b>		
Sem estudos	5	1%
4º ano	99	28%
6º ano	89	25%
9º ano	93	26%
12º ano	40	11%
Curso Superior	26	7%
<b>Total</b>	<b>352</b>	<b>98%</b>

OBS: total é inferior à amostra devido a valores omissos na variável habilitações literárias dos pais

Adoptamos a Escala de Warner (Ferreira, 1999), para distribuição do nível socioeconómico (NSE) atendendo as habilitações e as profissões dos pais como indicadores constituiu-se cinco grupos de NSE. Os sujeitos encontram-se maioritariamente no nível socioeconómico médio baixo (47%), 22% possuem um nível socioeconómico médio e 9% um nível baixo; a classe média alta apresenta um valor de 15%, e a classe alta 6% (n = 23) (Quadro 4).

Quadro 4

*Distribuição da amostra por NSE*

<b>Nível Socioeconómico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Classe Baixa	32	9%
Classe Média Baixa	170	47%
Classe Média	79	22%
Classe Média Alta	53	15%
Classe Alta	23	6%
<b>Total</b>	<b>357</b>	<b>99%</b>

Examinando o quadro 5, “prática religiosa da família” verifica-se que 36% dos adolescentes nunca frequentam estas cerimónias, 35% da amostra confirma a frequência rara, e 29% participam frequentemente nas cerimónias religiosas. Em relação ao envolvimento em actividades de solidariedade com vista a elucidar os valores sociais da família, observa-se que mais de 50% dos indivíduos asseguram que os pais nunca participam em actividades de

ajudas solidárias, 42% participam raramente, e apenas 6% têm por hábito prestar ajuda. Na filiação partidária, os adolescentes destacam a preferência dos pais pelos partidos de centro-esquerda (52%). Note-se que 53 sujeitos não forneceram esta informação.

Quadro 5  
*Caracterização das famílias dos participantes*

<b>Prática religiosa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Frequentemente	103	29%
Raramente	127	35%
Nunca	129	36%
Total	359	100%
<b>Práticas de solidariedade</b>		
Frequentemente	21	6%
Raramente	151	42%
Nunca	187	52%
Total	359	100%
<b>Filiação Partidária</b>		
Centro-direita	119	33%
Centro-esquerda	187	52%
Não responde	53	15%
Total	359	100%

Quanto ao estatuto sexual dos adolescentes (Quadro 6), verificou-se que os adolescentes do nosso estudo são maioritariamente não activos (66% da amostra), os restantes 33% são sexualmente activos.

Quadro 6  
*Distribuição da amostra por estatuto sexual*

<b>Estatuto Sexual</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Activo	120	33%
Não Activo	238	66%
Total	358	100%

Para uma melhor compreensão do estatuto sexual cruzou-se as variáveis sexo, idade, estatuto sexual. Pode-se verificar que, à medida que a idade avança, a probabilidade de ter iniciado as relações sexuais aumenta. Percentagem de adolescentes activos dos 13-16 anos (22%) é bastante inferior à percentagem de adolescentes activos mais velhos (62%). Contrariamente ao que seria esperado, nos jovens mais novos, há maior percentagem de raparigas (24%). Estes resultados são surpreendentes tendo em conta a revisão da literatura, segundo a qual o sexo masculino inicia mais precocemente as relações sexuais (INE, 2001; Nogueira, Saavedra

& Costa, 2008). Em contrapartida, a proporção de rapazes activos, com mais de 17 anos, é maior que as raparigas, que confirmam literatura (Quadro 7).

Quadro 7

*Distribuição dos sujeitos idade, estatuto sexual e género*

Idade		Feminino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
13-16 anos	Activos	37	24%	20	20%	57	22%
	Não Activos	120	76%	79	80%	199	78%
	Total	157	100%	99	100%	256	100%
+ 17 anos	Activos	32	57%	31	67%	63	62%
	Não Activos	24	43%	15	33%	38	38%
	Total	56	100%	46	100%	102	100%

Os dados do quadro 8 indica associação ( $p = 0,000$ ) entre o estatuto sexual e os anos de escolaridade. Observa-se que a maioria dos discentes do 12.º ano são activos, enquanto que os discentes do 8.º e 9.º ano mantêm a virgindade (79%). Tal como seria de esperar, a proporção de adolescentes activos aumenta à medida que aumenta o ano de escolaridade, respectivamente (22%; 36%; 43%, 65%).

Quadro 8

*Distribuição da amostra por estatuto sexual e ano de escolaridade*

Ano Escolaridade	Activo		Não Activo		Total	
	N	%	N	%	N	%
8.º e 9º ano	37	22%	135	79%	172	100%
10º ano	32	36%	58	64%	90	100%
11º ano	23	43%	30	57%	53	100%
12º ano	28	65%	15	35%	43	100%
Total	120	34%	238	67%	358	100%

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

No quadro 9 verifica-se que o qui-quadrado é significativo ( $p = 0,000$ ), logo há uma dependência entre as variáveis zona de residência e estatuto sexual. Conforme esperado, na zona urbana os sujeitos são maioritariamente activos sexualmente (40%).

Quadro 9

*Distribuição da amostra por zona de residência e estatuto sexual*

Zona residência	Activo		Não activo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Urbana	98	40%	146	60%	244	100%
Rural	22	19%	92	81%	114	100%
Total	120	34%	238	67%	358	100%

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

O quadro 10, apresenta a associações entre a variável “prática religiosa familiar” e o estatuto sexual ( $p = 0,002$ ) e a variável familiar “prática de solidariedade” e o estatuto sexual ( $p = 0,017$ ). Verifica-se que os adolescentes activos tendem a ter pouca ou nenhuma prática religiosa (por exemplo 45% dos activos nunca participam em cerimónias religiosas), os nossos dados vão ao encontro dos resultados do estudo de Moser, Reggiani e Urbanetz (2007). No que respeita a prática de solidariedade, verifica-se que tal como na “prática religiosa”, à medida que diminui a prática de solidariedade aumenta a actividade sexual, logo quanto mais activos são os adolescentes, menos são solidários (40%). Não se encontram associações significativas entre a variável “filiação partidária” e o estatuto sexual, possivelmente explicado pelo facto da nossa amostra ser relativamente jovem e dedicar pouca atenção aos interesses pela política, pois investigações de interesse político dos cidadãos manifestam percentagens inferiores nas camadas mais jovens (Cardoso, 1990 & Epstein, 2001).

Quadro 10

*Cruzamento de variáveis familiares e estatuto sexual*

Prática Religiosa	Activo		Não Activo		Total		$\chi^2$	$p$
	N	%	N	%	N	%		
Frequentemente	27	26%	76	74%	103	100%	12,480	0,002**
Raramente	35	28%	92	73%	127	100%		
Nunca	58	45%	70	55%	128	100%		
Total	120	34%	238	67%	358	100%		
<b>Prática Solidariedade</b>								
Frequentemente	8	38%	13	62%	21	100%	8,203	0,017*
Raramente	38	25%	113	75%	151	100%		
Nunca	74	40%	112	60%	186	100%		
Total	120	34%	238	67%	358	100%		
<b>Filiação Partidária</b>								
Centro-Direita	43	36%	75	64%	118	100%	0,470	0,493
Centro-Esquerda	61	33%	126	67%	187	100%		
Total	104	34%	201	66%	305	100%		

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

Todos estes dados são concordantes com a literatura, com excepção dos adolescentes mais novos do género feminino, que apresentam valores superiores na actividade sexual.

#### 4.6.1. Materiais

Os materiais utilizados nesta investigação, são: um questionário sócio-demográfico e um questionário de conhecimentos e práticas sexuais “QUEBRESE – Questionário Breve sobre Sexualidade”.

O *Questionário sócio-demográfico* recolhe informação sobre: variáveis sociodemográficas (género, idade, ano de escolaridade, agrupamento, estatuto sexual) e informação acerca da família (número de irmãos, a profissão dos pais, as habilitações académicas, a frequência familiar a cerimónias religiosas, solidariedade social e a preferência da partidária). O instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas sexuais é o “*Quebrese – Questionário Breve Sobre Sexualidade II*”, concebido em 2009 por Francisco Sampaio Gomes e Dora Bastos Silva (Sampaio & Silva, 2009). Trata-se de um instrumento de auto-preenchimento e administração colectiva, com duração média de cerca de 20 minutos, dirigido à população discente do 9.º ano de escolaridade ao ensino superior, ou seja dos 14 anos aos 24 anos. Inclui 54 itens dos quais 33 se agrupam em 2 sub-escalas (IST’s e MC’s) (Quadro 11).

Quadro 11  
*Estrutura do “Quebrese”*

Quebrese	N.º itens
Conhecimentos IST’s	11 itens
Conhecimentos MC’s	22 itens
Fontes informação	7 itens
Vida sexual activa	14 itens

Em termos conceptuais o questionário é composto por perguntas directas (resposta escolha múltipla) e apreciação de situações hipotéticas. Cada item das 2 sub-escalas (IST’s e MC’s) tem 4 opções de resposta, cada resposta certa é cotada com 1 ponto, todos os itens têm a mesma ponderação.

#### 4.5.2. Procedimentos

A recolha de dados desta investigação decorreu no período de Dezembro de 2009 a Março de 2010. Solicitámos a colaboração dos Directores dos Conselhos Executivos de várias escolas

da zona norte de Portugal (Anexo A), nomeadamente na zona de Paredes, Santo Tirso, São João da Madeira, Rio Tinto, Espinho, Porto e Braga, infelizmente a maioria das escolas (particularmente as escolas contactadas por escrito ou por via telefónica), não nos responderam. As direcções das escolas alegavam a susceptibilidade do tema comprovando a suspeita que existem ainda muitos mitos sobre a educação sexual nas escolas. Outra justificação foi a dificuldade da disponibilidade das turmas.

Dada a baixa adesão inicial ao estudo, optou-se por abordar associações e grupos sociais: grupos de adolescentes católicos, alunos de catequese, atletas de grupos de futebol, de escuteiros etc.. Em todos os contactos realizados foi apresentado o objectivo da investigação, o instrumento, e a garantia de confidencialidade. Nas poucas escolas em que nos foi concedida a autorização, o/a Director(a) seleccionou as turmas mais viáveis a administração, tendo em conta o ano de escolaridade, o tempo e a disponibilidade. Foi dirigida uma carta aos pais dos alunos, na qual se pedia autorização para a participação do filho, na explicitando o objectivo da investigação e a garantia de confidencialidade (Anexo B). Na administração dos materiais tomou-se em atenção a primeira abordagem com os alunos, informaram-se os alunos dos objectivos da investigação, o tema do estudo, a estrutura dos questionários e a confidencialidade. Nesta fase encontramos duas desistências, o caso de um adolescente que apesar de se mostrar preparado para responder, não tinha a autorização do encarregado de educação. Recolheram em arquivo os consentimentos informados. Na recolha do questionário era pedido ao aluno o introduzisse num envelope disponibilidade. Nos em outros locais tais como, nas salas de catequese, foi semelhante o procedimento para administração.

Os dados obtidos foram introduzidos numa base de dados e analisadas com o programa de computação estatística SPSS-19. Numa primeira fase procedeu-se a uma análise descritiva, em termos de frequências das variáveis sócio-demográficas. De modo a contribuir para a contínua aferição do “Quebrese”, realizou-se o estudo das suas qualidades psicométricas, da análise factorial e da análise da consistência interna das duas sub-escalas (IST e MC) e de modo a sugerir melhoras no instrumento.

#### **4.5.3. Qualidades psicométricas do instrumento “Quebrese”**

Sampaio e Silva (2006b) apreciaram as qualidades psicométricas do instrumento nas duas sub-escalas que medem os conhecimentos (IST e MC). Para isso contaram com uma amostra

de 433 adolescentes não-universitários, do 8.º ano ao 12.º ano, e 193 jovens universitários. A análise da consistência interna evidenciou uma fraca consistência interna na sub-escala IST ( $\alpha = 0,63$ ) e na boa sub-escala MC's ( $\alpha = 0,78$ ). A análise da sensibilidade do instrumento permitiu concluir aos autores que trata-se de um instrumento “sensível” capaz de diferenciar correctamente entre si e os vários sujeitos. O cálculo do valor da simetria das pontuações obtidas foi de 1,2, que os autores consideraram “aceitável”, pois encontra-se associada a distribuições praticamente normais em grande parte das situações de psicometria; verificaram ainda que as médias e medianas aproximam-se entre si, de modo que estes resultados permitiram aos autores concluir que os valores de simetria e curtose apresentam uma distribuição “normal”. Na análise do poder discriminatório os autores constataram que quando se considera uma variável independente explicativa dos conhecimentos, as duas sub-escalas (IST, MC) apresentam capacidade de discriminar os sujeitos entre si. Neste ponto ponderaram que a administração a alunos do 8.º ano de escolaridade poderá ser um pouco precoce, visto que as pontuações deste grupo discente em ambas as sub-escalas, foram significativamente inferiores aos restantes grupos da amostragem não-universitária, contudo não descartam a possibilidade de administração em casos particulares com suspeita de maior risco sexual. Ainda dentro da análise do poder discriminatório, foi reconhecido que o instrumento permite identificar *outliers* ou sujeitos com conhecimentos “anormalmente” baixos para a sua idade, o que permite intervenções psico-pedagógicas personalizadas. Através da análise das correlações das sub-escalas e do teste da associação dos conhecimentos com algumas variáveis independentes (género, idade cronológica, idade do 1.º coito, estatuto sexual, habilitações dos pais), verificaram que elas estão significativamente associadas aos conhecimentos sexuais. O coeficiente de determinação ( $R^2$ ) das duas sub-escalas dos conhecimentos, demonstraram correlações moderadas entre si (39%). O cálculo do índice de dificuldade permitiram constatar que a sub-escala MC possui maior proporção de itens de dificuldade média, enquanto que a sub-escala IST apresenta quase exclusivamente itens fáceis. Os autores do Quebrese concluíram que este instrumento revela qualidades psicométricas razoáveis nas duas sub-escalas (IST, MC).

#### 4.5.4. Revisão das qualidades psicométricas do “Quebrese II”

Com o intuito de participar no processo de avaliação continua das qualidades psicométricas do “Quebrese”, fizemos a nossa própria análise das qualidades. Começamos pela análise factorial (AF). A finalidade da AF é identificar factores inerentes a um conjunto de variáveis,

calculando o peso dos factores e respectivas variâncias (Pestana & Gageiro, 2008). Pretendemos apenas analisar as duas sub-escalas que medem os conhecimentos das IST's e MC's, visto que segundo os autores, são as que proporcionam maior interesse psicométrico e que se proporcionam a apreciação estatística psicométrica (Sampaio & Silva, 2006b). De modo, a obtermos melhores resultados nesta análise, resolveu-se acrescentar as variáveis sociodemográficas da nossa amostra (sexo; idade; ano escolaridade; NSE e número de irmãos).

Na análise da adequabilidade dos dados para AF, calculou-se o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). A análise do KMO para a sub-escala das IST's, produziu um valor adequado (KMO = 0,73), o que indica que a análise factorial pode ser executável. O teste de Esfericidade de Bartlett produziu um valor significativo ( $p= 0,000$ ) também indicativo de boas condições para AF (Pestana & Gageiro, 2008 & Maroco, 2003).

#### Quadro 12

##### *Testes de adequabilidade da amostra para a Análise da Factorial para a sub-escala das IST's (11 itens)*

<b>KMO</b>	0,73	
<b>BARTELLET</b>	1231,144	$p= 0,000$

A análise factorial em componentes principais, apresentou seis factores que explicam 61,97% da variância total. Deste modo, observa-se uma importância moderada dos valores de comunalidade para a avaliação da escala de IST's. A rotação Varimax, mostra contribuições proporcionais dos 6 factores para a variância de total de respectivamente 23,03%; 11,29%; 7,71%; 7,08%; 6,62% e 6,25%. O quadro 12, apresenta a extracção factorial após a rotação varimax, ou seja a correlação de cada item da sub-escala com os 6 factores considerados. Para a análise da matriz das correlações dos factores extraídos, recorreu-se ao coeficiente de correlação linear R de Pearson, segundo o qual sustenta que quanto mais próximo de 1 ou de -1 maior é a associação linear entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2008). Conforme se pode verificar no quadro 12, o primeiro factor satura em 4 itens, o segundo factor em 4 itens, o terceiro factor em 2 itens, o quarto factor em 3 itens, os factores 5 e 6 apenas em 1 item. A variável género não satura com nenhum outro factor, por isso não é apresentada no quadro 13.

Quadro 13

*Análise factorial exploratória após Rotação Varimax das IST's*

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

Repetimos o processo para AF da sub-escala dos MC's e obtivemos uma correlação boa entre as variáveis (KMO = 0,82).

Quadro 14

*Testes de adequabilidade da amostra para a**Análise da Factorial para a sub-escala das MC's para 22 itens*

<b>KMO</b>	0,82	
<b>BARTHELLET</b>	2228,554	$p=0,000$

A análise factorial dos itens referentes aos MC's, após rotação varimax, provou 8 factores que explicam 55,73% da variância total. Constata-se assim, uma importância moderada dos valores de comunalidade para a avaliação da escala dos MC's. As contribuições proporcionais dos 8 factores para a variância explicada foram respectivamente 20,67%, 7,88%, 5,61%, 4,91%, 4,58%, 4,12%, 4,01% e 3,97%.

O quadro 15 apresenta a extracção das cargas factoriais de cada item da sub-escala MC's, após a rotação varimax, ou seja a correlação de cada item da sub-escala com os 8 factores considerados. Apesar da fraca variância total explicada (55,73%) pelo conjunto dos 8 factores extraídos, a estrutura factorial encontrada é lógica, com 7 factores associados a conhecimentos agrupados (por tema, regra geral) e um factor (F3) saturada nas variáveis

sociodemográficas. Não são apresentadas no quadro 15, as variáveis “género” e “n.º de irmãos” por não apresentarem ilações com outras variáveis.

### Quadro 15

#### *Análise factorial exploratória após Rotação Varimax das MC's*

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

Quanto ao estudo da fiabilidade das sub-escalas IST's e MC's (Quadro 16), verifica-se que a consistência interna na sub-escala IST's é razoável ( $\alpha= 0,72$ ) enquanto que a consistência interna da sub-escala MC's ( $\alpha= 0,84$ ) é boa (Pestana & Gageiro, 2008). Para verificar a possibilidade de melhorar o valor do coeficiente alfa de Cronbach, analisou-se a possibilidade de exclusão de um item que prejudique o valor da consistência interna em ambas as sub-escalas. A eliminação do item 43 “situação imprevista” faz aumentar ligeiramente o coeficiente de alpha ( $\alpha= 0,76$ ). Na sub-escala das MC's não foi encontrado nenhum item que ajude a melhorar o coeficiente de alpha. Num estudo prévio os valores obtidos referentes à

sub-escala IST's ( $\alpha=0,63$ ) e MC's ( $\alpha=0,78$ ) foram inferiores aos resultados actuais (Sampaio & Silva, 2006b).

Quadro 16

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

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

## 4.6. Resultados

A seguir apresentamos os testes de hipóteses com as relativas análises estatísticas.

### 4.6.1. Factores individuais e familiares associados aos conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva

No quadro 17, é testada a **hipótese 1** «Há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva entre o género». Os dados revelam que as raparigas sexualmente activas têm mais conhecimento do que os rapazes sexualmente activos nas duas sub-escalas do instrumento (IST,  $t=4,021$ ;  $p=0,000$ ; MC,  $t=6,549$ ;  $p=0,000$ ). Contrariamente os sujeitos não sexualmente activos apenas apresentam diferenças na sub-escala dos MC's ( $t=2,042$ ;  $p=0,042$ ), mas não na sub-escala IST. Concluindo, os dados confirmam parcialmente a hipótese 1 que prevê a existência de diferenças significativas entre os conhecimentos de rapazes e raparigas, qualquer que seja o seu estatuto sexual (activo/não activo).

Quadro 17

Conhecimentos por o género e estatuto sexual

Estatuto	Feminino		Masculino		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	
	M	DP	M	DP				
IST	Activo	9,80	1,511	8,20	2,530	4,021	76	0,000***
	Não Activo	9,60	1,605	9,20	1,904	1,753	236	0,081
MC	Activo	17,65	3,342	12,22	5,186	6,549	80	0,000***
	Não Activo	16,15	3,789	15,07	4,263	2,042	236	0,042*

\*  $p \leq 0,05$

\*\*\*  $p = 0,000$

De forma a averiguar as diferenças de idade (por grupos de idade equivalentes), realizou-se uma análise comparativa entre grupo através do teste *t* de student para amostras independentes (Quadro 18). Verifica-se que as raparigas mais novas têm mais conhecimentos que os rapazes do mesmo grupo etário, na sub-escala das MC's ( $t= 3,023$ ;  $p= 0,003$ ). No grupo etário mais velho, as raparigas apresentam conhecimentos superiores aos rapazes em ambas as sub-escalas (IST,  $t= 4,326$ ;  $p= 0,000$ ; MC,  $t= 5,509$ ;  $p= 0,000$ ). Os resultados permitem a aceitação parcial da **hipótese 2**. Globalmente rapazes e raparigas diferem significativamente nos seus conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva excepto os jovens mais novos, dos 13 aos 16 anos, nas IST's em que as diferenças de conhecimento são mesmo assim marginalmente significativas ( $p=0,063$ ).

Quadro 18

*Conhecimentos por género e idade*

		Feminino			Masculino			<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
		N	M	DP	N	M	DP			
IST	13-16 anos	157	9,49	1,708	100	9,06	1,948	1,864	255	0,063 <sup>ms</sup>
	+ 17 anos	56	10,16	0,968	46	8,41	2,596	4,326	55	0,000***
MC	13-16 anos	157	16,32	3,745	100	14,69	4,507	3,023	183	0,003**
	17 anos	56	17,52	3,490	46	12,41	5,431	5,509	74	0,000***

\*\*  $p \leq 0,01$ \*\*\*  $p = 0,000$ <sup>ms</sup> = marginalmente significativo

No que se refere às diferenças de ano de escolaridade o quadro 18 mostra que os alunos do 8.º/9.º ano, 10.º ano, 11.º ano e 12.º ano diferem significativamente nos conhecimentos em ambas as sub-escalas (conhecimentos IST's,  $F= 7,338$ ;  $p= 0,000$ ; conhecimentos MC's,  $F= 7,365$ ;  $p= 0,000$ ). Tal como seria de esperar os discentes do 8.º/9.º ano obtiveram piores pontuações nos conhecimentos em ambas as sub-escalas (IST's,  $M= 8,87$ ; MC's,  $M= 14,45$ ) que os discentes de anos mais avançadas. Isto confirma a **hipótese 3** «há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva entre o ano de escolaridade».

Quadro 19

*Conhecimentos por ano de escolaridade*

	M	DP	F	gl	p
<b>IST</b>			7,338	3	0,000***
8.º/9.º	8,87	1,994			
10.º	9,83	1,376			
11.º	9,74	1,810			
12.º	9,70	2,053			
Total	9,34	1,887			
<b>MC</b>			7,365	3	0,000***
8.º/9.º	14,45	4,578			
10.º	16,57	3,395			
11.º	16,81	4,536			
12.º	16,33	4,684			
Total	15,55	4,433			

\*\*\* $p=0,000$ 

Para análise mais detalhada das diferenças entre os vários grupos realizou-se uma análise post-hoc com o teste LSD (Quadro 20). Os testes post-hoc não procuram controlar o erro tipo I e são equivalentes a múltiplos testes  $t$  (Pestana & Gagueiro, 2008). A análise das diferenças encontradas mostra que os alunos do 8.º/9.º ano de escolaridade diferem significativamente de todos os outros anos de escolaridade, em ambas as sub-escalas; os alunos do 10.º, 11.º e 12.º ano em ambas as sub-escalas, não apresentam diferenças significativas.

Quadro 20

*Post-hoc das diferenças dos conhecimentos por ano de escolaridade*

IST	Ano	p	MC	Ano	p
8º/9.º	10.º	0,000***	8º/9.º	10.º	0,000***
	11.º	0,003**		11.º	0,001**
	12.º	0,008**		12.º	0,011*
10.º	9.º	0,000***	10.º	9.º	0,000***
	11.º	0,760		11.º	0,744
	12.º	0,691		12.º	0,764
11.º	9.º	0,003**	11.º	9.º	0,001**
	10.º	0,760		10.º	0,744
	12.º	0,919		12.º	0,584
12.º	9.º	0,008**	12.º	9.º	0,011*
	10.º	0,691		10.º	0,764
	11.º	0,919		11.º	0,584

\* $p \leq 0,05$ \*\*  $p \leq 0,01$ \*\*\* $p=0,000$ 

A **hipótese 4** «há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por zona de residência», foi testada através da aplicação do teste  $t$  de student. Encontraram-se diferenças

estatisticamente significativas nos conhecimentos sobre sexualidade entre os adolescentes rurais e urbanos. Conforme esperado, os adolescentes residentes na zona urbana apresentam maiores conhecimentos em ambas as sub-escalas (conhecimento IST,  $t=2,485$ ;  $p= 0,014$ ; conhecimentos MC,  $t= 5,170$ ;  $p= 0,000$ ) (Quadro 21).

Quadro 21

*Conhecimentos por zona de residência*

	Urbana			Rural			<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>IST</b>	244	9,52	1,708	115	8,95	2,176	2,485	183	0,014*
<b>MC</b>	244	16,41	3,967	115	13,74	4,823	5,170	189	0,000***

\*\*  $p \leq 0,05$       \*\*\*  $p = 0,000$

No que concerne à variável estatuto sexual, os dados não suportam a **hipótese 5** «há diferenças entre o nível de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por estatuto sexual», não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva, entre os adolescentes sexualmente activos e não activos (Quadro 22).

Quadro 22

*Conhecimentos por estatuto sexual*

	Activo			Não Activo			<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>P</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>IST</b>	120	9,12	2,151	238	9,45	1,737	-1,557	356	0,120
<b>MC</b>	120	15,34	4,997	238	15,73	4,009	-0,734	198	0,464

O quadro 23 apresenta a variável “tamanho da família”. Encontramos diferenças nos conhecimentos dos MC’s ( $F= 5,202$ ,  $p= 0,006$ ). Concluindo a **hipótese 6** «há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes de família de tamanho da família» é confirmada parcialmente, visto existirem diferenças estatisticamente significativas apenas na sub-escala das MC’s.

Quadro 23

*Conhecimento por tamanho da família*

Tamanho da Família	IST					MC				
	M	DP	F	gl	p	M	DP	F	gl	p
Pequena	9,43	1,770				15,88	4,048			
Média	9,19	2,046				15,39	4,918			
Grande	8,91	2,374	1,366	2	0,256	13,25	5,623	5,202	2	0,006**
Total	9,34	1,887				15,55	4,433			

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

Pelo facto de havermos encontrado diferenças significativas no teste F no tamanho da família na sub-escala das MC's, utilizou-se o teste *Post-hoc* LSD. Observa-se que há diferenças de conhecimentos entre adolescentes de famílias grandes e pequenas, com as famílias grandes a apresentar menores conhecimentos (Quadro 24).

Quadro 24

*Post-hoc das diferenças de conhecimento da sub-escala MC's por tamanho da família*

MC	Tamanho da família		p
Pequena	Média		0,408
	Grande		0,001**
Média	Pequena		0,408
	Grande		0,023*
Grande	Pequena		0,001**
	Media		0,023*

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

A **hipótese 7** «há diferenças de nível de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por grupos socioeconómicos» não é confirmada, pois não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre classes sociais (Quadro 25).

Quadro 25

*Conhecimento por NSE*

NSE	IST					MC				
	M	DP	F	gl	P	M	DP	F	gl	P
Classe Baixa	9,16	1,886				15,28	4,474			
Classe Média Baixa	9,27	1,739				15,06	4,508			
Classe Média	9,38	2,232				16,18	4,388			
Classe Média Alta	9,54	1,735	0,400	4	0,809	16,13	4,037	1,628	4	0,167
Classe Alta	9,61	2,126				16,78	4,358			
Total	9,34	1,890				15,57	4,427			

Atendendo as práticas familiares, no quadro 26 observa-se que existem diferenças por prática religiosa nos conhecimentos das IST ( $F= 4,484$ ;  $p= 0,012$ ) e dos MC's ( $F= 4,904$ ;  $p= 0,008$ ). Os sujeitos cujos pais frequentam raramente cerimónias religiosas apresentam melhores pontuações nos conhecimentos, enquanto que os adolescentes de famílias com frequência assídua ao culto religioso apresentaram pontuação baixas nos conhecimentos em ambas as sub-escalas. Estes resultados suportam a **hipótese 8** «há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por grupos com e sem prática religiosa».

Quadro 26

*Conhecimento pela prática religiosa familiar*

Prática Religiosa	IST					MC				
	M	DP	F	gl	p	M	DP	F	gl	p
Frequentemente	8,89	2,151				14,45	4,924			
Raramente	9,62	1,671	4,484	2	0,012*	16,21	3,833	4,904	2	0,008**
Nunca	9,41	1,810				15,79	4,438			
Total	9,34	1,887				15,55	4,433			

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

Relativamente às diferenças na variável prática religiosa (Quadro 27) verifica-se em ambas as sub-escalas, os adolescentes de famílias que frequentam assiduamente cerimónias religiosas diferem significativamente com os adolescentes de famílias de prática religiosa nula ou rara. Apresentando conhecimentos mais elevados os adolescentes que frequentam raramente as cerimónias religiosas.

Quadro 27

*Post-hoc das diferenças por prática religiosa*

		Prática Religiosa		p
IST	Frequentemente	Raramente		0,003**
		Nunca		0,037*
	Raramente	Frequentemente		0,003**
		Nunca		0,367
Nunca	Frequentemente		0,037*	
	Raramente		0,367	
MC	Frequentemente	Raramente		0,003**
		Nunca		0,021*
	Raramente	Frequentemente		0,003**
		Nunca		0,442
Nunca	Frequentemente		0,021*	
	Raramente		0,442	

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

Na variável prática de solidariedade (Quadro 28), observa-se que são os sujeitos cujos pais participam raramente em actividades solidárias apresentam conhecimentos superiores em ambas as sub-escalas. Os jovens de famílias com praticas fracas de solidariedade que apresentaram conhecimentos inferiores. Permite comprovar a **hipótese 9** «há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por grupos com e sem práticas de solidariedade».

Quadro 28

*Conhecimento pela prática de solidariedade*

Prática solidariedade	IST					MC				
	M	DP	F	gl	p	M	DP	F	gl	p
Frequentemente	8,79	2,422				14,00	5,051			
Raramente	9,52	1,702	5,831	2	0,003**	16,07	4,183	8,192	2	0,000***
Nunca	8,58	1,805				13,58	3,963			
Total	9,34	1,887				15,55	4,433			

\*\*  $p \leq 0,01$ \*\*\* $p=0,000$ 

O quadro 29 apresenta os dados relativos à participação de actividades solidárias.

Quadro 29

*Post-hoc das diferenças por prática de solidariedade*

Prática de solidariedade		p
IST	Frequentemente - Raramente	0,004**
	Frequentemente - Nunca	0,661
	Raramente - Frequentemente	0,004**
	Raramente - Nunca	0,033*
	Nunca - Frequentemente	0,661
	Nunca - Raramente	0,033*
MC	Frequentemente - Raramente	0,001**
	Frequentemente - Nunca	0,710
	Raramente - Frequentemente	0,001**
	Raramente - Nunca	0,016*
	Nunca - Frequentemente	0,710
	Nunca - Raramente	0,016*

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

Em ambas as sub-escalas dos conhecimentos há diferenças entre os adolescentes de famílias com prática de solidariedade “frequentemente” e “raramente”, e de famílias com prática de solidariedade “raramente” e “nunca”. Com os adolescentes de famílias mais solidárias apresentando conhecimentos inferiores (Quadro 29).

Analisando as fontes de informação familiar mais relevante para o adolescente (Quadro 30), verifica-se que de uma maneira geral os adolescentes que destacaram a figura materna como a fonte mais valiosa na formação acerca da sexualidade, designadamente nos conteúdos sobre IST's e a consulta de planeamento familiar, mas não na informação sobre o preservativo. A **hipótese 10** «há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por fonte de informação sobre o preservativo», não é confirmada.

Em relação às fontes de informação sobre as IST's, constata-se diferenças de conhecimentos nas duas sub-escalas (IST,  $F= 4,463$ ;  $p= 0,004$ ; MC,  $F= 12,522$ ;  $p= 0,000$ ), o que permite aceitar a **hipótese 11** «há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por fonte de informação sobre as IST's».

Relativamente à contribuição da fonte de informação familiar sobre o planeamento familiar no conhecimento do jovem, observa-se que em ambas as sub-escalas, existem diferenças estatisticamente significativas (IST,  $F= 8,225$ ;  $p= 0,000$ ; MC,  $F= 7,857$ ;  $p= 0,000$ ), o que suporta a **hipótese 12** «há diferenças de conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva por fonte de informação sobre o planeamento familiar».

Quadro 30

*Conhecimento por fontes de informação familiar*

Fontes de Informação	IST					MC				
	M	DP	F	gl	p	M	DP	F	gl	p
<b>Informação Preservativo</b>			1,041	3	0,374			0,422	3	0,738
Mãe	9,66	1,622				15,37	4,134			
Pai	9,29	1,941				15,11	5,014			
Irmãos	8,55	1,695				16,45	4,525			
Outros	9,34	1,927				15,79	4,188			
Total	9,35	1,890				15,71	4,251			
<b>Informação IST</b>			4,463	3	0,004**			12,522	3	0,000***
Mãe	9,79	1,359				15,66	4,089			
Pai	8,43	1,718				7,00	4,655			
Irmãos	7,00	3,688				12,50	6,317			
Outros	9,37	1,875				16,00	3,990			
Total	9,35	1,891				15,72	4,250			
<b>Informação consulta PF</b>			8,225	3	0,000***			7,857	3	0,000***
Mãe	10,02	1,052				17,09	3,304			
Pai	10,00	0,816				9,75	7,676			
Irmãos	7,29	2,289				13,43	6,503			
Outros	9,15	2,076				15,35	4,203			
Total	9,36	1,904				15,73	4,195			

\*\*  $p \leq 0,01$ \*\*\*  $p = 0,000$

O quadro 31 analisa as diferenças por fontes de informação através do post-hoc. Uma vez que a opção “outros” trata-se de um grupo muito heterogéneo (pares; profissionais de saúde; professores; comunicação social) e estamos interessados em comparar as fontes dentro da família, não a analisaremos.

Quadro 31

*Post-hoc das diferenças entre os níveis de conhecimentos e as fontes de informações*

IST	Fontes de Informação IST		<i>p</i>	MC	Fontes de Informação IST		<i>p</i>
Mãe	Pai		0,077	Mãe	Pai	0,000***	
		Irmãos	0,001**		Irmãos	0,077	
	Outros	0,189	Outros		0,628		
Pai	Mãe		0,077	Pai	Mãe	0,000***	
		Irmãos	0,169		Irmãos	0,015*	
	Outros	0,188	Outros		0,000***		
Irmãos	Mãe		0,001**	Irmãos	Mãe	0,077	
		Pai	0,169		Pai	0,015*	
	Outros	0,002**	Outros		0,037*		
Outros	Mãe		0,189	Outros	Mãe	0,628	
		Pai	0,188		Pai	0,000***	
	Irmãos	0,002**	Irmãos		0,037*		
IST	Fontes de Informação PF		<i>p</i>	MC	Fontes de Informação PF		<i>P</i>
Mãe	Pai		0,982	Mãe	Pai	0,000***	
		Irmãos	0,000***		Irmãos	0,022*	
	Outros	0,000***	Outros		0,000***		
Pai	Mãe		0,982	Pai	Mãe	0,000***	
		Irmãos	0,020*		Irmãos	0,151	
	Outros	0,360	Outros		0,007**		
Irmãos	Mãe		0,000***	Irmãos	Mãe	0,022*	
		Pai	0,020*		Pai	0,151	
	Outros	0,009**	Outros		0,219		
Outros	Mãe		0,000**	Outros	Mãe	0,000***	
		Pai	0,360		Pai	0,007**	
	Irmãos	0,009**	Irmãos		0,219		

\**p* ≤ 0,05\*\**p* ≤ 0,01\*\*\**p* = 0,000

Na sub-escala das IST's, verifica-se diferenças entre os adolescentes que referem a “mãe” e os “irmãos” como fonte relevante na informação sobre IST; com os adolescentes que referem a mãe a apresentarem melhores conhecimentos. Na sub-escala dos MC's encontramos diferenças sobre a fonte de informação sobre IST entre os adolescentes que referem o pai, a

mãe e os irmãos, com os adolescentes que referiram a mãe como fonte mais relevante a apresentar melhores conhecimentos.

Relativamente às fontes que cederam informação sobre o planeamento familiar, verifica-se que na sub-escala das IST's há diferenças significativas entre os irmãos, a mãe e o pai, com os adolescentes que expõem a mãe como principal fonte, a apresentar melhores conhecimentos. Na sub-escala das MC's encontrou-se diferenças significativas entre a mãe, o pai e os irmãos, com os adolescentes que referiram a mãe a apresentar melhores conhecimentos (Quadro 31).

#### **4.6.2. Factores individuais e familiares associados aos comportamentos de saúde sexual e reprodutiva**

A literatura sugere que os adolescentes podem ser considerados “em risco” porque “estão a tornar-se sexualmente activos e porque a investigação sugere que eles não tomam, enquanto grupo, precauções adequadas relacionadas com os comportamentos de risco contra a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis” (Cruz et al., 1997, p. 280). Porque interessa-mos estudar os comportamentos sexuais dos adolescentes na vida sexual, focalizou-se para esta análise os adolescentes que afirmaram ter iniciado o estatuto sexual.

No estudo das variáveis individuais e familiares associadas à “idade do primeiro coito”; “número de parceiros sexuais” utilizou-se a análise estatística de comparação de médias ANOVA e t student. Para averiguar a associação entre as variáveis “uso MC na primeira relação”; “uso MC na última relação”; “número de vezes sem usar preservativo” e “frequência a consulta de planeamento familiar” e as variáveis individuais e familiares utilizou-se o teste de independência do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ).

A **hipótese 13** afirma que «há diferenças de comportamento sexual por género». No quadro 32, pode-se verificar que ambas as variáveis “idade do primeiro coito” e “número parceiros sexuais” apresentaram valores significativamente diferentes entre os rapazes e raparigas. Tal como seria de esperar, os rapazes iniciam mais precocemente a vida sexual activa que as raparigas ( $t= 2,273$ ;  $p= 0,025$ ); quanto ao número de parceiros sexuais, os rapazes indicaram um maior número de parceiros ( $t= -3,879$ ;  $p= 0,000$ ).

Quadro 32

*Teste t dos comportamentos entre género (n= 120)*

	Feminino		Masculino		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
<b>Idade do 1.º coito</b>	15,30	1,354	14,75	1,212	2,273	115	0,025*
<b>N.º Parceiros Sexuais</b>	1,51	0,637	2,70	1,946	-3,879	48	0,000***

\* $p \leq 0,05$       \*\*\* $p \leq 0,000$ 

O quadro 33 apresenta o “uso MC na primeira relação”; “uso MC na última relação”; “número de vezes sem usar preservativo” e “frequência a consulta de planeamento familiar” cruzado com o género.

Quadro 33

*Teste de independência dos comportamentos por género (n= 120)*

	Feminino		Masculino		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Uso MC 1ª relação</b>							0,200	0,655
Sim	58	87%	42	89%	100	88%		
Não	9	13%	5	11%	14	12%		
Total	67	100%	47	100%	114	100%		
<b>Uso MC última relação</b>							0,280	0,596
Sim	58	87%	39	83%	97	85%		
Não	9	13%	8	17%	17	15%		
Total	67	100%	47	100%	114	100%		
<b>N.º vezes sem usar preservativo</b>							0,624	0,960
Nenhuma vez	32	48%	18	41%	50	45%		
1 vez	9	13%	7	16%	16	14%		
2 ou 3 vezes	5	8%	3	7%	8	7%		
4 a 10 vezes	7	10%	5	11%	12	11%		
Mais de 10 vezes	14	21%	11	44%	25	23%		
Total	67	100%	44	100%	111	100%		
<b>Frequência Consultas PF</b>							14,916	0,000***
Sim	36	52%	9	18%	45	38%		
Não	33	48%	42	82%	75	63%		
Total	69	100%	51	100%	120	100%		

\*\*\* $p=0,000$ 

No quadro 33, verifica-se que apenas a variável “frequência da consulta de planeamento familiar” apresenta diferenças de género ( $\chi^2 = 14,916$ ;  $p = 0,000$ ). São as raparigas que mais frequentaram as consultas de planeamento familiar. Repara-se que mais de 60% dos adolescentes sexualmente activos nunca frequentaram este tipo de serviço de saúde. Os dados sustentam assim a hipótese 13 que prevê diferenças de género nos comportamentos sexuais.

A **hipótese 14** afirmava «há diferenças de comportamento sexual por zona de residência». O quadro 34 mostra diferenças estatisticamente significativas do número de parceiros sexuais, de facto os jovens da zona rural afirmaram ter tido mais parceiros sexuais ( $t= 0,302$ ;  $p= 0,014$ ).

Quadro 34

*Teste t dos comportamentos por zona de residência (n=120)*

	Urbana		Rural		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
<b>Idade do 1.º coito</b>	15,09	1,297	15,00	1,447	0,302	115	0,763
<b>N.º Parceiros Sexuais</b>	1,77	1,302	2,77	1,660	-3,043	28	0,014*

\* $p \leq 0,05$

O quadro 35 mostra o teste de independência do Qui-quadrado por zona de residência. Verifica-se que nenhuma das variáveis dependentes está associada à zona de residência. O que não permite confirmar a hipótese 14, que previa diferenças dos comportamentos sexuais por zona de residência.

Quadro 35

*Teste de independência dos comportamentos por zona de residência (n=120)*

	Urbana		Rural		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Uso MC 1ª relação</b>							0,257	0,612
Sim	80	87%	20	91%	100	88%		
Não	12	13%	2	9%	14	12%		
Total	92	100%	22	100%	114	100%		
<b>Uso MC última relação</b>							0,728	0,394
Sim	77	84%	20	91%	97	85%		
Não	15	16%	2	9%	17	15%		
Total	92	100%	22	100%	114	100%		
<b>N.º vezes sem usar preservativo</b>							4,240	0,375
Nenhuma vez	38	42%	12	57%	50	45%		
1 vez	12	13%	4	19%	16	14%		
2 ou 3 vezes	6	7%	2	10%	8	7%		
4 a 10 vezes	11	12%	1	5%	12	11%		
Mais de 10 vezes	23	26%	2	10%	25	23%		
Total	90	100%	21	100%	111	100%		
<b>Frequência Consultas PF</b>							0,371	0,542
Sim	38	39%	7	32%	45	38%		
Não	60	61%	15	68%	75	63%		
Total	98	100%	22	100%	120	100%		

A **hipótese 15** afirmava «há diferenças de comportamento sexual por ano de escolaridade». No quadro 36 é possível observar que a idade do 1.º coito difere por ano de escolaridade.

Quadro 36

ANOVA dos comportamentos por ano de escolaridade (n= 120)

	8.º/9.º		10.º		11.º		12.º		F	gl	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>Idade do 1.º coito</b>	14,21	0,808	14,75	1,047	15,65	1,465	16,04	1,170	16,87	3	0,000**
<b>N.º Parceiros Sexuais</b>	1,87	1,231	2,22	1,773	1,76	1,044	1,96	1,483	0,514	3	0,674

\*\*\*p=0,000

Para melhor compreensão das diferenças verificadas no quadro 37, procedeu-se à análise do Post-Hoc. Os alunos do 11.º ano e 12.º ano não diferem significativamente entre si (LSD= 0,223). Contudo todos os restantes anos diferem entre si, quanto menor o ano de escolaridade em que se encontra o jovem, menor é a idade com que tiveram a primeira relação coital.

Quadro 37

Post-hoc de comportamentos por ano de escolaridade

	Ano Escolaridade		p
<b>Idade do 1.º coito</b>	9.º ano	10.º ano	0,049*
		11.º ano	0,000***
		12.º ano	0,000***
	10.º ano	9.º ano	0,049*
		11.º ano	0,004**
		12.º ano	0,000***
	11.º ano	9.º ano	0,000***
		10.º ano	0,004**
		12.º ano	0,223
	12.º ano	9.º ano	0,000***
		10.º ano	0,000***
		11.º ano	0,223

\*p≤ 0,05    \*\*p≤ 0,01    \*\*\*p=0,000

No que se refere ao uso de contraceção (Quadro 38), verifica-se que o uso da contraceção na última relação coital varia por ano de escolaridade (F= 3,679; p= 0,014). A grande maioria usou algum tipo de contraceptivo na última relação coital (85%). Os adolescentes do 12.º ano utilizaram MC na última relação coital. Nos outros anos de escolaridade a grande maioria usou MC. A hipótese 15 é sustentada pelas diferenças estatisticamente significativas observadas nos anos de escolaridade.

## Quadro 38

## Teste de independência dos comportamentos por ano de escolaridade

	8.º/9.º ano		10.º ano		11.º ano		12.º ano		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Uso MC 1ª relação</b>												
Sim	28	82%	30	94%	17	81%	25	93%	100	88%	3,477	0,324
Não	6	18%	2	6%	4	19%	2	7%	14	12%		
Total	34	100%	32	100%	21	100%	27	100%	114	100%		
<b>Uso MC última relação</b>												
Sim	25	74%	29	91%	16	76%	27	100%	97	85%	10,395	0,015*
Não	9	27%	3	9%	5	24%	0	0%	17	15%		
Total	34	100%	32	100%	21	100%	27	100%	114	100%		
<b>N.º vezes sem usar preservativo</b>												
Nenhuma vez	13	39%	13	41%	12	60%	12	46%	50	45%	11,794	0,462
1 vez	6	18%	5	16%	2	10%	3	12%	16	14%		
2 ou 3 vezes	3	9%	0	0%	2	10%	3	12%	8	7%		
4 a 10 vezes	2	6%	6	20%	0	0%	4	15%	12	11%		
Mais de 10 vezes	9	27%	8	25%	4	20%	4	15%	25	23%		
Total	33	100%	32	100%	20	100%	26	100%	111	100%		
<b>Frequência Consultas PF</b>												
Sim	13	35%	11	34%	11	48%	10	36%	45	38%	1,306	0,728
Não	24	65%	21	66%	12	52%	18	64%	75	63%		
Total	37	100%	32	100%	23	100%	28	100%	120	100%		

\*  $p \leq 0,05$ 

A hipótese 16 prevê a existência de diferenças de comportamento sexual dos jovens por idade (Quadro 39). Os jovens mais novos, dos 13 aos 16 anos, referiram idades ligeiramente mais precoces ( $t = -6,197$ ;  $p = 0,000$ ). Existe diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos etários. Quanto ao número de parceiros não se justifica comentar as diferenças, pois dada a mais longa iniciação sexual dos mais velhos, terão tido mais parceiros.

## Quadro 39

## Teste t para os comportamentos por faixa etária (n= 120)

	13-16 anos		+ 17 anos		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Idade do 1.º coito	14,39	0,763	15,67	1,414	-6,197	98	0,000***
N.º Parceiros Sexuais	1,69	0,907	2,25	1,761	-2,126	83	0,037*

\*  $p \leq 0,05$ \*\*\*  $p = 0,000$ 

Quanto aos outros aspectos do comportamento sexual, o quadro 40, não apresenta valores significativos. Concluindo não é possível confirmar a hipótese 16, uma vez que as diferenças das 2 faixas etárias ocorre somente na idade do primeiro coito.

## Quadro 40

*Teste de independência dos comportamentos por faixa etária (n=120)*

	13-16 anos		+ 17 anos		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Uso MC 1ª relação</b>								
Sim	47	86%	53	90%	100	88%	0,506	0,477
Não	8	15%	6	10%	14	12%		
Total	55	100%	59	100%	114	100%		
<b>Uso MC última relação</b>								
Sim	46	84%	51	86%	97	85%	0,176	0,674
Não	9	16%	8	14%	17	15%		
Total	55	100%	59	100%	114	100%		
<b>N.º vezes sem usar preservativo</b>								
Nenhuma vez	25	46%	25	45%	50	45%	0,781	0,941
1 vez	9	16%	7	13%	16	14%		
2 ou 3 vezes	3	6%	5	9%	8	7%		
4 a 10 vezes	6	11%	6	11%	12	11%		
Mais de 10 vezes	12	22%	13	23%	25	23%		
Total	55	100%	56	100%	111	100%		
<b>Frequência Consultas PF</b>								
Sim	20	35%	25	40%	45	38%	0,270	0,604
Não	37	65%	38	60%	75	63%		
Total	57	100%	63	100%	120	100%		

A **hipótese 17** previa a existência de diferenças de comportamento sexual dos jovens activos por tamanho da família. Através do teste da ANOVA (Quadro 41) verificou-se que não existem diferenças significativas.

## Quadro 41

*ANOVA dos comportamentos por tamanho da família (n=120)*

	Pequena		Média		Grande		F	gl	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>Idade do 1.º coito</b>	15,17	1,374	15,27	1,151	14,47	1,219	2,486	2	0,088
<b>N.º Parceiros Sexuais</b>	1,88	1,213	1,89	1,286	2,53	2,326	1,344	2	0,265

Para uma análise mais detalhada da hipótese 17, produziu-se o quadro 42.

Quadro 42

*Teste de independência dos comportamentos por tamanho da família (n=120)*

	Pequena		Média		Grande		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Uso MC 1ª relação</b>										
Sim	62	89%	25	89%	13	81%	100	88%	0,733	0,693
Não	8	11%	3	11%	3	19%	14	12%		
Total	70	100%	28	100%	16	100%	114	100%		
<b>Uso MC última relação</b>										
Sim	62	89%	22	79%	13	81%	97	85%	1,792	0,408
Não	8	79%	6	21%	3	19%	17	15%		
Total	70	100%	28	100%	16	100%	114	100%		
<b>N.º vezes sem usar preservativo</b>										
Nenhuma vez	30	44%	16	59%	4	27%	50	45%	13,099	0,108
1 vez	9	13%	3	11%	4	27%	16	14%		
2 ou 3 vezes	5	7%	3	11%	0	0%	8	7%		
4 a 10 vezes	11	16%	0	0%	1	7%	12	11%		
Mais de 10 vezes	14	20%	5	19%	6	40%	25	23%		
Total	69	100%	27	100%	15	100%	111	100%		
<b>Frequência Consultas PF</b>										
Sim	23	32%	15	54%	7	37%	45	38%	4,208	0,122
Não	50	69%	13	46%	12	63%	75	63%		
Total	73	100%	28	100%	19	100%	120	100%		

Não se encontram diferenças estatisticamente significativas (Quadro 43). De modo que não confirma a hipótese 17.

A **hipótese 18** afirmava «há diferenças de comportamento sexual dos jovens activos por grupos socioeconómicos». No quadro 43 são apresentados os resultados obtidos. Observa-se que em ambas as variáveis referentes aos comportamentos sexuais (“idade do 1.º coito” e “n.º de parceiros sexuais”) não existem diferenças significativas.

Quadro 43

*ANOVA dos comportamentos por NSE (n=120)*

	Baixa		Média Baixa		Média		Média Alta		Alta		F	gl	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>Idade do 1.º coito</b>	15,10	1,449	14,86	1,325	15,14	1,060	15,42	1,465	15,14	1,773	0,669	4	0,615
<b>N.º Parceiros Sexuais</b>	1,60	0,699	2,13	1,358	2,11	1,370	1,42	0,692	2,43	3,359	1,259	4	0,291

Os dados apresentados no quadro 44, permitem sustentar a hipótese 18, uma vez que se observa que o NSE afecta a variável “frequência às consultas de planeamento familiar” ( $\chi^2=10,531$ ;  $p=0,032$ ). Tal como seria de esperar, são os jovens de classes sociais inferiores que

frequentam menos o serviço de saúde. Na classe baixa, dos 10 adolescentes, apenas 3 frequentam este tipo de serviço. No NSE médio baixo, 14 (em 51) nunca procuram este atendimento. A classe média apresenta melhores valores: dos 30 adolescentes, 14 já frequentaram este serviço. Os adolescentes da classe social alta e média alta são os que frequentam mais consultas de planeamento familiar.

#### Quadro 44

*Teste de independência dos comportamentos por NSE (n=120)*

	B.		M. B.		M.		M. A.		A.		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Uso MC 1ª relação</b>														
Sim	9	90%	41	87%	27	93%	16	84%	5	71%	98	88%	2,734	0,603
Não	1	10%	6	13%	2	7%	3	16%	2	29%	14	13%		
Total	10	100%	47	100%	29	100%	19	100%	7	100%	112	100%		
<b>Uso MC última relação</b>														
Sim	9	90%	38	83%	28	93%	15	79%	5	71%	95	85%	3,556	0,469
Não	1	10%	8	17%	2	7%	4	21%	2	29%	17	15%		
Total	10	100%	46	100%	30	100%	19	100%	7	100%	112	100%		
<b>N.º vezes sem usar preservativo</b>														
Nenhuma vez	3	30%	23	51%	16	55%	5	26%	3	43%	50	46%	18,168	0,314
1 vez	1	10%	8	18%	3	10%	3	16%	1	14%	16	15%		
2 ou 3 vezes	0	0%	4	9%	1	3%	1	5%	2	29%	8	7%		
4 a 10 vezes	2	20%	2	4%	4	14%	4	21%	0	0%	12	11%		
Mais de 10 vezes	4	40%	8	18%	5	17%	6	32%	1	14%	24	22%		
Total	10	100%	45	100%	29	100%	19	100%	7	100%	110	100%		
<b>Frequência Consultas PF</b>														
Sim	3	30%	14	28%	14	47%	7	35%	6	86%	44	37%	10,531	0,032*
Não	7	70%	37	73%	16	53%	13	65%	1	14%	74	63%		
Total	10	100%	51	100%	30	100%	20	100%	7	100%	118	100%		

$p \leq 0,05$

A **hipótese 19** afirmava que «há diferenças de comportamento sexual dos jovens activos por grupos com e sem prática religiosa». Nas variáveis “idade do 1.º coito” e “n.º parceiros sexuais” não são observadas diferenças significativas (Quadro 45).

Quadro 45

ANOVA para os comportamentos por prática religiosa (n= 120)

	Frequentemente		Raramente		Nunca		F	gl	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>Idade do 1.º coito</b>	15,07	1,421	15,03	1,276	16,00	0,816	1,026	2	0,362
<b>N.º Parceiros Sexuais</b>	1,95	1,213	1,94	1,536	2,75	1,708	0,609	2	0,546

Nos outros aspectos da vida sexual (Quadro 46) também não se encontram diferenças. Assim a hipótese 19 não pode ser sustentada.

Quadro 46

Teste de independência dos comportamentos e a prática religiosa (n=120)

	Frequentemente		Raramente		Nunca		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Uso MC 1ª relação</b>										
Sim	23	92%	31	91%	46	84%	100	88%	1,654	0,437
Não	2	8%	3	9%	9	16%	14	12%		
Total	25	100%	34	100%	55	100%	114	100%		
<b>Uso MC última relação</b>										
Sim	22	88%	29	88%	46	82%	97	85%	0,752	0,686
Não	3	12%	4	12%	10	18%	17	15%		
Total	25	100%	33	100%	56	100%	114	100%		
<b>N.º vezes sem usar preservativo</b>										
Nenhuma vez	12	52%	13	39%	25	46%	50	45%	6,247	0,620
1 vez	4	17%	7	21%	5	9%	16	14%		
2 ou 3 vezes	2	9%	2	6%	4	7%	8	7%		
4 a 10 vezes	3	13%	4	12%	5	9%	12	11%		
Mais de 10 vezes	2	9%	7	21%	16	29%	25	23%		
Total	23	100%	33	100%	55	100%	111	100%		
<b>Frequência Consultas PF</b>										
Sim	7	30%	12	34%	26	45%	45	38%	3,026	0,220
Não	20	74%	23	66%	32	55%	75	63%		
Total	27	100%	35	100%	58	100%	120	100%		

A hipótese 20 afirmava «há diferenças de comportamento sexual por grupos com e sem prática de solidariedade». Observou-se que a variável prática de solidariedade não afectam as variáveis “idade 1.º coito” e “n.º de parceiros sexuais” (Quadro 47).

Quadro 47

*ANOVA dos comportamentos por prática solidariedade (n=120)*

	Frequentemente		Raramente		Nunca		F	gl	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>Idade do 1.º coito</b>	15,07	1,421	15,03	1,276	16,00	0,816	1,026	2	0,362
<b>N.º Parceiros Sexuais</b>	1,95	1,213	1,94	1,536	2,75	1,708	0,609	2	0,546

Quanto aos outros comportamentos sexuais nenhuma variável dos comportamentos sexuais está associada a prática de actividades de solidariedade na comunidade (Quadro 48). A hipótese 20 não é sustentada.

Quadro 48

*Teste de independência para os comportamentos e a prática solidariedade (n=120)*

	Frequentemente		Raramente		Nunca		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Uso MC 1ª relação</b>										
Sim	22	92%	69	85%	9	100%	100	88%	2,090	0,352
Não	2	8%	12	15%	0	0%	14	12%		
Total	24	100%	81	100%	9	100%	114	100%		
<b>Uso MC última relação</b>										
Sim	21	88%	70	87%	6	67%	97	85%	2,630	0,268
Não	3	13%	11	14%	3	33%	17	15%		
Total	24	100%	81	100%	9	100%	114	100%		
<b>N.º vezes sem usar preservativo</b>										
Nenhuma vez	5	63%	16	47%	29	45%	50	45%	9,994	0,265
1 vez	0	0%	8	24%	8	14%	16	14%		
2 ou 3 vezes	0	0%	2	6%	6	7%	8	7%		
4 a 10 vezes	1	13%	5	15%	6	11%	12	11%		
Mais de 10 vezes	2	25%	3	9%	20	23%	25	23%		
Total	8	100%	34	100%	69	100%	111	100%		
<b>Frequência Consultas PF</b>										
Sim	9	36%	32	37%	4	44%	45	38%	0,212	0,899
Não	16	64%	54	63%	5	56%	75	63%		
Total	25	100%	86	100%	9	100%	120	100%		

A hipótese 21 afirma que existem diferenças de comportamento sexual por fonte de informação sobre o preservativo. No quadro 49 observa-se que as variáveis “idade 1º coito” e “n.º de parceiros sexuais” e a fonte de informação familiar sobre o preservativo são independentes.

Quadro 49

ANOVA dos comportamentos por fontes de informação familiar sobre preservativo (n=120)

	Mãe		Pai		Irmãos		Outros		F	gl	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>Idade do 1.º coito</b>	15,07	1,207	15,00	1,414	15,38	1,598	15,06	1,332	0,146	3	0,932
<b>N.º Parceiros Sexuais</b>	1,57	0,756	2,71	2,138	1,88	1,727	1,99	1,419	1,011	3	0,391

O quadro 50, mostra igualmente que os comportamentos sexuais e a variável fonte de informação sobre preservativo são independentes. Assim a hipótese 21 não pode ser confirmada.

Quadro 50

Teste de independência dos comportamentos por fontes de informação familiar sobre preservativo (n=120)

	Mãe		Pai		Irmãos		Outros		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Uso MC 1ª relação</b>												
Sim	13	93%	8	100%	6	75%	72	87%	99	88%	2,715	0,438
Não	1	7%	0	0%	2	25%	11	13%	14	12%		
Total	14	100%	8	100%	8	100%	83	100%	113	100%		
<b>Uso MC última relação</b>												
Sim	11	79%	7	88%	7	88%	71	86%	96	85%	0,550	0,908
Não	3	21%	1	13%	1	13%	12	15%	17	15%		
Total	14	100%	8	100%	8	100%	83	100%	113	100%		
<b>N.º vezes sem usar preservativo</b>												
Nenhuma vez	6	43%	4	50%	3	38%	37	46%	50	45%	9,215	0,684
1 vez	2	14%	2	25%	3	38%	9	11%	16	14%		
2 ou 3 vezes	1	7%	0	0%	1	13%	6	7%	8	7%		
4 a 10 vezes	3	21%	1	13%	0	0%	8	10%	12	11%		
Mais de 10 vezes	2	14%	1	13%	1	13%	21	26%	25	23%		
Total	14	100%	8	100%	8	100%	81	100%	111	100%		
<b>Frequência Consultas PF</b>												
Sim	7	50%	4	50%	2	25%	32	36%	45	38%	2,079	0,556
Não	7	50%	4	50%	6	75%	57	64%	74	62%		
Total	14	100%	8	100%	8	100%	89	100%	119	100%		

A hipótese 22 previa a existência de diferenças de comportamento sexual por fonte de informação sobre as IST's. O quadro 51, mostra como não se confirma a existência de diferenças nas variáveis dos comportamentos sexuais (idade 1º coito e n.º parceiros sexuais) e a fonte de informação predominante sobre as IST's.

Quadro 51

ANOVA dos comportamentos por fontes de informação familiar sobre IST's (n=120)

	Mãe		Pai		Irmãos		Outros		F	gl	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>Idade do 1.º coito</b>	15,00	1,000	15,33	1,862	14,33	0,577	15,09	1,353	0,397	3	0,755
<b>N.º Parceiros Sexuais</b>	1,27	0,647	2,40	1,517	1,33	0,577	2,05	1,493	1,340	3	0,265

Para completar a análise da hipótese 22, analisou-se os outros comportamentos sexuais (Quadro 52). Constatou-se que os comportamentos sexuais e as fontes de informação sobre IST's são independentes. Concluiu-se então que a hipótese 22 não pode ser sustentada, pois à independência entre as variáveis.

Quadro 52

Teste de independência dos comportamentos por fontes de informação familiar sobre IST's (n=120)

	Mãe		Pai		Irmãos		Outros		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Uso MC 1ª relação</b>												
Sim	10	91%	3	60%	3	100%	83	88%	99	88%	4,087	0,252
Não	1	9%	2	40%	0	0%	11	12%	14	12%		
Total	11	100%	5	100%	3	100%	94	100%	113	100%		
<b>Uso MC última relação</b>												
Sim	9	82%	3	60%	3	100%	81	86%	96	85%	3,161	0,367
Não	2	18%	2	40%	0	0%	13	14%	17	15%		
Total	11	100%	5	100%	3	100%	94	100%	113	100%		
<b>N.º vezes sem usar preservativo</b>												
Nenhuma vez	7	64%	2	40%	1	33%	40	44%	50	45%	6,713	0,876
1 vez	1	9%	1	20%	1	33%	13	14%	16	14%		
2 ou 3 vezes	1	9%	1	20%	0	0%	6	7%	8	7%		
4 a 10 vezes	1	9%	1	20%	0	0%	10	11%	12	11%		
Mais de 10 vezes	1	9%	0	0%	1	33%	23	25%	25	23%		
Total	11	100%	5	100%	3	100%	92	100%	111	100%		
<b>Frequência Consultas PF</b>												
Sim	5	46%	2	33%	2	67%	36	37%	45	38%	1,425	0,700
Não	6	55%	4	67%	1	33%	62	63%	73	62%		
Total	11	100%	6	100%	3	100%	98	100%	118	100%		

A hipótese 23 afirmava «há diferenças de comportamento sexual por fonte de informação sobre a consulta de planeamento familiar». O quadro 53, mostra a ausência de interação entre as variáveis.

## Quadro 53

ANOVA dos comportamentos por fontes de informação familiar sobre Planeamento Familiar (n=120)

	Mãe		Pai		Irmãos		Outros		F	gl	P
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Idade do 1.º coito	15,27	1,306	14,50	0,707	15,25	1,258	15,05	1,353	0,360	3	0,782
N.º Parceiros Sexuais	1,52	0,755	3,00	1,414	2,50	3,000	2,14	1,546	2,011	3	0,117

O quadro 54 mostra a relação entre os restantes comportamentos sexuais e a fonte de informação sobre o planeamento familiar.

## Quadro 54

Teste de independência dos comportamentos por fontes de informação familiar sobre planeamento familiar (n=120)

	Mãe		Pai		Irmãos		Outros		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Uso MC 1ª relação</b>												
Sim	31	94%	1	50%	4	100%	62	86%	98	88%	4,715	0,194
Não	2	6%	1	50%	0	0%	10	14%	13	12%		
Total	33	100%	2	100%	4	100%	72	100%	111	100%		
<b>Uso MC última relação</b>												
Sim	30	91%	1	50%	4	100%	59	82%	94	85%	3,981	0,264
Não	3	9%	1	50%	0	0%	13	18%	17	15%		
Total	33	100%	2	100%	4	100%	72	100%	111	100%		
<b>N.º vezes sem usar preservativo</b>												
Nenhuma vez	17	52%	1	50%	4	100%	26	37%	48	44%	12,633	0,396
1 vez	6	18%	1	50%	0	0%	9	13%	16	15%		
2 ou 3 vezes	3	9%	0	0%	0	0%	5	7%	8	7%		
4 a 10 vezes	2	6%	0	0%	0	0%	10	14%	12	11%		
Mais de 10 vezes	5	15%	0	0%	0	0%	20	29%	25	23%		
Total	33	100%	2	100%	4	100%	70	100%	109	100%		
<b>Frequência Consultas PF</b>												
Sim	16	49%	0	0%	3	75%	26	34%	45	39%	5,431	0,143
Não	17	52%	2	100%	1	25%	50	66%	70	61%		
Total	33	100%	2	100%	4	100%	76	100%	115	100%		

Isto não afirma a hipótese 23. Conclui-se então que os comportamentos sexuais e as fontes de informação sobre a consulta de planeamento familiar são independentes.

#### 4.7. Discussão dos resultados

Vamos agora rever os principais resultados desta investigação, procurando elucidar as questões e os factores associados ao conhecimento e comportamentos de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

Os dados mostram a existência de **diferenças de género**, relativamente aos conhecimentos da saúde sexual e saúde reprodutiva. Nos adolescentes sexualmente activos, verifica-se que são as raparigas que têm maiores conhecimentos nas duas temáticas avaliadas. Do mesmo modo, nos adolescentes não activos, foi também o sexo feminino a apresentar melhores resultados, contudo apenas na sub-escala dos MC's. À semelhança de outras investigações, revistas anteriormente, o sexo feminino tem melhores conhecimentos sobre os métodos, o que não significa que o comportamento siga o conhecimento (Reis & Matos, 2007; Belo & Silva, 2004; Espírito-Santo & Tavares-Neto, 2004; Agadjanian, 2005; Dias, 2009). Segundo Gomes et al. (2002) as raparigas são mais informadas que os rapazes porque procuram assiduamente programas de educação sexual, é notável o interesse do sexo feminino pela aquisição de conhecimentos sobre a sua sexualidade.

Tal como no estudo de Belo e Silva (2004), o nosso estudo apontou que as raparigas **mais velhas** são mais conhecedoras sobre ambos os temas (IST e MC), o que reflecte a maior capacidade dedutiva e a maior escolaridade, por parte delas. De acordo com esta perspectiva, os resultados deste estudo indicam que são os alunos com maior **escolaridade** (10.º, 11.º e 12.º ano), que pontuam melhores conhecimentos, à semelhança de outras investigações (Dias, 2009; Gomes et al., 2002; UNICEF, 2002). Estes resultados apontam a necessidade de intervir na informação dos alunos de anos inferiores (8.º e 9.º ano).

Contrariamente ao estudo de Almeida, Silva e Cunha (2007), os dados desta investigação apontaram a existência de diferenças de conhecimentos em saúde sexual e reprodutiva, por **zona de residência** dos adolescentes. Os adolescentes residentes na zona urbana pontuam melhor que os rurais (IST M= 9,52; MC = 16,41), é compreendido que o maior desenvolvimento na área urbana possibilita ao adolescente o maior acesso aos serviços de saúde e a outros meios que contêm informação sobre sexualidade.

Em relação à associação dos conhecimentos e a variável **estatuto sexual** (activo/não activo), não se encontrou associação, isto é o estatuto sexual não influi nos conhecimentos, o que corrobora os resultados da investigação de Sampaio e Silva (2006a).

Tal como tem sido defendido por vários autores, a família tem um papel crucial no desenvolvimento e aprendizagem do adolescente. Um dos papéis principais é a socialização, isto é, a sua inclusão no mundo cultural (Braconnier & Marcelli, 2000; Fernandes, Sousa & Barroso, 2004; Polonia & Dessen, 2005). Neste sentido é importante analisar a questão das características da estrutura e funcionamento familiar.

O nosso estudo demonstrou que os jovens oriundos de **famílias grandes** tendem a ter conhecimentos (na sub-escala dos MC's) inferiores. Isto pode ser entendido no seguimento de Machado (2005), que afirma que quanto maior o tamanho da família, maior o número de potenciais sucessores haverá, logo maior diluição na distribuição de poder e comunicação (Machado, 2005). Além de que com o aumento do número de filhos, os cuidados e a supervisão dos pais diminui, pois tem que ser repartida para todos os elementos da fratria, o que possibilita a fraca aquisição de conhecimentos do jovem pela família.

Os dados obtidos quanto ao **NSE** não corroboram com os resultados da investigação de Martins et al. (2006), visto não se ter verificado associação entre a classe social e os conhecimentos dos sujeitos. Provavelmente este resultado está relacionado com a disponibilidade de educação sexual na escola para todos os alunos; o que pressupõe que os adolescentes escolarizados disponham de modo semelhante instrução sobre a temática da sexualidade.

A questão dos estilos familiares foi avaliada através das variáveis “prática religiosa” e “prática de solidariedade”. Os sujeitos oriundos de famílias que com frequência assídua ao **culto religioso**, apresentam fracos conhecimentos na saúde sexual e reprodutiva. Estes resultados podem ser explicados pela presença de um estilo parental mais autoritário e repressivo ou conservador, mais frequente nas famílias praticantes em termos religiosos (Cano, Ferriani & Gomes, 2000; Fonseca et al., 2003; Visser et al., 2007; Pais, 1985). O que explica a possível existência de falha no diálogo sobre a saúde sexual e reprodutiva na família. As “**práticas de solidariedade**” explicitam valores sociais (por exemplo compromisso e generosidade) das famílias, valores que supostamente orientam acções, escolhas, julgamentos e atitudes dos jovens (Pereira, Camino & Costa, 2005). À semelhança

de outros estudos (Amaral & Fonseca, 2006) observamos que o conhecimento está associado às relações sociais estabelecidas na família, os jovens de famílias mais solidárias apresentam pontuações baixas nos conhecimentos. Podemos ver aqui que a transmissão de valores sociais de generosidade e compromisso não garantem melhores rendimentos cognitivos, possivelmente porque os jovens que, estão mais preocupados com eles próprios procuram estar mais informados.

Analisou-se a importância de três temas e competências abordáveis na família (informação sobre o preservativo; sobre as IST e sobre as consultas de planeamento familiar) e o seu impacto nos conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva. Os nossos resultados são reforçados por vários estudos que sugerem uma clara preponderância da mãe como fonte privilegiada de conhecimento dos jovens (McNeely et al., 2002; Dilorio, Kelley & Eaton, 1999; Teixeira, Knauth, Fachel & Leal, 2006; Weigel, et al., 1998; Settertobulte, 2000; Vilar, 2005; O'Sullivan, Meyer & Watkins; 2001). No nosso estudo os jovens que referiram a mãe como **fonte primordial de informação sobre as IST's e a consulta de planeamento familiar** apresentam maiores conhecimentos nas duas sub-escalas do instrumento (IST's e MC's). Sobre a **fonte de transmissão acerca do preservativo** não se observou diferenças de conhecimentos. Contudo há que recordar que evidências empíricas mostram que a informação e o conhecimento são factores importantes no processo de mudança comportamental, mas não são suficientes para motivar os jovens para a mudança de comportamentos sexuais saudáveis (Tapia-Aguirre et al., 2004).

Do total dos adolescentes inquiridos, 120 adolescentes já iniciaram a actividade sexual. Espantosamente dos jovens activos mais novos (13-16 anos), são as raparigas mais activas.

Quanto aos **comportamentos sexuais** dos adolescentes activos, observámos que apenas o género e o ano de escolaridade confirmam as diferenças previstas inicialmente. As diferenças encontradas na variável **género** são confirmadas pela literatura. Tal como noutros estudos realizados (INE, 2001; Matos et al. 2003; INE, 1998; Nogueira, et al., 2008; Teixeira et al., 2006) o sexo masculino tendia a iniciar mais precocemente as relações sexuais ( $M= 14,75$ ) e a ter um número superior de parceiros sexuais ( $\approx 3$  parceiros). Na sociedade portuguesa, o facto de um rapaz ter mais do que uma parceira é encarado de forma natural, enquanto que uma rapariga que tenha mais de que um mais do que um parceiro é avaliada de modo depreciativo até pelo sexo feminino (Gaspar et al., 2006). Se por um lado ter mais que um

parceiro sexual é depreciativo para o sexo feminino, por outro frequentar as consultas de planeamento familiar são depreciativas para o sexo masculino. Estes serviços ainda estão associados a crenças erróneas, nomeadamente na responsabilidade quase exclusivamente feminina na função reprodutiva (Bertrand, et al., 1995; Roque, 2001; Martins, et al., 2008), pelo que é justificável o maior acesso a estes serviços pelas raparigas.

Relativamente ao **ano de escolaridade**, observámos que jovens do 8.º e 9.º de escolaridade indicam terem iniciado mais precocemente as relações sexuais, tal como a literatura refere, há um decréscimo na idade de iniciação sexual. Quanto mais baixo o ano de escolaridade em que o sujeito se encontra, mais cedo é a idade com que referem ter iniciado a actividade sexual (Abal et al., 2004; Hayes, 1987; Ribeiro & Fernandes, 2009; Roque, 2001).

Cruzeiro et al. (2010) defende que o processo de escolarização contribui para o estabelecimento de um comportamento de autoprotecção do adolescente. Note-se que nesta investigação, os jovens que frequentam o 8.º e 9.º de escolaridade mostraram-se estar em risco. Visto que tiveram a sua primeira experiência sexual mais cedo e são os que menos utilizaram o MC na última relação sexual. Curiosamente Shafii, Stovel, Davis e Holmes (2004), afirmam que a utilização do preservativo na 1ª relação sexual aumenta a probabilidade de utilização na última relação sexual, isto é, a utilização do preservativo na 1ª vez aumenta a consistência no uso precedente. O facto dos nossos resultados não confirmarem a afirmação do autor pode ser explicada pela ausência de distinção do uso do MC individualmente ou pelo casal, de modo que seria essencial em estudos posteriores analisar a diferenciação da opção pelo adolescente.

Apesar de não se ter confirmado mais hipóteses relativas ao comportamento sexual, verificou-se algumas diferenças curiosas. Na **zona de residência** observou-se que contrariamente ao esperado (Poon & Saewyc, 2009) foram os jovens da zona rural que indicaram haver tido mais parceiros sexuais. Note-se que os jovens da zona urbana haviam apresentado maiores conhecimentos, o facto de se verificar agora que são os jovens da zona rural a indicar maior n.º de parceiros sexuais, induz a que o maior conhecimento implica a adopção de comportamentos mais responsáveis. A **faixa etária** permitiu verificar que são os jovens mais novos que indicam ter iniciado a actividade sexual mais precocemente, tal como outras investigações o sugerem (Centers for Disease Control and Prevention, 2004; Mandara et al., 2003). O **NSE** mostrou estar associado à frequência a consultas de ginecologia. Estes

dados podem ser entendidos à luz do modelo desenvolvido por Bertrand, et al. (1995), que sustenta as questões económicas como contributo para a protecção do adolescente. No nosso estudo os adolescentes com condições socioeconómicas superiores referiram haver usufruído destes serviços (Bertrand, et al., 1995; Martins, et al., 2006; Carvacho, et al., 2008; Bruno, Feitosa, Silveira, Morais & Bezerra, 2009; Foreit, et al., 1978). É possível assim inferir que os nossos adolescentes de condições socioeconómicas superiores apresentam melhores atitudes face ao comportamento sexual.

A literatura defende que a família parece contribuir também como um factor quer protector, quer de risco (Caulhoun & Friel, 2001; Parera & Suris, 2004). Contudo neste estudo verificou-se que as **variáveis que fazem associação à família** (“tamanho da família”; “prática religiosa familiar”; “prática de solidariedade”; “fontes de informação familiar sobre o preservativo”; “fontes de informação familiar sobre as IST’s”; “fontes de informação familiar sobre a consulta de planeamento familiar”) apontaram independência com o comportamento sexual, não se pode afirmar que os jovens da nossa amostra estão cientes do diálogo sobre sexualidade e isso traduz no impacto sobre os seus comportamentos. Talvez através de uma análise mais rigorosa aos dados (por exemplo, comportamentos sexuais dos rapazes / das raparigas, associados às variáveis familiares) poderia se encontrar ilações entre os comportamentos sexuais e as variáveis familiares.

As conclusões da discussão deste trabalho devem, contudo, ser interpretadas tendo em conta as **limitações subjacentes**. Consideramos que o instrumento utilizado nesta investigação “Quebrese II”, é viável e adequado ao objectivo do nosso estudo, assim como, apresenta-nos uma grande variedade de opções de análise e permite a administração colectiva. Contudo, como outros questionários de autopreenchimento há risco de algum enviesamento dos resultados (por exemplo através da desejabilidade social e motivação individual para responder às questões). Crê-se que traria benefícios utilizar outros instrumentos complementares, por exemplo entrevistas. Contudo não foi viável no nosso estudo, devido ao tempo de administração. Seria ainda relevante acrescentar ao instrumento variáveis como o uso do preservativo na primeira e na última relação sexual, para novas considerações dos comportamentos sexuais de risco.

A complementaridade da revisão da análise das qualidades do instrumento trouxe melhoras às qualidades inicialmente referidas pelos autores do instrumento. Sugere-se ainda que num

próximo estudo sejam revistas as análises das qualidades psicométricas das práticas sexuais e das fontes de informação do “Quebrese II”.

Apesar do tema da sexualidade já haver sido discutido por vários autores, entende-se que continua a ser uma área de interesse para novos estudos. O **desenvolvimento de futuros estudos com o “Quebrese II”** sobre a associação dos conhecimentos com os comportamentos dos adolescentes, poderá fornecer importantes pistas para a implementação de acções que sejam mais efectivas.

## Conclusão

Iremos passar a apresentar as conclusões dos resultados e da discussão desta investigação, salientando possíveis recomendações e implicações práticas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva na juventude estudantil.

Em primeiro lugar, observou-se que as características sociodemográficas, introduzem diferenças no estatuto sexual, são: as jovens mais novas (dos 13 aos 16 anos); do 12.º ano de escolaridade; da zona urbana e que têm pouca prática religiosa e solidária que apresentaram maior actividade sexual.

Os resultados empíricos do nosso estudo sugerem que os adolescentes não podem ser considerados um grupo homogéneo em relação aos conhecimentos e aos comportamentos.

Das variáveis individuais identificadas como potenciais determinantes dos conhecimentos e dos comportamentos sexuais dos adolescentes, encontramos: o género; a faixa-etária; o ano de escolaridade e a zona de residência.

Relativamente ao género os resultados sublinham que o sexo masculino encontra-se em maior risco. Pois os rapazes apresentaram conhecimentos inferiores, iniciaram mais precocemente a actividade sexual, tiveram mais parceiros sexuais e frequentaram muito pouco os serviços de saúde. De acordo com a literatura o sucesso da educação para a sexualidade saudável não depende exclusivamente da informação científica, mas do foque nos aspectos humanos e positivos da sexualidade ao invés de se centrar exclusivamente na prevenção de consequências negativas associadas a elas. Parece relevante propor medidas mais concretas para os rapazes: desenvolvimento de atitudes, crenças e comportamentos positivos, de modo a promover a adopção de comportamentos seguros, por exemplo através de *role-playing*, de discussões de grupo e de jogos de clarificação de valores (Dias, 2009 & Boruchovitch, 1992).

No nosso estudo a idade parece contribuir positivamente para o conhecimento e comportamento mais assertivo do adolescente. Assim, ser mais velho é significativo de maior conhecimento e possivelmente contribui para a maior maturidade no processo de tomada de decisões de comportamentos saudáveis. Gerações mais novas tendem a indicar o início da actividade sexual mais precocemente, provavelmente o fraco conhecimento e a pouca maturidade são os principais motivadores para tomar esta decisão. Na mesma direcção foram os resultados do ano de escolaridade, onde verificamos que os adolescentes do 8.º e 9.º ano apresentavam conhecimentos inferiores e maior predisposição a comportamentos sexuais de risco (idade de iniciação sexual precoce e fraco uso dos MC's na última relação sexual). Segundo Boruchovitch (1992), não há certeza que todos os adolescentes alcancem o pensamento formal, contudo é evidente que esta sofisticação cognitiva não é garantia de um comportamento sexual responsável por parte do adolescente. A escola é um espaço privilegiado para intervir na promoção da saúde sexual e reprodutiva. Assim, consideramos que o desenvolvimento de políticas sobre a saúde sexual e reprodutiva e educação sexual nas escolas portuguesas devem ser repensadas. Pois o principal objectivo destas tem sido abranger um largo número de adolescentes, padronizando as necessidades deles. A conjugação de esforços entre técnicos de saúde e educadores, apesar de existir há longos anos, nem sempre tem sido tratada como deveria (Correia, 2008 & Dias, 2009). Sugere-se, que esta união entre profissionais a favor da educação para a saúde seja analisada com maior cuidado. Parece-nos ainda ser relevante introduzir para os alunos mais jovens recursos, que promovam conhecimentos e acções que interfiram efectivamente na alteração comportamental por via da compreensão e da auto-responsabilização, sem aniquilar a busca

de novas experiências, necessárias para a formação da identidade e autonomia do adolescente.

Intervir nos adolescentes rurais mostrou-se mais prioritário do que intervir nos adolescentes urbanos. Pois apresentaram conhecimentos inferiores e terem tido mais parceiros sexuais. Para este grupo, entendemos ser necessário desenvolver estratégias de nível macrossocial nas zonas menos desenvolvidas, de modo a identificar e promover recursos a um sistema de apoio mais abrangente (Dias, 2009). Tais como, a criação de oportunidades recreativas de incentivo a práticas saudáveis à saúde, apoio social, salientando-se a igualdade de oportunidades, o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, a distribuição de preservativos e outros meios de informações sobre a sexualidade.

Os resultados obtidos neste estudo apontaram que as variáveis familiares apenas contribuíram no conhecimento dos adolescentes, confirmando que conhecimento não induz o comportamento. Os adolescentes que apresentaram ter uma família com características que envolvem: a proximidade (jovens de famílias pequenas), a preocupação individualista (jovens sem prática solidária), o liberalismo (jovens sem prática religiosa), e o diálogo com a mãe (jovens que privilegiam a mãe como fonte de informação), estar mais informados. É importante sublinhar que os conhecimentos inferiores observados nas variáveis familiares são possivelmente explicados pelo tabu em dialogar na família questões sexuais. Parece-nos relevante consciencializar os pais de que a educação sexual não incita o comportamento sexual na adolescência. Para o desenvolvimento desta medida, seria importante usufruir do trabalho de profissionais a nível comunitário, pois têm uma posição privilegiada para envolver a família, a escola e a comunidade.

Numa perspectiva global, o nosso estudo permitiu quantificar os conhecimentos dos adolescentes escolarizados sobre a saúde sexual e reprodutiva considerando as características individuais, familiares. Conclui-se que as variáveis relativas à individualidade têm um maior impacto nos conhecimentos dos adolescentes, assim como nos seus comportamentos.

## Referências Bibliográficas

- Abal, Y., González, A., González, J. & Linares, E. (2004). Comportamentos y actitudes sexuales en adolescents y jóvenes. *Archivos Hispanoamericanos de Sexologia*, 10 (2), 167-182.
- Agadjanian, V. (2005). Gender, religious involvement, and HIV/AIDS prevention in Mozambique. *Social Science & Medicine*, 61, 1529-1539.
- Aggleton, P., Chase, E. & Rivers, K. (2004). *HIV/AIDS prevention and care among especially vulnerable young people: a Framework for action*. London: WHO & DFID.
- Almeida, A., Silva, C. & Cunha, G. (2007). Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre SIDA dos adolescentes portugueses do meio urbano e não-urbano. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41 (2), 180-186.
- Almeida, A., & Vilar, D. (2008). Literacia e práticas contraceptivas masculinas. In Associação para o Planeamento Familiar. *Sexualidade & planeamento familiar*. Lisboa: Ideias Virtuais.
- Almeida, J. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Alves, A., & Lopes, M. (2007). Locus de controle e escolha do método anticoncepcional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (3), 273-278.
- Alves, A., & Lopes, M. (2008). Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira Enfermagem*, 61 (2), 170-177.
- Associação para o Planeamento da Família (2007). *Sexualidade & planeamento familiar*. Lisboa: Ideias Virtuais.
- Associação para o Planeamento da Família (2008). *Sexualidade & planeamento familiar*. Lisboa: Ideias Virtuais.

- Azevedo, J. (2008). Infecções sexualmente transmissíveis. In Associação para o Planeamento Familiar. *Sexualidade & planeamento familiar*. Lisboa: Ideias Virtuais.
- Bandura, A. (1965). Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1 (6), 589-595.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184.
- Bandura, A., Caprara, G., Barbaranelli, C. & Pastorelli, C. (2001). Sociocognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80 (1), 125-135.
- Bart, W. (2004). A commentary on D.H. Feldman's essay on Piaget's stages. *New ideas in psychology*, 22, 233-237.
- Bea, J., Berg, V. & Parry, M. (1983). Adolescents' preference of source to obtain contraceptive information. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 147 (6), 719-721.
- Belo, M., & Silva, S. (2004). Knowledge, attitudes, and practices on previous use of contraceptive methods among pregnant teenagers. *Revista Saude Publica*, 38 (4), 479-487.
- Bertrand, J. Hardee, K., Magnani, R. & Angle, M. (1995). Access, quality of care, and medical barriers in family planning programs. *Internacional Family Planning Perspectives*, 21 (2), 64-69.
- Beserra, E. Pinheiro, P., Alves, M. & Barroso, M. (2008). Adolescência e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: uma pesquisa documental. *Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 20 (1), 32-35.
- Bié, A., Rocha, M. & Moura, E. (2006). Planejamento familiar: o que os adolescentes sabem sobre este assunto?. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 12 (3), 125-130.
- Borges, A. (2007). Relações de género e iniciação sexual de mulheres adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (4), 597-604.

- Borges, A., & Schor, N. (2002). Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 499-507.
- Borges, A., & Schor, N. (2007). Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (1), 225-234.
- Boruchovitch, E. (1992). Fatores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. *Revista Saúde Pública*, 26 (6), 437-443.
- Bouzas, I., Pacheco, A. & Eisenstein, E. (2004). Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência. *Adolescência & Saúde*, 1 (2), 27-33.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Brindis, C., Llewelyn, L., Marie, K., Blum, M., Biggs, A. & Maternowska, C. (2003). Meeting the reproductive health care needs of adolescents: California's family planning access, care, and treatment program. *Journal of Adolescent Health*, 32 (6), 79-90.
- Bruno, Z., Feitosa, F., Silveira, K., Morais, I. & Bezerra, M. (2009). Reincidência de gravidez em adolescentes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31 (19), 480-484.
- Cairo, (1994). *Resumen del programa de acción de la conferencia internacional sobre la población y del desarrollo*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Camargo, B., & Botelho, L. (2007). Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. *Revista Saúde Pública*, 41 (1), 61-68.
- Camargo, E., & Ferrari, R. (2009). Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciências & Saúde Coletiva*, 14 (3), 937-946.
- Campos-Arias, A. Ceballo, G. (2010). Prevalence of pattern of risky behaviors for reproductive and sexual health among middle – and high-school students. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18 (2), 170-174.

- Cano, M., & Ferriani, M. (2000). A família frente à sexualidade dos adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13 (1), 38-46.
- Cardoso, R. (1990). Participação política e democracia. *Novos Estudos*, 26, 15-24.
- Castro, J., & Rodrigues, V. (2009). Conhecimentos e atitudes dos jovens face à contracepção de emergência. *Revista Escola Enfermagem USP*, 43 (4), 889-894.
- Caulhoun, E. & Friel, L. (2001). Adolescent sexuality: disentangling the effects of family structure and family context. *Journal of Marriage & Family*, 63 (3), 669-681.
- Cavacho, J. Mello, M., Morais, S. & Silva, J. (2008). Factores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Revista Saúde Pública*, 42 (5), 886-894.
- Centers For Disease Control and Prevention (2004). Youth risk behavior surveillance – United States, 2003, surveillance summaries. *Morbidity and mortality weekly report*, 53 (SS-2), 1-96.
- Centers For Disease Control and Prevention (2006). Youth risk behavior surveillance – United States, 2005, surveillance summaries. *Morbidity and mortality weekly report*, 55 (SS-5), 1-108.
- Chirinos, J., Brindis, C. & McCarter, V. (2001). Differences and similarities in sexual and contraceptive knowledge, attitudes, and behavior among Latino male adolescent students in California. *Caderno Saúde Pública*, 17, 833-841.
- Choquet, M., & Manfredi, R. (1992). Sexual intercourse, contraception, and risk-talking behavior among unselected French adolescents aged 11-20 years. *Journal of Adolescent Health*, 13 (7), 623-630.
- Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente – dos 10 aos 18 anos*. Lisboa: A esfera dos livros.
- Correia, T. (2008). Expectativas dos adolescentes em relação aos professores e profissionais de saúde na área da sexualidade. *Sinais Vitais*, 80, 42-48.

- Corte-Real, N., Balaguer, I., Dias, C., Corredeira, R. & Fonseca, A. (2008). Percepção e comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes portugueses – uma análise em função do sexo e da idade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21 (3), 209-218.
- Costa, E., & Leal, I. (2005). Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contraceção. *Análise Psicológica*, 3 (23), 247-260.
- Crizóstomo, C., Nery, I. & Luz, H. (2005). Planejamento familiar na visão das adolescentes puérperas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 6 (1), 29-36.
- Cruz, J., Vilaça, M., Sousa, A., Gomes, R., Melo, B., Araújo, M., Dias, C., Freitas, M. & Ruivo, M. (1997). Prevenção do VIH e do sida nos adolescentes e jovens adultos: investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 279-304.
- Cruzeiro, A., Souza, L., Silva, A., Pinheiro, R., Rocha, C. & Horta, B. (2010). Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (1), 1149-1157.
- Dariotis, J., Sifak, F., Pleck, J., Astone, N. & Sonenstein, F. (2011). Racial and ethnic disparities in sexual risk behaviors and STDs during young men's transition to adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43 (1), 51-59.
- Dias, A., & Gomes, W. (1999). Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. *Estudos de Psicologia*, 4 (1), 79-106.
- Dias, S., Matos, M. & Gonçalves, A. (2007). Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 4 (25), 625-634.
- Dias, A., & Rodrigues, M. (2009). Adolescentes e sexualidade: contributo da educação, da família e do grupo de pares de adolescentes no desenvolvimento da sexualidade. *Revista Referência*, 2 (10), 15-22.

- Dias, S. (2009). *Comportamentos sexuais nos adolescentes: promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Dilorio, C., Kelley, M., & Eaton, M. (1999). Communication about sexual issues: mothers, fathers and friends. *Journal of Adolescent Health, 24*, 181-189.
- Direcção Geral da Saúde (2001). *Saúde reprodutiva: planeamento familiar – orientações técnicas 9*. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral da Saúde (2008). Programa nacional de vacinação (PNV) introdução da vacina contra infecções por vírus do papiloma humano. Acedido em: 16, Maio, 2011, em: <http://www.mgfamiliar.net/DGS%20PNV+HPV.pdf>.
- Epstein, E. (2001). Apatia e alheamento político numa sociedade paralisada: os limites da nova democracia chilena. *Opinião Pública, 7* (1), 16-32.
- Fazecas, A., Senn, C. & Leddgerwood, D. (2001). Predictors of intention to use condoms among university women: An application and extension of the theory of planned behavior. *Canadian Journal of Behavioural Science, 33* (2), 103-117.
- Feijó, R., & Oliveira, E. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria, 77* (2), 125-134.
- Fernandes, L. (2008). Experiências de mães e pais adolescentes. In Associação para o Planeamento Familiar (eds.). *Sexualidade & planeamento familiar (10-16)*. Lisboa: Ideias Virtuais.
- Fernandes, J., Sousa, L. & Barroso, M. (2004). Repercussão da gravidez no contexto sócio-familiar da adolescente – uma experiência. *Acta Paulista Enfermagem, 17* (4), 400-406.
- Ferreira, E. (1999). *O desenvolvimento das crianças em risco ambiental – uma perspectiva ecológica*. Tese de licenciatura em Psicologia Social e do Trabalho. Porto. Universidade Fernando Pessoa.
- Fonseca, L., Soares, C. & Vaz, J. (2003). *A sexologia – perspectiva multidisciplinar* (vol. II). Coimbra: Quarteto.

- Foreit, J., Gorosh, M., Gillespie, D. & Merrit, C. (1978). Community-based and commercial contraceptive distribution: an inventory and appraisal. *Population Reports*, 19, 1-29.
- Galvão, J. (2008). *Os jovens e o sexo – valores da sexualidade humana*. Portugal: Deplano.
- Garriguet, D. (2005). Early sexual intercourse. *Health Reports*, 16 (3), 9-18.
- Gaspar, T., Matos, M. Gonçalves, A., Ferreira, M. & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 299-316.
- Giordano, M., & Giordano, L. (2009). Contraceção na adolescência. *Adolescência & saúde*, 6 (4), 11-16.
- Gomes, W., Costa, M., Sobrinho, C., Santos, C. & Bacelar, E. (2002). Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (4), 301-308.
- Hall, C., & Lindzey, G. (2002). *Teorias da personalidade* (18ª ed). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Hansenne, M. (2003). *Psicologia da personalidade*. Lisboa: Climepsi.
- Harris, K., Duncan, G. & Boisjoly, J. (2002). Evaluating the role of “Nothing to Lose” attitudes on risky behavior in adolescence. *Social Forces*, 80 (3), 1005-1039.
- Hart, B., & Hilton, I. (1988). Dimensions of personality organization as predictors of teenage pregnancy risk. *Journal of Personality Assessment*, 52, 116-132.
- Hayes, C. (1987). *Risking the future – adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing* (vol. 1). Washington: National academy press.
- Helpren, E. (1983). A three-level model of parent-daughter communication about sexual topics. *Adolescence*, 18, 523-534.
- Hershey J., & Velez L. (2009). Public health issues related to HPV vaccination. *Journal Public Health Management and Practice*, 15 (5), 384-92.

- Instituto Nacional de Estatística (1998). *Inquérito à fecundidade e família: resultados preliminares*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (1999a). *Estatísticas da saúde*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (1999b). *Estimativas de população residente (28)*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2001). *Inquérito à fecundidade e família – 1997*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *O território da região norte – As pessoas em 2009*. Lisboa: INE.
- Larraín, M. (2010). Adolescência: identidade, moda y narcisismo. *Revista de Comunicación*, 9, 174-189.
- Lomba, L., Apostolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M. & Mendes, F. (2008). Comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 14 (1), 31-41.
- London, A., & Robles, A. (2000). The co-occurrence of correct and incorrect HIV transmission knowledge and perceived risk for HIV among women of childbearing age in El Salvador. *Social Science & Medicine*, 51 (8), 1267-1278.
- Longo, L. (2002). Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 19 (2), 229-247.
- López, F., & Oroz, A. (1999). *Para comprender la vida sexual del adolescente*. Navarra: Verbo Divino.
- Lucas, J. (1993). *Sida: a sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa: McGraw Hill.
- Machado, H. (2005). Relações sobre concepções de família e empresas familiares. *Psicologia em estudo*, 10 (2), 317-323.

- Manuel, H. (2007). *Conhecimentos, atitudes e práticas sobre planeamento familiar – de mulheres Timorenses residentes em Portugal*. Lisboa: ACIME.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Silabo.
- Martins, L., Costa-Paiva, L., Osis, M., Sousa, M., Neto, A. & Tadini, V. (2006). Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Revista Saúde Pública*, 40 (1), 57-64.
- Martins, N., Muñoz-Silva, A. & Sánchez-García, M. (2008). Fontes de informação, conhecimentos e uso de preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *Psico*, 39 (1), 7-13.
- Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1995). *Human sexuality*. New York: Harper Collins College Publishers.
- Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses - quatro anos depois*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M., Simões, C. & Carvalhosa, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC / OMS – 1996*. Lisboa: FMH.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Pereira, S., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). Comportamento sexual e conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA – relatório preliminar. Acedido em: 16, Maio, 2011, em: [http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio\\_SIDA](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_SIDA).
- McNeely, C., Shew, M., Beuhring, T., Sieving, R., Miller, B. & Blum, R. (2002). Mothers' influence on the timing of first sex among 14- and 15- year-old. *Journal of Adolescent Health*, 31 (3), 256-265.
- Mehu-Parant, F., Rouzier, R, Soulat J. & Parant, O. (2010). Eligibility and willingness of firstyear students entering university to participate in a HPV vaccination catch-up program. *European and Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 148 (2), 186-190.

- Mendonça, R. & Araújo, T. (2010). Análise da produção científica sobre o uso dos métodos contraceptivos pelos adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 1040-1045.
- Moser, A., Reggiani, C. & Urbanetz, A. (2007). Comportamento sexual de risco entre estudantes universitários dos cursos de ciências da saúde. *Revista Associação Medicina Brasileira*, 53 (2), 116-121.
- Muñoz, N. & Jacquard, A. (2008). Quelles données épidémiologiques sont nécessaires pour la mise en place de la vaccination contre le papillomavirus humain?. *La Presse Médicale*, 37 (10), 1377-1390.
- Murta, E., Souza, M., Adad, S. & Júnior, E. (2001). Infecção pelo papilomavírus humano em adolescentes: relação com o método anticoncepcional, gravidez, fumo e achados citológicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 23 (4), 217-221.
- Muza G., Costa M. (2002). Elementos para elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: o olhar dos adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (1): 321-328.
- Namerow, P., Lawton, A. & Philliber, S. (1987). Teenagers' perceived and actual probabilities of pregnancy. *Adolescence*, 22 (86), 475-485.
- Narring, F., Wydler, H. & Michaud, P. (2000). First sexual intercourse and contraception: a cross-sectional survey on the sexuality of 16-20-year-olds in Switzerland. *Schweiz Med Wochenschr*, 130 (40), 1389-1398.
- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Nodin, N. (2002). *Sexualidade de A a Z*. Lisboa: Bertrand.
- Nogueira, C., Saavedra, L. & Costa, C. (2008). (In)visibilidade do género na sexualidade juvenil propostas para uma nova concepção sobre a educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco. *Pro-posições*, 19 (2), 59-79.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed). Lisboa: Climepsi.

- Oliveira, S., Abreu, M., Barroso, M. & Vieira, N. (2009). Crenças de adolescentes portugueses sobre o uso do preservativo. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11 (4), 912-922.
- ONUSIDA (2003). *El VIH/SIDA y los jóvenes: la esperanza del mañana*. Genebra: ONU.
- Organisation mondiale de la Santé (2002). *Services de santé adaptés aux adolescents – Un programme pour le changement*. Geneva: WHO.
- O’Sullivan, L., Meyer, L. & Watkins, X. (2001). Mother – daughter communication about sex among urban african-american and latino families. *Journal of Adolescent Research*, 16 (3), 269-292.
- Pais, J. (1985). Família, sexualidade e religião. *Análise Social*, 21 (86), 345-389.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança* (8ª ed). Lisboa: McGrawHill.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano* (8ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Parrera, N., & Suris, J. (2004). Having a good relationship with their mother: a protective factor against sexual risk behavior among adolescent females? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 17 (4), 267-271.
- Paiva, V., Calazans, G., Venturi, G. & Dias, R. (2008). Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 42 (1), 45-53.
- Pereira, C., Camino, L. & Costa, J. (2005). Um estudo sobre a integração dos níveis de análise dos sistemas de valores. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18 (1), 16-25.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ªed.) (revista corrigida). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestak, V., & Martin, D. (1985). Cognitive development and aspects of adolescent sexuality. *Adolescence*, 20 (80), 981-987.

- Pitts, M., & Clarke, T. (2002). Human papillomavirus infections and risks of cervical cancer: what do women know? *Health Education Research - Theory & Practice*, 17(6), 706-714.
- Polonia, A., & Dessen, M. (2005). Em busca de uma compreensão das relações entre família e escola – relações família-escola. *Psicologia escolar e educacional*, 9 (2), 303-312.
- Ramos, R., Eira, C., Martins, A., Machado, A., Bordalo, M. & Polónia, Z. (2008). Atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens de Matosinhos. *Arquivos de Medicina*, 22 (1), 3-15.
- Regan, P., Durvasula, R., Howell, L. Ureño, O. & Rea, M. (2004). Gender, ethnicity, and the developmental timing of first sexual and romantic experiences. *Social Behavior and Personality Research*, 32 (7), 667-676.
- Reis, M., & Matos, M. (2007). Conhecimentos e atitudes face ao uso de métodos contraceptivos das ISTs em jovens. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 4 (1), 23-35.
- Reis, M., & Matos, M. (2008). Comportamentos sexuais e influencia dos diferentes agentes de socialização na educação sexual dos jovens universitários. In Associação para o planeamento familiar (eds.). *Sexualidade e planeamento familiar (22-28)*. Lisboa: Ideias Virtuais.
- Remoaldo, P. (2001). O passado, o presente e o futuro do planeamento familiar em Portugal. *Revista de Demografia Histórica*, 19 (1), 139-155.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, M., & Fernandes, A. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (1), 99-113.
- Romer, D., Sznitman, S., DiClemente, R., Salazar, L., Venable, P., Carey, M. (2009). Mass media as an HIV-prevention strategy: using culturally sensitive messages to reduce HIV-

- associated sexual behavior of at-risk African American youth. *American Journal of Public Health*, 99 (12), 2150-2159.
- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Évora: Associação para ao Planeamento da Família.
- Sampaio, F., Silva, D., (2006a). Conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais de adolescentes portugueses sexualmente activos e não-activos. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Faro*.
- Sampaio, F., & Silva, D. (2006b). Sexualidade dos adolescentes portugueses na perspectiva do questionário breve sobre sexualidade – Quebrese. *Actas da XI Conferencia Internacional: Avaliação psicológica, formas e contextos*.
- Sampaio, F., & Silva, D. (2009). *QUEBRESE II Questionário Breve sobre Sexualidade* (2ª ed). Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia* (9ª ed). Madrid: McGrawHill.
- Schuster, M., Bell, R. & Kanouse, D. (1996). The sexual practices of adolescent virgins: genital sexual activities of high school students who have never had vaginal intercourse. *American Journal of Public Health*, 86 (11), 1570-1576.
- Scivoletto, S., Tsuji, R., Abdo, C., Queiróz, S., Andrade, A. & Gattaz, W. (1999). Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (2), 87-94.
- Settertobulte, W. (2000). Family and peer relations. In Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd, J. (eds.), *Health and health behavior among young people* (39-48). Copenhagen: World Health Organization.
- Shafi, T., Stovel, K. Davis, R. & Holmes, K. (2004). Is condom use habit forming? condom use at sexual debut and subsequent condom use. *Sexually Transmitted Diseases*, 31 (6), 366-372.

- Silva, W., Buchalla, C., Paiva, V., Latorre, M., Stall, R. & Hearst, N. (2002). Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e Aids entre jogadores juniores. *Revista Saúde Pública*, 36 (4), 68-75.
- Simões, M. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Sousa, L., Fernandes, J. & Barroso, M. (2006). Sexualidade na adolescência: análise da influência de factores culturais presentes no contexto familiar. *Acta Paulista Enfermagem*, 19 (4), 408-3013.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1995). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Stueve, A., & O'Donnel, L. (2005). Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *American Journal of Public Health*, 95 (5), 887-893.
- Tapia-Aguirre, V., Arillo-Santillan, E., Allen, B., Angeles-Llerenas, A., Cruz-Valdez, A. & Lazcano-Ponce, E. (2004). Associations among condom use, sexual behavior, and knowledge about HIV/AIDS – a study of 13,293 public school students. *Archives of Medical Research*, 35 (4), 334-343.
- Taquette, S., Vilhena, M. & Paula, M. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de factores de risco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37 (3), 210-214.
- Teixeira, A., Knauth, D., Fachel, J. & Leal, A. (2006). Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Caderno Saúde Pública*, 22 (7), 1385-1396.
- Teles, L., & Amaro, F. (2006). *A sida em Portugal e o contexto sociopolítico*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Torres, G., Davim, R. & Almeida, M. (1999). Conhecimentos e opiniões de um grupo de adolescents sobre a prevenção da AIDS. *Revista Latino-am Enfermagem*, 7 (2), 41-46.
- UNICEF (1998). *The progress of nations 1998*. New York: United Nations Children's Fund.

- UNICEF (2002). *Los jóvenes y el VIH/SIDA: Una oportunidad en un momento crucial*. Geneva: UNICEF.
- UNICEF (2011). *Situação mundial da infância 2011 – adolescência: uma fase de oportunidades*. New York: United Nations Children’s Fund.
- Vasconcelos, P. (1998). *Práticas e discursos da conjugalidade e da sexualidade dos jovens portugueses – jovens portugueses de hoje – resultados do inquérito 1997*. Oeiras: Celta.
- Veríssimo, L., Carvalho, M., Guimarães, M., Silva, I., Aguiar, F. & Caetano, J. (2008). Um modelo de educação sexual pelos pares em escolas portuguesas. *Contrapontos*, 8 (3), 337-351.
- Vicente, L. (2001). Contraceção e doenças sexualmente transmissíveis. *Sexualidade Planeamento Familiar*, 32, 39-42.
- Vieira, M., Guimarães, E., Barbosa, M., Turchi, M., Alves, M., Seixas, M., Garcia, M. & Minamisava, R. (2004). Fatores associados ao uso do preservativo em adolescentes do género feminino no município de Goiânia. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16 (3), 77-83.
- Vilar, D. (2005). *Falar disso: a educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Lisboa: Afrontamento.
- Villela, W. (2006). De saúde bucal, saúde mental, saúde sexual: o reiterado retorno à clínica. *Ciências & Saúde Colectiva*, 11 (1), 18-43.
- Visser, R., Smith, A., Richters, J. & Rissel, C. (2007). Associations between religiosity and sexuality in a representative sample of Australian adults. *Archives Sexual Behavior*, 36, 33-46.
- Weigel, D., Deveraux, P., Leigh, G. & Ballard-Reisch, D. (1998). A longitudinal study of adolescents’ perceptions of support and stress: Stability and change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (7), 943-952.
- WHO (2007). *EntreNous – The european magazine for sexual and reproductive health*. Copenhagen: Dominique Gundelach.

Zagury, T. (1996). *O adolescente por ele mesmo* (13ª ed). Rio de Janeiro: Record.

Ribeiro, A. M. (2011)

Saúde sexual e reprodutiva: conhecimentos e comportamentos dos adolescentes

Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

## Anexo A

### Pedido de autorização às escolas



## Universidade Fernando Pessoa

Prç 9 de Abril, 349 4249-004 Porto tel. (+351) 22 507 4630 [www.ufp.pt](http://www.ufp.pt)

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

Porto, 7 de Janeiro de 2010

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

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

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

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

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

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

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

O docente supervisor

Mestre Francisco Sampaio Gomes [fgomes@ufp.edu.pt](mailto:fgomes@ufp.edu.pt) [www2.ufp.pt/~fgomes](http://www2.ufp.pt/~fgomes)

Assistente de Psicologia

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

## **Anexo B**

### **Consentimento Informado**

#### **Consentimento Informado**

*Estudo acerca dos conhecimentos, comportamentos e fontes de informação sexual dos adolescentes portugueses*

Caro encarregado de educação:

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

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

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

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

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

Agradecemos sinceramente a sua colaboração.

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

Porto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

---

*Assinatura do Encarregado de Educação*

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