Universidade de Aveiro Departamento de Ciências da Educação
Ano 2010

Paula Alexandra de Andrade Batista Nelas

Educação Sexual em Contexto Escolar

Universidade de Aveiro Departamento de Ciências da Educação
Ano2010

Paula Alexandra de Andrade Batista Nelas

Educação Sexual em Contexto Escolar: uma intervenção contra a vulnerabilidade na vivência da sexualidade adolescente

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Educação, realizada sob a orientação científica do Doutor Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro e da Professora Doutora Manuela Maria Conceição Ferreira do Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu

Apoio financeiro da FCT no âmbito do programa PROFAD

Aos meus pais, **Rui e Georgina**, apesar do à vontade existente e de os prezar muito, nunca conseguimos conversar sobre um tema tabu para nós, sexualidade na (minha) adolescência.

Aos meus filhos, **Ricardo e João**, adolescentes que me estimularam e estimulei a falar abertamente do tema. Desejo que as conversas, todas elas de carácter informal, ao sabor dos seus anseios, necessidades e curiosidades, os tenham levado a reflectir, empoderando-os para escolhas assertivas, na vivência da sua sexualidade.

O júri

Presidente

Prof. Doutor Carlos Alberto Diogo Soares Borrego
Vice-Reitor da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro (Orientador)

Prof. Doutor Victor José Lopes Rodrigues
Professor Associado do Instituto de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Prof. Doutor Victor Manuel Costa Pereira Rodrigues
Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Prof. Doutora Manuela Maria da Conceição Ferreira
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu (Co-Orientadora)

Prof. Doutora Sandra Paula da Silva Santos Oliveira
Professora Auxiliar do Instituto Superior Miguel Torga

agradecimentos

Porque um trabalho, por mais modesto que seja, não é possivel apenas com a dedicação e empenho de uma pessoa, queremos expressar o nosso agradecimento:

- Ao Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva, meu Orientador de doutoramento, por todas as sugestões e críticas assertivas que me concedeu ao longo desta caminhada

- À minha Co-Orientadora, Professora Doutora Manuela Ferreira, sempre presente a todo momento que foi solicitada respondendo de forma constante à orientação, facultando livros, textos e discussões. Foi grande incentivadora deste trabalho, além de ser um ombro amigo.

- Ao Professor Doutor João Carvalho Duarte, pelo carinho estatístico que dedicou a esta tese e por ser um grande amigo, que nas horas boas e menos boas esteve sempre presente, mostrando-me que acreditar em mim podia ser estatisticamente significativo.

- A todos os meus colegas em geral e em particular às Professoras Cláudia Chaves, Emília Coutinho, Graça Aparício, Ernestina Batoca, Lídia Cabral e Isabel Bica, pelo rigor científico na revisão da construção das escalas, assim como por todo o carinho com que me "aconchegaram" nas horas de desalento, e elas sabem que foram muitas.

- Aos alunos, pedra basilar da investigação, que amavelmente responderam ao instrumento de colheita de dados para que eu pudesse realizar este trabalho.
Agradeço também às escolas que acolheram o projecto de "Educação sexual em contexto escolar" permitindo a intervenção formativa junto dos seus alunos.

- Às bibliotecárias Dra. Ana Brígida e Ana Carolina, pela revisão cuidada da bibliografia.

- A Dra. Eugénia pela formatação do texto.

- À minha família, pelo carinho e pela motivação constante.

A todos, o meu BEM HAJA…

palavras-chave

Sexualidade; Afectividade; Adolescência; Educação sexual; Imagem corporal; Suporte social

resumo

A sexualidade estando presente desde o nascimento, na adolescência assume novo significado. Descobre-se o primeiro amor através de uma relação de intimidade e partilha de afectos, o corpo adquire um novo sentido, o grupo torna-se importante enquanto fonte de suporte, partilha de angústias e confiança, contribuindo para o desenvolvimento do adolescente. Na adolescência, perscrutam alguns factores de risco, nomeadamente a vivência da sexualidade de forma não informada e responsável, com repercussões para a saúde física e psicológica, pelo que é imperioso intervir através de programas formativos no âmbito da sexualidade que promovam vivência desta de forma responsável.

São objectivos do estudo: Promover um modelo de intervenção formativa baseado no debate e reflexão crítica sobre sexualidade em contexto de sala de aula; Construir e validar instrumentos que permitam avaliar as atitudes face à sexualidade e ainda os conhecimentos dos adolescentes sobre reprodução, planeamento familiar e infecções de transmissão sexual; Testar a eficácia de um programa de intervenção formativo a nível dos conhecimentos sobre planeamento familiar, infecções de transmissão sexual, reprodução e atitudes face à sexualidade; Testar a efectividade do programa de intervenção formativo numa amostra alargada de adolescentes, analisando também o papel das variáveis sociodemográficas, sociopsicológicas e sexuais.

O trabalho de campo desenvolveu-se em três estudos distintos, no primeiro e terceiro participaram 840 adolescentes e no segundo 90.

No primeiro estudo construímos e validamos os instrumentos para colheita de dados, no segundo, experimental de campo, validamos o modelo da intervenção formativa no âmbito da sexualidade e no terceiro, descritivo e correlacional, testamos a efectividade de um programa de intervenção numa amostra mais alargada.

O protocolo de recolha de informação incluiu quatro escalas construídas para o efeito com o intuito de avaliar as atitudes face à sexualidade, os conhecimentos sobre planeamento familiar, infecções de transmissão sexual e reprodução e ainda a escala de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes e a escala de satisfação com o suporte social.

As raparigas e residentes na zona urbana são as que têm mais conhecimentos sobre planeamento familiar e possuem atitudes face à sexualidade mais favoráveis. Os interlocutores preferenciais sobre sexualidade são os amigos, seguidos da mãe.

São os adolescentes com pouca ou moderada prática religiosa que já iniciaram a actividade sexual.

São as raparigas que têm maior satisfação com o suporte social nas dimensões, satisfação com as amizades, intimidade, actividades sociais e suporte social total.

Os adolescentes que já iniciaram a actividade sexual, revelam maior percepção de suporte social na dimensão satisfação com a amizade.
O modelo de formação construído e aplicado influenciou as atitudes face à sexualidade, conhecimentos sobre reprodução, sobre infecções de transmissão sexual e sobre planeamento familiar.
Do nosso ponto de vista, pensamos ser urgente a aplicação de programas de intervenção formativos em contexto escolar, ou outro, que integrem de uma forma harmoniosa as várias facetas da sexualidade humana, promovendo a aquisição de uma postura responsável, flexível e gratificante nos adolescentes enquanto seres sexuados.

keywords

Sexuality; Affectiveness; Adolescence; Sexual edcuation; Body image; Social support

abstract

Sexuality is present at birth and takes on a new meaning in adolescence. First love is found through a relationship of intimacy and shared affection, the body acquires a new meaning, groups become an important source of support, sharing feelings of anxiety and trust, thus contributing to the development of the adolescent. There are certain risk factors that appear in adolescence, namely non-informed and irresponsible sexuality with repercussions to their physical and psychological health, therefore it is imperative to intervene through training programmes on the sexual experience to promote responsibility in sexuality.

The objectives of the study are: promoting a training intervention model based debate and critical reflection on sexuality within the classroom; creating and validating instruments that assess attitudes towards sexuality and the knowledge of adolescents on reproduction, family planning and sexually transmitted diseases; testing the effectiveness of the training intervention programme in terms of the level of knowledge on family planning, sexually transmitted diseases, reproduction and attitudes towards sexuality; testing the effectiveness of the training intervention programme on a large sample of adolescents, analysing the role of socio-demographic, socio-psychological and sexual variables.

The field work was developed in three separate studies. In the first and the third there were 840 adolescents and there were 90 in the second.

In the first study we created and validated instruments for data collection, in the second, experimental field study, we validated the training intervention model on sexuality and in the third, descriptive and correlational study, where we tested the effectiveness of the intervention programme on a larger sample.

The protocol for collecting data included four scales created for this purpose in order to assess attitudes towards sexuality, knowledge on family planning, sexually transmitted diseases and reproduction, including a scale assessing the dissatisfaction with body images among adolescents and a scale assessing satisfaction with social support.

Girls residing in urban areas are those with the highest level of knowledge on family planning and have more favourable attitudes towards sexuality. Adolescents prefer to talk to their friends about sexuality, followed by mothers.

Adolescents with little or moderated religious practice are those who have already initiated their sexual activity.

Girls are the most satisfied with social support with regards to friendship, intimacy, social activities and total social support.

Adolescents who have already become sexually active reveal having greater perception of social support in terms of satisfaction with friendship.

The training model created and applied seems to have influence attitudes towards sexuality, knowledge on reproduction, sexually transmitted diseases and family planning.

From our point of view, we believe that it is urgent to implement training intervention programmes within schools or other entities. They should harmoniously integrate the various facets of human sexuality, promoting the acquisition of a responsible, flexible and gratifying attitude among adolescents as sexual beings.

Índice

Agradecimentos
Resumo
Abstract
Índice I
Índice de quadros III
Índice de figuras IV
Índice de tabelas V
Siglas IX
Abreviaturas X

INTRODUÇÃO GERAL 13

PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: DESENVOLVIMENTO NA ADOLESCÊNCIA …… 25

CAPÍTULO 2: EDUCAÇÃO SEXUAL EM CONTEXTO ESCOLAR …… 69

PARTE 2: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

Capítulo 3: Métodos …… 101
1. Estudo 1 – Caracterização Psicométrica dos Instrumentos..... 105
1.1. Participantes …… 105
1.2. Instrumentos …… 115
1.3. Procedimentos …… 118
1.4. Estudo Psicométrico das escalas …… 119
1.4.1. Escala de atitudes face à sexualidade …… 121
1.4.2. Escala de conhecimentos sobre planeamento familiar …… 126
1.4.3. Escala de conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual …… 129
1.4.4. Escala de conhecimentos sobre reprodução …… 131
1.4.5. Escala de avaliação de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes …… 135
1.4.6. Escala de satisfação com o suporte social …… 138
2. Estudo 2 – Estudo Experimental de Campo …… 145
2.1. Participantes …… 147
2.2. Instrumentos …… 155
2.3. Procedimentos …… 156
2.4. Análise de dados …… 159
2.5. Resultados …… 162
3. Estudo 3 – Aplicação da Intervenção Formativa a uma Amostra Alargada…… 169
3.1. Participantes …… 170
3.2. Procedimentos …… 170
3.3. Análise de dados …… 170

3.4. Resultados …….. 172
3.4 1. Atitudes face à sexualidade …… 173
3.4.2. Conhecimentos sobre planeamento familiar …… 178
3.4.3.Conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual…… 185
3.4.4. Conhecimentos sobre reprodução …… 190
3.4.5. Insatisfação com a imagem corporal …… 195
3.4.6. Satisfação com o suporte social …… 199
Capítulo 4: Discussão …… 207
Capítulo 5: Conclusões…… 231
Referências Bibliográficas…… 239
Anexo 1 - Protocolo de Instrumentos de Colheita de Dados
Anexo 2 – Autorização das Instituição para proceder à formação e colheita de dados
Anexo 3 .- Modelo de Intervenção Formativa

Índice de Quadros

Quadro 1- .Base conceptual da construção das escalas de conhecimentos sobre reprodução (**CR**); conhecimentos sobre planeamento familiar (**CPF**); conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual (**CITS**) ……. 117

Quadro 2- Base conceptual da construção da escala de atitudes face à sexualidade (**AFSA**)……. 118

Quadro 3- Dúvidas dos adolescentes sobre sexualidade …….. 156

Índice de Figuras

Figura 1 – **Desenho de investigação ……** 104

Índice de Tabelas

Tabela 1 –	Estatísticas da idade dos adolescentes…….	106
Tabela 2 –	Caracterização sócio-demográfica da amostra em função do sexo……	108
Tabela 3 –	Estatísticas da idade dos pais dos adolescentes…….	108
Tabela 4 –	Caracterização familiar dos progenitores em função do sexo……..	110
Tabela 5 –	Distribuição da amostra segundo a orientação religiosa……..	111
Tabela 6 –	Frequência da prática religiosa em função do sexo……..	111
Tabela 7 –	Distribuição dos inquiridos segundo a preferência na escolha dos Interlocutores……..	112
Tabela 8 –	Fontes de informação em função do sexo……..	113
Tabela 9 –	Pratica de relações sexuais em função do sexo…….	113
Tabela 10 –	Estatísticas relativas à idade da primeira relação sexual……..	114
Tabela 11 –	Distribuição da idade da primeira relação sexual em função do sexo…….....	114
Tabela 12 –	Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da escala de atitudes face à sexualidade…….	123
Tabela 13 –	Consistência interna da escala de atitudes face à sexualidade……..	125
Tabela 14 –	Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da escala de planeamento familiar…….	127
Tabela 15 –	Consistência interna da escala de conhecimentos sobre planeamento familiar…….	128
Tabela 16 –	Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da escala sobre infecções de transmissão sexual……..	130
Tabela 17 -	Consistência interna da escala de conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual……..	131
Tabela 18 –	Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da escala de conhecimentos sobre reprodução……..	133
Tabela 19 –	Consistência interna da escala de conhecimentos sobre reprodução……..	134
Tabela 20 –	Consistência interna da escala de avaliação de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes…….	137
Tabela 21 –	Consistência Interna da escala de satisfação com o suporte social……	140
Tabela 22 –	Correlação dos itens com as sub-escalas e escala global de suporte social…….	141
Tabela 23 –	Relações entre itens e sub-escalas do suporte social……..	143
Tabela 24 –	Comparação dos valores de alfa do estudo actual com a escala original…….	143
Tabela 25 –	Estatísticas da idade dos adolescentes por grupos……..	148
Tabela 26 –	Caracterização sócio-demográfica da amostra em função do grupo…..	150
Tabela 27 –	Estatísticas da idade dos progenitores…..…….	150
Tabela 28 –	Caracterização familiar dos progenitores em função do grupo…….	152
Tabela 29 –	Distribuição da amostra segundo a orientação religiosa……..	153
Tabela 30 –	Frequência da prática religiosa em função do sexo……..	153

Tabela 31 – Interlocutor dos adolescentes sobre assuntos relacionados com a sexualidade……. 154
Tabela 32 – Fontes de informação dos adolescentes sobre assuntos relacionados com a sexualidade…….. 155
Tabela 33 – Pratica de relações sexuais em função do grupo…….. 155
Tabela 34 – Médias e desvios padrões antes e após a intervenção formativa entre grupo experimental e controlo……. 164
Tabela 35 – Diferença de médias e teste t para amostras independentes entre grupo experimental e controlo……. 165
Tabela 36 – Teste t emparelhado para comparação de resultados antes e após a intervenção formativa no grupo experimental……. 166
Tabela 37 – Estatísticas relacionadas com as atitudes face à sexualidade antes e após intervenção formativa ……. 173
Tabela 38 – Teste t para diferenças de médias entre atitudes face à sexualidade antes e após intervenção formativa e sexo ……. 174
Tabela 39 – Classificação das atitudes face à sexualidade antes e após intervenção formativa e sexo …….. 174
Tabela 40 – Relação entre atitudes face à sexualidade antes e após intervenção formativa ……. 175
Tabela 41 – Relação entre atitudes face à sexualidade e idade …….. 176
Tabela 42 – Relação entre atitudes face à sexualidade e prática religiosa ……. 176
Tabela 43 – Relação entre atitudes e práticas sexuais antes e após a intervenção formativa ……. 177
Tabela 44 – Relação entre atitudes face à sexualidade e residência antes e após a intervenção formativa ……. 177
Tabela 45 – Relação entre atitudes face à sexualidade antes da intervenção formativa e relações sexuais completas ……. 178
Tabela 46 – Estatísticas relacionadas com conhecimentos sobre planeamento familiar …….. 179
Tabela 47 – Teste t para diferenças de médias entre conhecimento sobre planeamento familiar e sexo ……. 179
Tabela 48 – Conhecimento sobre planeamento familiar antes e após intervenção formativa e sexo ……. 180
Tabela 49 – Relação entre conhecimento sobre planeamento familiar antes e após intervenção formativa ……. 180
Tabela 50 – Conhecimentos sobre planeamento familiar e zona de residência ..…. 181
Tabela 51 – Relação entre conhecimentos sobre planeamento familiar e idade ….. 182
Tabela 52 – Conhecimentos sobre planeamento familiar e relações sexuais……. 183
Tabela 53 – Relação entre conhecimentos sobre planeamento familiar e prática religiosa ……. 183
Tabela 54 – Conhecimentos sobre planeamento familiar antes da intervenção formativa e relações sexuais. ……. 184

Tabela 55 – Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual …… 185
Tabela 56 – Teste t entre conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual e sexo…….. 185
Tabela 57 – Relação entre conhecimentos sobre infecções sexualmente transmissíveis e sexo ……. 186
Tabela 58 – Relação entre conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual antes e após a intervenção formativa …… 187
Tabela 59 – Conhecimentos sobre infecções sexualmente transmissíveis e idade.. 188
Tabela 60 – Conhecimentos sobre infecções sexualmente transmissíveis e zona de residência …….. 188
Tabela 61 – Relação entre conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual e prática religiosa …… 189
Tabela 62 – Conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual antes da intervenção formativa e relações sexuais completas ……. 190
Tabela 63 – Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre reprodução ……... 191
Tabela 64 – Teste t de student entre conhecimentos sobre reprodução e sexo …… 191
Tabela 65 – Conhecimentos sobre reprodução antes e após a intervenção formativa em função do sexo …… 192
Tabela 66 – Relação entre conhecimentos sobre reprodução antes e após a intervenção formativa ……. 192
Tabela 67 – Conhecimentos sobre reprodução e idade ……. 193
Tabela 68 – Conhecimentos sobre reprodução e local de residência ……..…. 194
Tabela 69 – Conhecimentos sobre reprodução e prática religiosa …….. 194
Tabela 70 – Conhecimentos sobre reprodução antes da intervenção formativa e relações sexuais completas ……. 195
Tabela 71 – Estatísticas relativas à percepção da insatisfação com a imagem corporal ……. 195
Tabela 72 – Teste t de student entre insatisfação com a imagem corporal e sexo.... 196
Tabela 73 – Percepção da insatisfação com a imagem corporal em função do sexo 196
Tabela 74 – Relação entre insatisfação com a imagem corporal antes e após a intervenção formativa ……. 197
Tabela 75 – Insatisfação com a imagem corporal e idade ……. 197
Tabela 76 – Percepção da insatisfação com a imagem corporal e residência …….. 198
Tabela 77 – Percepção da insatisfação com a imagem corporal e prática religiosa.. 198
Tabela 78 – Relação entre a percepção da insatisfação com a imagem corporal antes da intervenção e relações sexuais completas…… 199
Tabela 79 – Estatísticas relativas à satisfação com o suporte social antes e após a intervenção formativa……. 200
Tabela 80 – Teste t de student entre satisfação com o suporte social antes e após a intervenção formativa e sexo ……. 200
Tabela 81 – Teste de Kruskall Wallis entre satisfação com o suporte social e idade 201

Tabela 82 – Teste t de student entre satisfação com o suporte social antes e após a intervenção formativa e residência …….. 202
Tabela 83 – Teste Kruskall Wallis entre satisfação com o suporte social antes e após a intervenção formativa e pratica religiosa ……..…….. 203
Tabela 84 – Teste UMW entre satisfação com o suporte social antes da intervenção formativa e relações sexuais ……..……..…. 203
Tabela 85 – Teste t emparelhado para comparação de médias antes e após a intervenção formativa ……. 204
Tabela 86 – Estatísticas relativas à diferença de médias das variáveis objecto de intervenção formativa ……. 205
Tabela 87 – Teste t de student para amostras independentes entre as variáveis em estudo e sexo ……. 205

Siglas

APF – Associação para o Planeamento da Familiar
BzgA - Federal Centre for Health Education
CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EB 2/3 – Escola Básica do 2º e 3º Ciclos
FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População
FSH- Follicle-Stimulating Hormone
GTES – Grupo de Trabalho para a Educação Sexual
HIV – Human Immunodeficiency Virus
IST – Infecções Sexualmente Transmitidas
LH - Luteinizing Hormone
OM – Ordenações Médias
OMS – Organização Mundial de Saúde
RES – Valor Residual
SIDA – Sindrome da Imunodeficiência Adquirida
UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH **-** Vírus da Imunodeficiência Humana

Abreviaturas

α - alfa

cf. – Confronte com, confira

CV – Coeficiente de Variação

Dp – Desvio padrão

Ed. – Edição

et al. – Entre outros

F – Frequência

K – Kurtosis

Máx. – Máximo

X – Média

Min. – Mínimo

N – Número

p. – Página

% - Percentagem

P – Probabilidade

Sk - Skewness

INTRODUÇÃO GERAL

A escola é um espaço no qual os adolescentes vivem as primeiras relações de namoro, tomam decisões, compartilham ideias, ouvem as opiniões dos pares e vivem as primeiras paixões. Esta, pode e deve contribuir para o desenvolvimento de atitudes responsáveis, promovendo a afectividade, a flexibilidade, o respeito, e a liberdade. Enquanto espaço de desenvolvimento do adolescente, em que as manifestações de sexualidade surgem naturalmente, deve a educação sexual ser uma dimensão do processo educativo, trabalhada como um direito a ser exercido e desfrutado ao longo da vida.

Neste contexto, e preocupados com a (in)formação dos adolescentes, no âmbito da sexualidade, estruturamos um projecto de intervenção formativa, testando a sua eficácia e efectividade em sala de aula. Não tendo a pretensão de elaborar um modelo a seguir, este projecto tem como intuito darmos um contributo que possibilite a reflexão sobre a sexualidade adolescente com uma postura crítica, promovendo a discussão nos pares, onde o formador orienta a discussão, ajuda a procurar respostas e esclarece dúvidas.

A vivência da sexualidade adolescente, a par das transformações globais relativas à sexualidade, adquiriu novos contornos. São apontados a Portugal, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, alguns dos piores índices de Saúde Pública entre os países europeus, designadamente nas infecções sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada em adolescentes, infecção por Herpes Papiloma Vírus (HPV) e cancro do colo útero, situações evitáveis pela informação e educação adequadas. Apesar da taxa de gravidez adolescente ter decrescido face a décadas anteriores e estar praticamente estabilizada, considera-se ainda bastante elevada (22 casos em cada 1000 jovens entre os 10 e os 19 anos, (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, 2003).

Estudos já realizados revelam que os adolescentes estão em geral bem informados no que se refere à prevenção da gravidez não desejada e às infecções de transmissão sexual, no entanto, têm dificuldade em transformar os conhecimentos em comportamentos de vida saudáveis. É nesta discrepância entre estar informado e adoptar o comportamento, que fazem sentido medidas que promovam a vivência da sexualidade

de forma responsável, ajudando os adolescentes a transformar os conhecimentos em práticas saudáveis**.**

É pertinente proporem-se programas de intervenção formativa em contexto escolar que promovam o desenvolvimento de competências pessoais e sociais que capacitem o adolescente para identificar e resolver problemas, gerir conflitos, optimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares e com estas aprendizagens, optimizar a capacidade de escolher e manter um estilo de vida saudável (Matos, 2005). Saber o que pensam e como agem os nossos adolescentes é um imperativo, pois sem conhecimento correcto dos problemas é impossível planear e executar as suas soluções (Matos *et al.*, 2006). Deste modo, faz sentido monitorizar os programas de intervenção formativos no âmbito da sexualidade para mais facilmente delinear estratégias de intervenção.

A abordagem da sexualidade em contexto escolar deve ser feita sem embaraços e com naturalidade, exigindo esforço e dedicação por parte dos formadores, pois só assim se treina a naturalidade e o à vontade inerente a uma relação empática, importante para ajudar os adolescentes a ultrapassarem barreiras e dificuldades, possibilitando-lhes um diálogo franco, mostrando tolerância, empatia, compreensão, aceitação e ternura, numa relação assertiva, sem recriminações exageradas e ineficazes ou discursos moralistas (Bastos, 2001).

Indo de encontro ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a formação para a sexualidade está associada à promoção de bem-estar físico, emocional e social e não apenas ligada à prevenção de doenças e contracepção. Formar para a sexualidade responsável é falar do conhecimento do corpo, de comportamentos e hábitos que o valorizem, falar da maneira de ser, de estar, de pensar e de relacionamento com os parceiros, nomeadamente com os parceiros amorosos, possibilitando ao adolescente o desenvolvimento de um pensamento crítico, que lhe permita debater o que está em causa nas questões de moral sexual e do relacionamento interpessoal, incluindo as questões de género.

Tal como a proximidade com outros contextos de aprendizagem, que sucedem ao longo do ciclo da vida e têm como finalidade a construção do desenvolvimento e a formação pessoal, também a aprendizagem da sexualidade pressupõe processos educacionais idênticos, uma vez que engloba o domínio afectivo, cognitivo e comportamental. Para

Santos, Ogando & Camacho (2001, p.33), *"a educação da sexualidade é na sua essência, a educação da afectividade, na maneira de ser e na relação consigo e com os outros"*. A consciencialização da aprendizagem sexual coincide na sua maioria com as vivências e limites da sexualidade dominante, muitas das vezes com forte cariz tradicional. A escola, enquanto espaço de intervenção e formação, não pode descorar o trabalho em rede, devendo ter presente que a educação sexual para ser bem sucedida deve acontecer num cenário social sentido como agradável pelos grupos-alvo, tendo em consideração as particularidades dos participantes e dos seus contextos.

Acreditamos que a adesão dos adolescentes a práticas de saúde, no âmbito da sexualidade, é relevante não só do ponto de vista do bem-estar físico e psicológico, mas também pelo efeito de modelo que estes comportamentos poderão ter em outros adolescentes e nos estilos de vida adoptados. Muito do que o indivíduo é, pensa e faz foi aprendido ou sedimentado na segunda década da vida, o que confere uma particular importância aos programas educativos dirigidos aos adolescentes (Gaspar *et al.*,2006).

Assim, emerge a necessidade de trabalhar com os adolescentes questões relacionadas com conhecimentos, atitudes e valores no âmbito da sexualidade, debatendo-se e reflectindo-se sobre situações do quotidiano da vida social, nas quais, mais tarde poderão, ou não, estar envolvidos.

Na nossa intervenção formativa optámos por uma estratégia pedagógica do tipo *role play*, onde foram debatidos aspectos relacionados com a afectividade e sexualidade, nomeadamente o namoro, a relação com os pares, a relação com os pais, o respeito pelo próprio e pelo outro, as alterações biopsicossociais inerentes à adolescência, reprodução, e infecções de transmissão sexual.

Para abordar os métodos contraceptivos, optámos por utilizador o KIT Contraceptivo da Associação para o Planeamento da Família (APF) que possibilita o treino em modelo pedagógico.

Esta foi uma experiência muito gratificante, pois em todos os momentos verificámos que os adolescentes participavam activamente. Não obstante, em temas como o namoro, sentimos alguma timidez, principalmente quando na turma estavam presentes casais de namorados.

Traçamos como objectivo geral do nosso estudo promover um modelo de intervenção formativa baseado no debate e reflexão crítica sobre sexualidade em contexto de sala de aula

De acordo com Marques *et al.* (2000), todas as sociedades através dos seus recursos e instrumentos de socialização procuram, formal ou informalmente, transmitir valores e regras fundamentais de conduta no campo da sexualidade. Na sociedade, a família, os amigos, a escola, os profissionais de saúde e os meios de comunicação social, são os principais intervenientes neste processo, favorecendo a construção de um sistema de valores, de atitudes e de condutas no âmbito da sexualidade (Afonso & Lucas, 2001).

Apesar de relativamente bem informados, os adolescentes, fruto da impulsividade, pensamento mágico, necessidade de agradar o outro, dificuldade em pensar a longo prazo e ponderar as consequências de determinados comportamentos a nível sexual, assumem por vezes relações sexuais desprotegidas (Canavarro & Pereira, 2001). Esta fragilidade, justifica que professores, pais, pares e demais profissionais ajam e interajam, criando sinergias para intencionalizar processos de análise, consciencialização e mudança ao nível dos conhecimentos e atitudes nos adolescentes (Vaz, Vilar, & Cardoso, 1996; Marques & Prazeres, 2000).

A educação sexual em contexto escolar, deve ser pensada como um instrumento capacitador, através do qual os adolescentes possam adquirir competências para saberem cuidar e melhorar a sua saúde sexual, possibilitando a aquisição de meios que fomentem o *empowerment* individual e social (Ewles & Sinmett, 1999; Naidoo & Wills, 1998; Hagan, Coleman, Foy & Goldson, 2001; Carvalho, 2002; Rifkin & Pridmore, 2002). Independentemente do tipo de abordagem implementado concordamos com Sampaio (2006, p.132), quando diz que se devem *"exprimir convicções firmes sobre o tema, de modo a ajudarem os jovens a tomar decisões, a resolver os dilemas, a optar com algum grau de liberdade no seu quotidiano afectivo"*.

A par da educação e formação no âmbito da sexualidade desenvolvida pelos professores, pais, pares e profissionais de saúde, também os governos devem promover a educação sexual com políticas claras, enquadramentos legais e orçamentos adequados. Estamos convictos que orientações que tornem obrigatória a educação sexual nas escolas, criam oportunidades de desenvolvimento de programas, que respeitando os pressupostos

estabelecidos se transformam em janelas de oportunidade de diálogo aberto e consequentemente ganhos em saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes formandos.

A este respeito, em Portugal, a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes ganhou nos últimos tempos, um protagonismo crescente, como se pode verificar através da legislação criada para o efeito, nomeadamente a Lei nº 120/99 de 11 de Agosto, que reforçou as garantias do direito à saúde reprodutiva e regulamentada pela Lei nº 259/2000 de 17 de Outubro, que perspectiva a escola como entidade competente para integrar estratégias de promoção da saúde sexual.

Mais recentemente, o Governo, através do Despacho nº 25995/2005 de 16 de Dezembro, determinou a obrigatoriedade de as escolas incluírem no seu projecto educativo a área da educação para a saúde, combinando a transversalidade disciplinar com inclusão temática da sexualidade na área curricular não disciplinar.

Na sequência e reconhecendo que a educação sexual é uma das dimensões da educação para a saúde, a Assembleia da República fez aprovar em 2009, através da Lei nº 60/2009, de 6 de Agosto um conjunto de princípios e regras, em matéria de educação sexual, prevendo, desde logo, a organização funcional da educação sexual nas escolas e a Portaria nº 196-A/2010 que procede à regulamentação desta Lei, nas matérias e nos termos nela previstos, a qual visa integrar de uma forma harmoniosa as várias facetas da sexualidade humana, promovendo a aquisição de uma postura responsável, flexível e gratificante dos adolescentes enquanto seres sexuados.

Há evidências de que a comunicação aberta desde uma idade precoce é uma das mais eficazes medidas para promover a saúde sexual (Campbell, 1995; Weeks *et al.* 1995; Vilar, 2005; BZgA/WHO, 2006). Os conhecimentos sobre sexualidade, longe de encorajarem a promiscuidade, podem antes servir para desenvolver as capacidades de comunicação, de entendimento mútuo, de ternura, de sensibilidade e de responsabilidade em relação aos outros (Rodrigues, 2003).

Apesar de estarem em curso vários projectos educativos nas escolas, estes carecem de avaliação através de indicadores de educação sexual que proporcionem uma base científica para avaliar os resultados nacionais e regionais. Até agora só se têm utilizado indicadores médicos, como o número de gravidezes adolescentes ou o índice de prevalência do VIH, mas seria importante também a inclusão de indicadores sociais, como por exemplo o bem-estar sexual dos adolescentes (BZgA/WHO, 2006).

Foi neste contexto, e tendo em consideração as linhas orientadoras da educação sexual para o 9º ano de escolaridade emanadas pelo Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) que nos propusemos a implementar um programa de intervenção em contexto escolar no âmbito da educação sexual, pelo que traçamos como **objectivos específicos**:

1 - Construir e validar instrumentos que permitam avaliar as atitudes face à sexualidade e ainda os conhecimentos dos adolescentes sobre reprodução, planeamento familiar e infecções de transmissão sexual

Este objectivo vem de encontro ao preconizado pela BZgA/WHO (2006), quando refere que os projectos implementados carecem de avaliação através de indicadores acordados de educação sexual que proporcionem uma base científica para avaliar os resultados. Pelo facto de desconhecermos instrumentos de medida neste domínio, construímos e validamos instrumentos que nos permitiram colher dados para análise das variáveis em estudo.

2 - Testar a eficácia de um programa de intervenção formativo a nível dos conhecimentos sobre planeamento familiar, infecções de transmissão sexual, reprodução e atitudes face à sexualidade

O interesse crescente dos investigadores sobre a sexualidade dos adolescentes prende-se principalmente com as Infecções de Transmissão Sexual (ITS's). Estas, são cada vez mais variadas e graves, pondo em causa não só a fertilidade mas também a vida. Na adolescência, biologicamente, encontramos fragilidade do epitélio do colo do útero, estando este mais susceptível às infecções. Psiquicamente e socialmente, deparamo-nos com a procura da identidade sexual, própria desta faixa etária, com tendência para a experimentação e multiplicidade de parceiros com relações sexuais desprotegidas e uso inconsistente de preservativo (Bakker, 1999; Centers for Disease Control and Prevention, 2000; Cerwonka, Isbell & Hansen, 2000; UNAIDS, 2002; Matos *et al*., 2008). A vulnerabilidade biológica, psíquica e social é muitas vezes potenciada por comportamentos de risco.

Os adolescentes ainda revelam pouco conhecimento sobre infecções de transmissão sexual (Brestas; Ohara; Jardim & Muroya, 2009), sendo que o conhecimento existente não se expressa directamente em práticas preventivas e relacionamentos estáveis. Erradamente, o uso de anticoncepcionais está associado à prevenção de ITS´s (Oliveira; Pontes; Gomes & Ribeiro (2009) e quanto ao conhecimento sobre as vias de transmissão

da SIDA não existe diferença entre sexos (Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo & Polónia, 2008).

Os diferentes métodos contraceptivos são conhecidos pela maioria da população em idade fértil, porém, a sua eficácia e a correcta utilização nem sempre é explorada, principalmente no que se refere ao grupo dos adolescentes. Estes, referem que o planeamento familiar é um tema que deve ser introduzido na família através do diálogo enquanto parte integrante da educação (Bié, Diogénes & Moura, 2006). Também a questão da abordagem da responsabilidade contraceptiva compartilhada, ressalta nalgumas investigações, assim como, a necessidade de desmistificar algumas ideias pré-concebidas, principalmente nos rapazes, sobre o preservativo, (Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo & Polónia, 2008).

Quanto à reprodução, os adolescentes revelam pouco conhecimento sobre o período fértil e ovulação (Anastácio, 2010), insatisfatório sobre anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores, e aspectos fisiológicos da reprodução, não existindo associação entre os indicadores de conhecimento, com a utilização de método anticoncepcional na primeira relação sexual e a intenção de ter um filho naquele momento (Carvalho, Silva & Mello, 2008). Os resultados encontrados pela revisão da literatura reforçam a necessidade de intervir através de programas formativos no âmbito da sexualidade.

A sexualidade estando presente desde o nascimento, não se reduz apenas à capacidade reprodutiva, indo para além desta, manifestando-se nas relações interpessoais, na vida social e afectiva, nos papéis sexuais e nos estereótipos ligados ao género ou opção sexual (Ribeiro, 2004). A sexualidade influencia sentimentos, comportamentos e interacções, assim como as atitudes pessoais e as crenças no que respeita a aspectos específicos da mesma. A expressão da sexualidade, continua a ser uma realidade social que envolve polémicas e contradições, uma vez que está muitas vezes sujeita a influências contraditórias. Se por um lado o impulso sexual é fonte de motivação, levando à procura e realização de determinadas condutas, por outro, o sistema de crenças interiorizado na sociedade limita a legitimidade dessas condutas (Lopez & Fuertes, 1999).

Subjacente à construção da dimensão social da sexualidade, encontramos a perspectiva construcionista social que valoriza os contextos sociais e culturais em que a sexualidade ocorre (Tiefer, 2000). Desta forma, a sexualidade assume peculiaridades da sociedade local e do modo como esta define expectativas e oportunidades. Na actualidade, os

adolescentes são conduzidos para uma nova ética sexual, mais liberal do que nas gerações precedentes, baseando-se nos pressupostos da realização pessoal, dos direitos privados e das iniciativas individuais. No entanto, ainda se observa a adopção de um posicionamento social face à sexualidade típico do Duplo Padrão, o que significa que a representação da sexualidade é diferenciada tendo em conta o género, suscitando assim duas posturas comportamentais relativamente à sexualidade (Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo & Polónia, 2008).

Há várias razões que impelem um adolescente a adoptar comportamentos de risco face à sexualidade. Entre elas encontramos os factores económicos, as características da comunidade, a estrutura familiar, a influência dos pares, as características biológicas, a relação com a escola, as perturbações emocionais e as crenças e atitudes sobre sexualidade (Kirby, 2001). Vários estudos revelam que são os adolescentes menos esclarecidos que iniciam a vida sexual mais precocemente adoptando comportamentos mais promíscuos, com os rapazes a iniciarem-se sexualmente primeiro que as raparigas, sem alteração significativa da idade da primeira relação sexual (Nodin, 2001).

Adoptamos algumas estratégias para promover a mudança atitudinal nos adolescentes através da intervenção formativa, nomeadamente o conhecimento das próprias atitudes, a substituição de crenças erróneas por conhecimentos suportados cientificamente, o enriquecimento da comunicação sobre conteúdos sexuais, propor leituras e filmes de conteúdo sexual que cumpram as condições atitudinais desejadas, a utilização do *role play* para demonstrar condutas adequadas em situações simuladas e ainda incentivar os alunos a participar na elaboração dos argumentos que fundamentem uma postura considerada adequada envolvendo-os na sua defesa pública, não fazendo da sua própria atitude ou história sexual a referência educativa básica.

3 - Testar a efectividade do programa de intervenção formativo numa amostra alargada de adolescentes, analisando também o papel das variáveis sociodemográficas, sociopsicológicas e sexuais

Tanto as redes sociais como o apoio social percebido têm um papel fundamental no desenvolvimento e bem-estar dos adolescentes (Helgeson, 2003). O suporte social, segundo Baptista (2005), é um meio de influência fundamental no comportamento das pessoas, já que auxilia a determinação dos comportamentos que serão desenvolvidos ou activados, mediante interacções recíprocas entre o sujeito e o meio social. Torna-se

assim importante conhecer a satisfação com o suporte social em adolescentes, tanto ao nível das relações familiares como das sociais, nomeadamente as estabelecidas no grupo de pares, uma vez que nesta fase as relações de amizade desempenham um papel crucial no desenvolvimento afectivo e psicossocial.

O apoio social percebido pelos adolescentes parece diminuir a probabilidade de ocorrência da iniciação sexual na faixa etária dos 15-16 anos. A variável apoio social necessita ser melhor compreendida relativamente à sexualidade adolescente em diferentes contextos sociais e culturais (Valle, Røysamb, Sundby, & Klepp, 2009). Através da intervenção formativa tentamos levar os adolescentes a reflectirem na importância das redes de suporte que têm ao seu alcance, quer dentro da esfera familiar, quer no grupo mais alargado, no qual se incluem os amigos e a escola na figura dos seus professores.

Na adolescência, o interesse no corpo, mais especificamente o investimento na imagem, é fenómeno recorrente. O adolescente vê-se e revê-se ao espelho apreciando-se e avaliando a sua qualidade estética como estímulo da atracção sexual e amorosa do outro sexo. As alterações na forma e esquema corporal, muitas vezes, levam a insatisfação com o corpo, mesmo que este possua dimensões corporais dentro dos parâmetros adequados (Pinheiro & Giugliano, 2006). Mesmo se inadequada, a insatisfação com a imagem corporal, pode ocasionar distúrbios psicológicos e sociais relativos à própria percepção (Fontes, 2006; Instituto de Nutrição Annes Dias, 2004). Referimos que as diferentes formas de ver e sentir o corpo, são diferentes em função do contexto familiar e social (Sprinthall & Collins, 2008).

A influência da imagem corporal e a auto-estima na experiência sexual foi estudada por Otero, Fernández & Castro em 2004, os resultados do estudo permitiram concluir que o medo de ganhar peso, insatisfação corporal, auto-percepção de atracção física e auto-estima se relacionam com a actividade sexual. Concluíram ainda que o índice de massa corporal e a distorção da imagem corporal não se relacionam com a expressão da sexualidade.

Pelo exposto, o presente estudo, subordinado ao tema “Educação sexual em contexto escolar: uma intervenção contra a vulnerabilidade na vivência da sexualidade adolescente” é baseado num projecto de intervenção formativa no âmbito da sexualidade responsável em adolescentes a nível do 9º ano de escolaridade, pretendendo dar resposta às questões de investigação: Qual a influência de um programa de intervenção

formativa nos conhecimentos e nas atitudes dos adolescentes face à sexualidade? Perante esta problemática questionámo-nos de que modo a intervenção formativa modificou a imagem que o adolescente tem do seu corpo? E ainda em que medida a percepção do suporte social se modificou após a intervenção formativa?

Do ponto de vista estrutural, esta dissertação constituída por duas partes, em que a primeira é reservada ao enquadramento teórico e a segunda à investigação empírica realizada, a qual integra três estudos. O primeiro estudo permite a caracterização psicométrica dos instrumentos a utilizar. O segundo é composto por um estudo experimental de campo, composto por 48 participantes no grupo controlo e 42 no grupo experimental. No terceiro estudo aplicamos a intervenção formativa estruturada e utilizada a uma amostra mais alargada (840 participantes).

No enquadramento teórico, foi nossa preocupação analisar trabalhos de investigação nacionais e internacionais realizados sobre esta temática, nomeadamente sobre a afectividade e sexualidade adolescente, atitudes face a esta e conhecimentos sobre reprodução, planeamento familiar e infecções de transmissão sexual, assim como, a satisfação com o suporte social e a imagem corporal. O enquadramento teórico encontra-se estruturado em dois capítulos. No primeiro capítulo, abordamos o desenvolvimento do adolescente nas dimensões biológica, cognitiva, social e psicossexual, para uma melhor compreensão do desenvolvimento nesta fase do ciclo vital. A imagem corporal, o suporte social e a sexualidade na adolescência foram estudadas, enquanto variáveis relacionadas com a vivência da sexualidade adolescente. No segundo capítulo, referimos a educação sexual em contexto escolar, apresentando a legislação que suporta as intervenções formativas em sala de aula, expomos ainda alguns programas e projectos em curso no contexto português e divulgamos resultados de investigações neste domínio.

Na segunda parte do nosso trabalho, definimos a metodologia utilizada, apresentamos as questões de investigação empírica e procedemos à identificação das variáveis. Descrevemos os instrumentos de medida e a metodologia seguida para a sua validação. Caracterizamos a amostra, apresentamos e analisamos os resultados, fazendo a discussão relativa ao segundo e terceiro estudos. Finalizamos este trabalho com uma conclusão onde é dado realce aos resultados que consideramos mais relevantes, procurando identificar as suas implicações na vivência responsável da sexualidade adolescente, apontando algumas sugestões que entendemos pertinentes.

PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: DESENVOLVIMENTO NA ADOLESCÊNCIA

Os adolescentes sempre existiram em todas as épocas e culturas (Almeida, 2007). No entanto, a concepção de adolescência, tal como se entende na actualidade, remonta ao final do século XIX, quando fruto da industrialização os adultos se dedicaram mais ao trabalho fabril e consequentemente os seus filhos tiveram necessidade de permanecer por mais tempo nas instituições de ensino escolar (Palácios, 1995; Levi & Schimitt, 1996). Só há relativamente pouco tempo é que a adolescência foi reconhecida como um período de desenvolvimento humano, emergindo desde então novas formas de concepção sobre este período, principalmente com os estudos desenvolvidos pelo psicólogo Stanley Hall, no inicio do século XX.

Olhando para a etimologia da palavra, adolescência deriva de "*Adolescere"*, palavra latina que significa crescer, desenvolver-se, tornar-se jovem" (Becker, 1994, p.8). É um período de transição longo, com limites temporais difíceis de estabelecer. Apesar deste facto, relativamente ao limite inferior, o entendimento entre os diferentes autores é consensual. Reporta-se ao inicio da puberdade, com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, através dos quais o adolescente adquire maturação sexual, facto que acontece por volta dos 11-12 anos. No entanto, o limite superior é difícil de determinar, pois este só sobrevém quando o indivíduo adquire autonomia biológica, psíquica, financeira e emocional. Simbolicamente, o *términus* da adolescência, é assinalado por rituais de passagem como por exemplo possibilidade de entrada no mercado de trabalho, independência económica, habitação própria e projecto de vida autónoma. Algumas organizações internacionais definem como adolescente todo o ser humano entre os 10 e os 19 anos (Cordeiro, 2009).

De forma também mais ou menos consensual, a adolescência encontra-se dividida em três fases: fase inicial dos 10 aos 13 anos; fase intermédia, dos 14 aos 16 anos e fase tardia depois dos 16 anos (Fonseca, 2002).

Para a autora, na adolescência inicial a representação dos pais é uma referência absoluta, a separação deles é essencial para a construção da identidade. No entanto, a necessidade de autonomia que marca a adolescência pode ser geradora de conflitos

familiares. Esta fase, é também caracterizada por comportamentos de auto-erotização e de auto-experimentação, que devem ser desdramatizados.

Pelos 12/13 anos o adolescente projecta a sua fantasia erótica em alguém próximo e habitualmente inacessível, como por exemplo um professor ou um actor de cinema. Estas projecções dão pano de fundo ao desenvolvimento do adolescente.

A adolescência intermédia é caracterizada em particular pela necessidade de individualização em relação à família, manifestando-se muitas vezes através de contestação sistemática, com o objectivo de verificar como os pais reagem. É nesta fase que a pressão do grupo, constituído por adolescentes de idades e necessidades semelhantes, é maior. No grupo, o adolescente dilui a sua identidade, adquirindo comportamentos iguais aos seus pares, permitindo-lhe a integração, aumentando a segurança e auto-estima. Os pais, por sua vez, tendem a ver o grupo como ameaçador, no entanto, este é uma entidade na qual o adolescente pode ensaiar diferentes formas de ser adulto. Nesta fase, há uma forte percepção das diferenças entre os corpos e simultaneamente surge uma visão mais crítica do seu próprio corpo. É altura de exercitar semelhanças e diferenças podendo envolver experimentação hetero, homo ou bissexual, onde abundam as fantasias sobre o parceiro ideal e a paixão é fugaz e efémera (Fonseca, 2002).

Na fase tardia da adolescência, a mesma autora, refere que o envolvimento afectivo é mais estável e há como que uma entrada no mundo da sexualidade do adulto. O adolescente começa a entender fruto da sua vivência pessoal, que através da procura do outro encontra o prazer, conquista a intimidade e constrói a partilha. Há que ajudá-lo a perceber que as relações sexuais sem afecto não fazem sentido e que a sexualidade serve para se ser feliz. A autora refere que a orientação sexual só é consciencializada no final da terceira fase.

Na encruzilhada do desenvolvimento do adolescente, vai progressivamente emergindo um indivíduo na procura da sua identidade e autonomia, construindo um sistema de valores, no qual assenta a sua personalidade. Nesta construção, é evidente a influência dos sentimentos e dos afectos (Braconnier & Marcelli, 2000). As tarefas desenvolvimentais dela inerentes, podem potenciar a manifestação de comportamentos irreverentes e o questionamento dos modelos e padrões infantis.

Estudos realizados por Fleming (1993), validam investigações prévias sobre o desejo de autonomia dos adolescentes. Para a autora, *"a autonomia aparece como um valor fundamental na vida dos adolescentes" (…), "como uma das questões mais importantes e aliciantes associadas à expectativa da entrada na adolescência"* (p.38). Reforça ainda que (p.33), "*O funcionamento competente do indivíduo como uma entidade separada ou independente é um ponto focal de todas as teorias psicológicas do desenvolvimento, (…) o tema major nas teorias da personalidade é que os indivíduos se desenvolvam a partir duma posição de total vulnerabilidade e dependência face a outros para uma subsequente condição de competência e autonomia*." E considera ainda *"a adolescência globalmente como um segundo processo de individuação levando à aquisição dum sentimento de self autónomo e com limites bem determinados".*

Assim, autonomia, individuação e formação da identidade encontram-se intimamente ligadas e interdependentes, influenciando-se mutuamente. A procura da identidade na adolescência é considerada para muitos psicólogos, como a crise mais aguda e generalizada da experiência psicológica do ser humano. O conceito "crise da identidade" é uma expressão da autoria de Erikson, investigador de referência do estudo da adolescência (Melgosa, 1999).

A adolescência é também um período em que o adolescente mediante as suas capacidades, se compromete com um projecto de vida adulta, é um momento de descoberta mais íntima do outro e do estabelecimento de novos vínculos afectivos. Compreender o adolescente, implica compreender que para ele existe uma tarefa fundamental que é despedir-se da infância. Nesta fase existe uma verdadeira perda dos "objectos infantis". O adolescente já não quer ser criança, mas também ainda não é adulto (Fleming, 1997; Braconnier & Marcelli, 2000; Fonseca, 2002).

Pela complexidade inerente ao desenvolvimento adolescente compreendemos que a forma de atingir a maturidade não é linear, antes é constituída de etapas com avanços e recuos, algumas vezes entendidas pelos pais como patológicas. Sampaio (2006), diz que estes acontecimentos muitas vezes auto-limitados têm como objectivo a autonomia. À medida que se avança no conhecimento relativo à adolescência, mais certezas se obtêm da importância desta fase da vida no desenvolvimento do indivíduo. Reconhece-se na actualidade que o que acontece neste período é determinante para o futuro, estando na base do desenvolvimento da personalidade (Antunes, 2007).

A adolescência, apesar de ser um período de oportunidades de crescimento, é também um período de riscos, de onde destacamos a sexualidade sem controlo. O fenómeno da adolescência deve ser dissecado sob os mais variados prismas, no intuito de facilitar a compreensão da dinâmica envolvida, pois, só no âmbito da totalidade se compreende separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais (Osório, 1992).

Numa visão mais actual, a ideia da adolescência constituir um problema está posta de parte, pois, esta é antes vista como uma etapa de desenvolvimento que necessita ser debatida, compreendida e vivida sem conflitualidade grave e ruptura significativa. O adolescente tem uma visão mais positiva de si próprio, vivendo de forma mais favorável as mudanças inerentes (Sampaio, 2006). Estas, são experienciadas de maneira diferente de adolescente para adolescente e influenciadas tanto pelos contextos culturais, socioeconómicos e familiares, como pelos contextos de saúde e doença (Fonseca, 2005).

Em suma, a adolescência enquanto etapa de desenvolvimento, constitui-se fundamentalmente como processo de crescimento físico, cognitivo, psicológico e social. Estes processos, produzem-se a ritmos diferentes, consoante os indivíduos e os seus contextos de vida. De acordo com a maioria dos autores, provavelmente, a característica mais identificativa da adolescência diz respeito às inúmeras transformações físicas que ocorrem. De facto, para além das alterações no tamanho, na forma corporal, da capacidade física decorrentes do surto de crescimento, as transformações que os tornam capazes de procriar constituem as alterações mais drásticas (Sprinthall & Collins, 2008).

Desenvolvimento físico

A puberdade marca o inicio da adolescência, caracterizando-se essencialmente pelas alterações anatomo-fisiológicas do sistema reprodutor. É um período de tempo relativamente curto (3 a 4 anos), durante o qual se adquirem a maioria dos caracteres sexuais secundários, ultimando-se o processo de maturação sexual, ficando apta a capacidade de reprodução sexual (Steeley Stephens & Tate,1997). Pode considerar-se a maturidade sexual e consequente capacidade de reprodução como a principal transformação biológica na adolescência (Sprinthall & Collins, 2008). Pela história, verifica-se que a puberdade se inicia cada vez mais cedo, associada provavelmente a

melhores condições de saúde e nutrição. Não descoramos, no entanto, que a presença de alterações hormonais é crucial para que esta ocorra. (Afonso & Lucas, 2001).

Nos genes de cada indivíduo está programado o inicio da puberdade. O aumento dos níveis hormonais está associado a alterações físicas em ambos os sexos. No rapaz, está presente o desenvolvimento genital externo, aumento da altura e estrutura corporal e alterações na voz e associado está igualmente o desejo da actividade sexual. Na rapariga, observa-se o desenvolvimento mamário, uterino, esquelético e alargamento das ancas. A FSH estimula o desenvolvimento folicular nas raparigas e a produção de esperma nos homens, enquanto que a LH regula a produção de estrogéneo e o desenvolvimento folicular nas mulheres e a produção de testosterona nos rapazes.

Alguns estudos apontam vantagens na maturação sexual precoce no caso dos rapazes, uma vez que se tornam mais seguros de si, sensatos e autónomos, contrariamente aos que a atingem mais tardiamente pois mostram-se mais ansiosos, inquietos e menos populares. Já em relação às raparigas, as que atingem a maturidade mais cedo, os problemas iniciais decorrentes da maturidade são ultrapassados e *à posteriori* mostram-se mais tranquilas e seguras de si, quando comparadas com aquelas cuja maturidade ocorreu mais tardiamente (López & Fuertes, 1999). As alterações que ocorrem durante a puberdade levam o adolescente a sentir-se com um novo corpo sexuado e com necessidades sexuais novas, o que pode trazer-lhe algumas dificuldades (Bastos, 2003). Daí a importância de solidificar uma imagem corporal positiva.

Apesar do relógio biológico determinar o inicio da puberdade, os factores ambientais podem influenciar o seu começo e duração (Santrok, 2008). Por norma esta ocorre um ou dois anos mais cedo na rapariga do que no rapaz (Afonso & Lucas, 2001). Investigações recentes apontam para a possível contribuição das variações culturais e das experiências de vida no inicio precoce da puberdade. Neste sentido, os adolescentes que crescem em países desenvolvidos e em meio urbano, iniciam a puberdade mais cedo, comparativamente com aqueles que vivem em zonas rurais ou em países menos desenvolvidos (Santrock, 2008). O mesmo autor citando Romans *et al.* (2003); Elis (2004); Maestripieri *et al.* (2004) e Bogaert (2005), refere que as experiências de vida anteriores relacionadas com o inicio da puberdade incluem estatuto socioeconómico baixo, maus tratos infantis, ausência de pai e elevadas taxas de conflito familiar.

Desenvolvimento cognitivo

No decurso do desenvolvimento adolescencial também ocorre uma série de transformações cognitivas. Estas, têm um papel importante no desenvolvimento da personalidade e na formação da identidade. A capacidade de ter em conta os pensamentos e as perspectivas dos outros, são consideradas elementos fulcrais do desenvolvimento cognitivo (Sampaio, 2000). Para Sprinthall & Collins (2008), os adolescentes reflectem sobre os próprios pensamentos e os de outras pessoas. Associada a esta capacidade de pensar, percebem que diferentes pessoas têm pensamentos divergentes sobre a mesma situação ou circunstância, o que lhes permite analisar as relações sociais. As mudanças na esfera intelectual também possibilitam compreender e atribuir um significado particular às outras transformações.

Autores como Sprinthall & Collins (2008), referem os estudos de Piaget que ao observar durante longos períodos de tempo crianças e adolescentes, elaborou uma teoria de desenvolvimento baseada em estadios. Acreditava que cada nova capacidade adquirida representa uma elaboração e integração de capacidades intelectuais anteriores. Neste sentido, classificou o pensamento do adolescente como de operações formais, o qual possibilita maior capacidade de abstracção e maior flexibilidade, permitindo-lhes raciocinar sobre a realidade ou sobre as suas possibilidades.

Os adolescentes, tornam-se conscientes do mundo tal como ele pode ser. Este desenvolvimento, que ocorre por volta dos 12 anos, dá-lhes uma possibilidade de manipular a informação, já não estão limitados ao pensamento do aqui e agora. Podem pensar em termos do que pode ser verdade, e não apenas do que é verdade, imaginam possibilidades, colocam hipóteses e constroem teorias.

Para Piaget, as influências neurológicas e ambientais combinam-se para promover a maturidade cognitiva. O cérebro do adolescente amadurece e o ambiente social alargado oferece mais oportunidades para a experimentação e crescimento cognitivo. A interacção entre estes dois tipos de mudanças é essencial. Se o desenvolvimento neurológico desenvolver o suficiente permitindo atingir o estádio do raciocínio formal, mas não existir estimulação do meio, pode não atingir o crescimento cognitivo, pelo que a interacção com os pares é de extrema importância.

O pensamento abstracto do adolescente de acordo com Cordeiro (2009), encontra-se concluído pelos 15-16 anos. Tal permite formular hipóteses, defende-las, experimentá-las, usar combinações lógicas e arriscar todo o tipo de caminhos. A partir desta nova forma de pensar, os adolescentes desafiam a sociedade, redefinem conceitos, congeminam um mundo novo e consomem muito do seu tempo à procura de ideais. É esta indagação que os ajudará a encontrar a sua identidade. Esta conquista não está relacionada simplesmente com a maturação biológica e a idade cronológica, mas também com os estímulos que o adolescente usufrui no seu contexto familiar, social e escolar.

Nesta fase o adolescente tem capacidade de reflectir sobre o que ele pensa e o que os outros pensam, distinguindo o seu pensamento dos demais, o que lhe possibilita reflectir sobre si e sobre a sua maneira de pensar e de ser, tornando-se mais perspicaz. De certa forma, reconhecem que os seus pontos de vista constituem apenas uma visão possível de uma dada situação, existindo outros pontos de vista, tantos quantas as pessoas que se debruçam sobre determinada problemática (Sprinthall & Collins, 2008).

Assim, e de acordo com os autores citados, o pensamento do adolescente caracteriza-se pela capacidade de testar hipóteses e de ser capaz de planificar de forma a antever certos resultados, reflectindo sobre os próprios pensamentos e ponderando sobre outros aspectos. Isto significa que, de um modo geral, pensa e raciocina de forma mais abstracta, especulativa e flexível.

Os adolescentes podem resolver problemas complexos e idealizar sociedades perfeitas. Contudo, algumas vezes, tal como alguns pais poderão confirmar, o pensamento dos adolescentes parece imaturo. Com base no trabalho clínico com adolescentes, David Eldkin citado por Papalia, Olds & Feldman (2001) descreveu comportamentos típicos e atitudes, que podem provir de aventuras inexperientes dos adolescentes no pensamento abstracto. São exemplo: falhas nas figuras de autoridade (dão-se conta que os adultos que outrora veneravam se afastam dos seus ideais e dizem-no muitas vezes em voz alta); argumentação (tornam-se muitas vezes argumentativos à medida que praticam as novas capacidades para explorar as *nuances* de um problema e construir um argumento para o seu ponto de vista); indecisão (têm problemas em decidir-se porque estão mais conscientes da multiplicidade de escolhas que a vida oferece, mesmo acerca de coisas tão simples como o ir à rua com os amigos ou a uma biblioteca para preparar os

trabalhos escolares); hipocrisia aparente (muitas vezes não reconhecem a diferença entre expressar um ideal e viver de acordo com ele).

Desenvolvimento psicossocial

As alterações psicológicas pelas quais os adolescentes passam, levam a alterações no seu mundo social. Enquanto criança, o seu meio centrava-se fundamentalmente na família, mas quando adolescente desloca-se progressivamente para o exterior estabelecendo relações com os amigos quer na escola quer na zona de residência. Refere Melgosa (1999, p.81), que *"na maior parte dos casos o adolescente desloca o seu âmbito de interesses vitais para o meio imediato, e passa a desenvolver-se sobretudo numa área de acção e influência mútua externa à família."*

A socialização do adolescente pelo grupo ou pelas relações de amizade que estabelece, sempre existiu e representa um passo para a sua maturidade conduzindo à sua autonomia perante a família. A adesão ao grupo representa a adaptação a uma organização colectiva do género das que se encontram normalmente na sociedade humana (Silva, 2004). Assim, as amizades tendem a tornar-se bastante intimas, estáveis, complexas e psicologicamente ricas, pois é no grupo que se partilham sentimentos e segredos íntimos, transformando-se desta forma um grupo coeso (Bee, 1997). Este é uma matriz importante de identidade, e Fonseca (2005), faz alusão a estudos que revelam que o grupo é escolhido pelo adolescente em função da sua capacidade para satisfazer as suas necessidades e interesses, pelo que dificilmente escolherá um grupo que o force a fazer o que ele não se sente inclinado a executar. Em suma, o grupo constitui-se como uma entidade na qual o adolescente pode ensaiar diferentes formas de ser adulto, até encontrar aquele com que se sente mais confortável.

Reforça Sampaio (2006, p.139), que nos dias que correm, *"os adolescentes procuram cada vez mais respostas longe da família. Trata-se de uma tentativa de fugir ao controlo parental, essencial no processo adolescente. Nesta fase, o amigo preferido é, muitas vezes, o confidente natural, a pessoa que tudo compreende e aceita." As* primeiras tentativas do adolescente para se emancipar do controlo dos pais ocorrem quando este opta por provocar deliberadamente um ajustamento em relação aos seus progenitores.

Por esta altura, revela-se crítico e com poder de argumentação, optando por se manter afastado de casa, das actividades familiares, inserindo-se cada vez mais no grupo de pares, ficando deste modo menos íntimo e confidente no relacionamento com os pais.

A cultura em que o adolescente está inserido também é um factor importante para o seu desenvolvimento, contextualizando-o socialmente. A altura da maturidade social é variável, depende do meio, da situação económica dos progenitores, das tradições familiares, do seu carácter, ideais e preconceitos. Assim, pode considerar-se a socialização como um processo mediante o qual, o adolescente se torna membro de um grupo, assumindo regras, comportamentos, normas, valores e atitudes do mesmo (Molina, 1993).

A participação com sucesso em interacções sociais, é uma das principais habilidades em que o indivíduo desenvolve grande parte do seu comportamento dentro do ambiente social. Para obter êxito na interacção deverá ter um reportório compatível com as exigências do meio. Neste âmbito, Braconnier & Marcelli (2000, p.43), reforçam que a *"necessidade para o adolescente de estar em grupo responde a necessidades educativas e sociais mas também a motivações intra-psiquicas pessoais."*

Estas transformações decorrentes do social levam-no a estabelecer uma nova relação com os pais, com o mundo e consigo mesmo. Com alguma frequência surge um confronto dos seus ideais com a realidade social, podendo incorrer em desilusão, exteriorizada pela sua conduta e acção (Offer & Boxer, 1995). Também Melgosa (2000, p.81), refere que *"na maior parte dos casos o adolescente desloca o seu âmbito de interesses vitais para o meio social imediato, e passa a desenvolver-se sobretudo numa área de acção e influência mútua externa à família"*. Lewis (1995, p.237), refere que *"a adolescência é muitas vezes um período de tensões significativas na família, porque tanto os adolescentes quanto os pais estão muitas vezes a experimentar mudanças fisiológicas e mentais significativas ao mesmo tempo."*

Face ao exposto é compreensível que o adolescente precise de segurança, estímulos positivos, carinho e conselhos adequados. É desejável que os pais mantenham um diálogo com os filhos, mesmo conhecendo os limites e o carácter frequentemente insatisfatório desse diálogo (Vallejo-Nágera, 2003). A ausência de diálogo ou a fuga incessante serão vividos pelo adolescente, na maior parte das vezes, como um sinal de indiferença ou até de quase abandono (Braconnier & Marcelli, 2000).

Para os referidos autores, o diálogo com o adolescente apresenta duas ordens de problemas para os pais. Primeiro, o da autoridade parental que se exerceu na infância e que se continua a exercer na adolescência, agora com arranjos que serão alvo de incessantes compromissos. Depois, o da crise parental, isto é, o conjunto de manifestações emocionais, afectivas e relacionais que a presença, os pensamentos e a actuação do adolescente suscitam num ou noutro progenitor. Como diz Sampaio (1994), a presença dos pais junto dos filhos é tão ou mais importante nesta etapa do que na infância, uma vez que o seu papel agora é o de estarem atentos, de se mobilizarem sem dirigir, de apoiar nos fracassos e incentivar nos êxitos, em suma, estar com eles e respeitar cada vez mais a sua individualização. A facilidade de comunicação como diz (Vallejo-Nágera, 2003), proporciona aos pais segurança, permitindo-lhes controlar os perigos do mundo exterior e possibilita ao adolescente aumentar a sua auto-estima.

Também Lourenço (1998, p.86), faz alusão a estudos realizados em comunicação familiar, dizendo que *" é interessante verificar que sendo grandes as diferenças entre gerações, comparadas com os progenitores masculinos, as mães percepcionam uma comunicação mais satisfatória com os filhos adolescentes"*. Esta autora diz ainda que esta diferença se deve principalmente à maior abertura na comunicação familiar referida pelas mães. Quanto aos adolescentes, afirmam viverem um período particularmente difícil na comunicação com os progenitores, mas apresentam um maior grau de abertura com as mães do que com os pais.

Para um melhor entendimento sobre a importância da comunicação na aquisição e desenvolvimento dos afectos, referimos Vilar (2003) citando Gameiro (1994, p.14) que afirma que *" a comunicação está para as famílias como a farinha está para os bolos. Uns têm mais, outros menos, mas quase todos têm alguma (…) é muito difícil viver numa família onde não se comuniquem os sentimentos: os bons e os menos bons, o amor e a raiva. Onde o pai e a mãe escondem o que sentem um pelo outro. Onde o conforto e o desconforto emocional é guardado a sete chaves dentro de cada um e explode inesperadamente sem que o outro saiba o que se está a passar".*

Resumindo, o adolescente passa por uma série de transformações físicas, psicológicas e sociais, num percurso onde a autonomia relativamente à família é uma das metas. Assim, é natural flutuar entre a dependência e a independência em relação à mesma. Neste caminho de avanços e recuos, onde as ocasiões e contextos situacionais são decisivos para a maturidade e independência, devem aprender a decidir e a responsabilizar-se

pelos seus actos, valores e decisões. Não podemos esquecer Sampaio (2000), quando diz que é a todo este conjunto de transformações psicológicas, físicas e sociais que se considera o chamado processo adolescente, em que o principal objectivo é atingir a idade adulta. O mesmo autor relembra que é incorrecto falar de adolescência, mas que se deve falar de adolescentes e adolescências.

Percepção da imagem corporal na adolescência

O interesse no corpo, mais especificamente o investimento na imagem é fenómeno recorrente na adolescência. O adolescente vê-se e revê-se ao espelho apreciando-se e avaliando a sua qualidade estética, forma, dimensões e volume como estímulo da atracção sexual e amorosa do outro sexo. O considerar-se bem ou mal tem como alicerce a moda ou o padrão cultural em voga, os modelos de identificação que teve e escolheu, o ideal que construiu, assim como, a forma como foi investido e idealizado pelos objectos anteriores, designadamente os pais (Matos, 2002). O mesmo autor relembra também que (p.157) *"Da forma como vive a imagem do seu corpo, do valor sexual que lhe atribui, vai depender, em grande medida, o modo como imagina que o outro sexo o aprecia e deseja; por conseguinte, o maior ou menor à vontade ou inibição em todo o relacionamento heterossexual, com os arranjos defensivos que se possam estruturar, regressões ou comportamentos desviantes".*

Num desenvolvimento adolescencial normal, a passagem da imagem de um corpo infantil para a de um corpo púbere ocorre com entusiasmo, triunfo e esperança. No entanto, por vezes as modificações rápidas causam preocupação com a aparência, num período entendido como de alguma vulnerabilidade. Essas alterações na forma e esquema corporal, muitas vezes, levam a insatisfação com o próprio corpo, mesmo que este apresente dimensões corporais dentro dos parâmetros adequados para este grupo populacional e para a saúde (Pinheiro & Giugliano, 2006). Quando inadequada esta insatisfação com a percepção de uma imagem inconveniente, pode ocasionar distúrbios psicológicos e sociais relacionados à própria percepção (Instituto de Nutrição Annes Dias, 2004; Fontes, 2006).

As diferentes formas de ver e sentir o corpo, variam em função do contexto familiar e social (Sprinthall & Collins, 2008). Uma vez que o indivíduo é socializado no seio de uma determinada cultura, é inevitável e compreensível que este partilhe e interiorize atitudes, crenças, valores e comportamentos, transmitidos de geração em geração, ou seja, a imagem corporal é um complexo fenómeno humano que envolve aspectos cognitivos, afectivos, sociais e culturais (Alves, Pinto, Alves, Mota & Leiros, 2009).

Nos últimos anos a indústria cultural pelos meios de comunicação social, encarregou-se de criar desejos e reforçar ideias padronizadas de corpos perfeitos. Assim, o indivíduo molda as suas acções em função daquilo que é "normal" e aceitável na sua sociedade, procurando dar resposta aos requisitos exigidos na cultura à qual pertence. Frost (2005), conclui que construir a aparência é uma parte inevitável da produção de uma identidade, onde a sociedade insinua sonhos e desejos de corpos e beleza perfeitos.

A construção da identidade na adolescência inclui essencialmente a relação com o seu corpo, e essa por sua vez faz-se através da representação mental que o indivíduo tem de si. Neste sentido Shilder (1999), reforça que a imagem corporal é a figuração do corpo formada na nossa mente e enquanto que Tavares (2003), diz que a compreensão do conceito de imagem corporal está vinculada ao significado dos termos imagens do corpo e que a sua definição não é simplesmente uma questão linguística, tendo uma dimensão maior se pensarmos na subjectividade individual.

Para Costa *et al.* (2008), a auto-imagem pode apresentar efeitos distorcidos devido à dificuldade de apreensão da transformação corporal que naturalmente ocorre nesse período. A obsessão adolescente com o ícone cultural de corpo esbelto tem contribuído para a adopção de comportamentos menos saudáveis. É compreensível que na cultura ocidental que valoriza acerrimamente a magreza se procure atingir esse ideal de beleza. Quando tal não acontece, entra-se em situação de insatisfação corporal, a qual, segundo Warren, Gleaves, Benito, Fernandez & Ruiz (2005) consiste numa avaliação subjectiva negativa da aparência física, repercutindo-se a nível psicológico.

No ocidente, ser magro significa ter competência, sucesso e ser atraente sexualmente, vive-se uma sobrevalorização das qualidades físicas em detrimento das psicológicas e cognitivas. Morgan Vecchiatti & Negrão (2002, p.20) referem que *"vindo ao encontro destes valores, as dietas restritivas e cirurgias plásticas transmitem a ilusão que o corpo é infinitamente maleável (…) para a maioria das mulheres, a insatisfação corporal tem-se*

tornado cada vez mais comum". Labre (2002), investigou o ideal de beleza nos homens e concluiu que existe uma tendência para o padrão cultural musculoso com elevado grau de hipertrofia e níveis muito baixos de gordura, denominando-se este facto de definição muscular. Parece ficar assim o conceito de beleza associado a juventude, corpo magro e atractivo para as mulheres e corpo volumoso e musculado para os homens.

A imagem corporal tem sido definida em vários sentidos: auto-percepção de atracção física ou aparência, sentimentos positivos ou negativos acerca do corpo, ou a visão mantida acerca do corpo. Sabe-se que a construção social do corpo adolescente, se encontra estreitamente vinculada à questão da sexualidade.

Uma imagem corporal positiva pode ser interpretada como significativa de atracção física, um certo somatotipo, musculatura, magreza, entre outras características. O somatotipo e o peso têm emergido como dois dos mais importantes aspectos para os adolescentes, tendo sido estudadas as influências de vários factores como o sexo, a idade, o estádio maturacional e os valores sociais. O papel que a imagem corporal representa para a auto-estima reflecte a sua importância no desenvolvimento saudável do adolescente (Duke-Duncan, 1991). Os resultados de algumas investigaçõe**s** a seguir apresentadas vêm reforçar estes aspectos.

Assim, Vilela, Lamounier, Filho, Neto & Horta (2004), ao realizarem um estudo sobre transtornos alimentares com 1807 estudantes (887 do sexo masculino e 920 do sexo feminino), com idades entre os 7 e os 19 anos, concluíram que mais de metade dos inquiridos (59%) estava insatisfeita com a sua imagem corporal. Conti, Frutuoso & Gambardella (2005), no estudo denominado "Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes", numa amostra de 147 adolescentes de ambos os sexos, com idades entre os 10 e os 14 anos e com o objectivo de relacionar a associação entre excesso de peso e insatisfação com a imagem corporal, constataram que existia uma associação entre excesso de peso e insatisfação corporal. Neste estudo, os adolescentes com baixo peso tinham satisfação corporal média, os de peso normal alta e os de sobrepeso estavam insatisfeitos com o seu corpo. Concluíram ainda que havia maior nível de insatisfação nos adolescentes do sexo feminino quando comparado com o masculino. Casanova (2004), no seu estudo com 81 adolescentes do sexo feminino, de dois colégios com níveis socioeconómicos diferentes (baixo e médio), com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos, pretendendo relacionar a raça/classe de pertença, corpo e beleza como motivo

de conflito e negociação diária entre adolescentes latinas, concluiu que a classe de pertença não tem efeito significativo nos ideais pessoais de beleza.

O estudo "Auto-conceito físico e desportos: Será que ainda existem diferenças de género?", realizado por Klomsten, Skaalvik & Espnes (2004), procuraram investigar as diferenças entre os géneros, em múltiplas dimensões inerentes ao auto-conceito físico, nomeadamente, aspecto físico global, aparência, saúde, gordura corporal, competência para a prática desportiva, consistência, vigor, flexibilidade, coordenação, prática de actividade física e auto-estima. Dos resultados obtidos numa amostra em que se consideraram dois grupos com idades diferentes: um grupo de 591 estudantes do ensino básico e outro de 507 do secundário, com uma média de idades de 10,95 e 13,74 anos respectivamente. Verificou-se que os rapazes possuíam um auto-conceito físico significativamente superior às raparigas ao nível de todas as dimensões em análise. As diferenças entre géneros foram maiores nas dimensões aspecto físico global, consistência, vigor, aparência e gordura corporal. Ao nível das dimensões saúde, flexibilidade e coordenação, as diferenças revelaram-se significativamente menores. Também apuraram que o auto-conceito físico decresce com o avançar da idade e que a aparência foi a dimensão que mais influenciou a auto-estima global.

No estudo "Transgressões e corpo: um caso de anorexia", Ramirez, Gordon & Assadi (sd), pretendiam analisar as causas da anorexia nervosa e associar a psicanálise enquanto tratamento. Utilizaram uma entrevista clínica a uma adolescente de 15 anos, de uma família onde eram sobrevalorizados os valores estéticos culturais e de hábitos de alimentação e vida saudáveis. Concluíram que esta restringia as suas refeições com o objectivo de corresponder aos ideais valorizados no seio familiar com a finalidade de obter laços de segurança e afiliação. Baranowsky, Jorga, Djordjevic, Marinkovic & Hetherington (2003), ao avaliarem a satisfação corporal, com o objectivo de comparar os ideais de imagem corporal numa amostra de 625 adolescentes (masculinos e femininos) e os transtornos alimentares associados, em duas comunidades (Escócia e Jugoslávia), constataram que a insatisfação corporal é uma realidade para as raparigas de ambos os países, sendo maior o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares no grupo do país ocidental (Escócia).

Carvalho & Carquejo (2004), na sua investigação "satisfação com a imagem corporal e expressão da auto-estima em adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 17", numa amostra de 50 indivíduos portugueses (23 rapazes e 27 raparigas)

pretendendo analisar a possível relação entre a imagem corporal e a auto-estima, concluíram que os rapazes têm níveis mais altos de satisfação corporal e expressão da auto-estima do que as raparigas. Graup, Pereira, Lopes, Araújo, Legnani & Borgatto (2008), investigaram a percepção da imagem corporal, associando-a com indicadores antropométricos, numa amostra de 467 adolescentes brasileiros (218 do sexo masculino e 249 do feminino), com uma idade média de 12,45 anos. Dos resultados ressaltou que 67,51% dos indivíduos do sexo masculino e 67,61% dos do sexo feminino estavam insatisfeitos com a imagem corporal, principalmente em relação ao excesso de gordura corporal.

A influência da imagem corporal e a auto-estima na experiência sexual de estudantes universitários sem transtornos alimentares, foi estudada por Otero, Fernández & Castro em 2004, num grupo de 325 jovens universitárias galegas, com idade média de 19,5 anos. Neste estudo avaliou-se a relação que diversas variáveis da imagem corporal cognitivas (medo de ganhar peso, distorção da imagem corporal, insatisfação corporal) e perspectivas (índice de massa corporal e auto-percepção de atracção) têm juntamente com a auto-estima, sobre a actividade sexual (nível de experiência sexual e actividade sexual na actualidade, idade da primeira relação coital, número de parceiros sexuais coitais e satisfação das relações sexuais). Os resultados permitiram concluir que as variáveis medo de ganhar peso, insatisfação corporal, auto-percepção de atracção física e auto-estima se relacionam com a actividade sexual. Por outro lado, o índice de massa corporal e a distorção da imagem corporal não se relacionam com a expressão da sexualidade.

Anastácio & Carvalho (2006), num estudo com 408 sujeitos adolescentes (225 do sexo feminino e 183 do sexo masculino), do 7º ao 12º ano de escolaridade, com uma média de idades de 15,57 anos, que tinha como objectivo conhecer o grau de satisfação com a imagem corporal e a auto-estima relacionando-a com factores contextuais, verificaram que o ano de escolaridade e a idade, assim como a idade do pai, a habilitação da mãe e a religião são factores com influência significativa na imagem corporal e na auto-estima do adolescente.

Pela pertinência dos resultados em várias investigações e pelo referido na literatura não podemos esquecer que a insatisfação com a imagem corporal pode perdurar por toda a vida, considerando que os resultados de pesquisas envolvendo adultos são semelhantes

aos encontrados em crianças e adolescentes (Damasceno, Lima, Viana, Viana & Novaes, 2005).

Neste período da vida existe uma forte tendência social e cultural de considerar a magreza como uma situação ideal de aceitação e êxito. Conclui-se portanto que a visão optimista que o adolescente tem de si, precisa de ser reconhecida. Sendo assim, é importante a sua aprovação social em várias dimensões, nomeadamente a imagem física, uma vez que aqueles que apresentam uma auto-estima elevada acreditam na sua competência, no seu valor e em si mesmo. Ao contrário, os que evidenciam baixa auto-estima sentem-se inferiorizados, desvalorizam-se, sentem-se inseguros, o que lhes facilita o percurso rumo à vulnerabilidade.

Consideramos que é fundamental veicular junto dos adolescentes que a ideia de corpos perfeitos difundida pelos *media* não existe, mas que são apenas imagens manipuladas e artificiais. Também é importante alertar os profissionais das equipas multidisciplinares, onde se incluem os pais, para a necessidade de uma intervenção a nível da informação mediática/publicitária que, muitas das vezes, apresenta soluções para a insatisfação com o corpo, pouco saudáveis e por vezes mesmo lesivas.

Percepção do suporte social na adolescência

De acordo com López (2005), o ser humano tem três grandes necessidades interpessoais: necessidade de estabelecer vínculos com progenitores que possam assegurar a sua sobrevivência e segurança emocional; necessidade de estabelecer relações e vínculos de conhecimento e amizade com membros da comunidade, de forma a satisfazer necessidades lúdicas e sentir pertença a um grupo, necessidades de intimidade corporal sexual que satisfaça os desejos de prazer e afecto. A rede social é fundamental no desenvolvimento do adolescente, sendo constituída por um conjunto de relações interpessoais que este estabelece com aqueles que lhe são significativos no ambiente em que está inserido (Neves, 1995). A satisfação destas necessidades interpessoais é crucial para a existência de suporte social eficaz. Muitos são os autores que se têm debruçado sobre esta temática, levando a inúmeras definições e considerações. Referiremos algumas delas.

A relevância do suporte social sobre os factores que influenciam a saúde/doença e o bem-estar, embora de interesse actual, tem antecedentes longínquos. Durkheim, segundo Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I.G. (1985) foi uns dos pioneiros a abordar a importância das relações sociais, mostrando como a fragilidade dos laços sociais se relacionavam com o suicídio.

A influência das relações sociais no comportamento humano, foi estudada em vários ramos da ciência, como a psicologia e a sociologia. A sociologia, interessou-se pelas consequências da industrialização e urbanização, constatando que a par do desenvolvimento económico, estão presentes fenómenos de delinquência, marginalização, pobreza, solidão, isolamento e desenraizamento. Na psicologia, em diferentes teorias e com enfoques diversos, salientam-se os estudos de Bowlby por colocarem em evidência a importância da vinculação entre a mãe e o filho. Este autor, referido por Sarason, I.G. Sarason, B.R. & Pierce, G.R. (1988), com a sua teoria do "attachment" permitiu-nos acreditar que as relações precoces, seguras e significativas, que se estabelecem em geral com a mãe, vão ser as organizadoras primordiais da personalidade da criança, possibilitando-lhe construir relações significativas na idade adulta, experienciar menos stress em situações de separação e mostrar mais autoconfiança.

Se bem que estas referências sejam consideradas relevantes para o estudo do suporte social, o principal motor para as investigações nesta área ficou a dever-se a Cassel, Caplan e Cobb, autores a quem Vaux (1988) atribui o mérito de terem fomentado o interesse pela investigação. Estes autores criaram as bases para uma conceptualização do suporte social, transformando-o num dos alvos preferidos da intervenção social.

É durante a infância que descobrimos a necessidade de comunicar, de ter pessoas de quem gostamos e apoiamos e de nos sentirmos queridos. Carecemos de nos sentir integrados numa rede social de relações, na qual recebemos e oferecemos apoio, pois em função do mesmo determinamos o nosso bem-estar social e individual (Álvarez & Sanches, 2010).

Grosso modo, Ribeiro (1999) define suporte social citando Sarason *et al*. (1983), p.127) como *"a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós".* O mesmo autor, faz referência a Dunst & Trivette (1990), que defendem que o suporte social

respeita aos recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais tais como a família, em resposta aos pedidos de ajuda e assistência. Para Oliveira (1998), o suporte social é tido como um processo interaccional entre indivíduos, que permite a facilitação da resolução de problemas de diferente ordem e complexidade, assim como, o sentimento provocado por um vínculo empático capaz de transmitir a sensação da pessoa ser compreendida e aceite por quem fornece o suporte.

Diversos autores como por exemplo Álvarez & Garcia (2007), têm referido a necessidade de para além da análise do suporte efectivamente oferecido pelos recursos sociais, se ter também em conta o aspecto subjectivo, ou seja, o suporte social percebido como disponível. Para melhor enquadramento, o suporte social percebido, é uma variável de personalidade que se mantém estável ao longo do tempo, e que se reporta à experiência de vinculação. Neste sentido, Sarason *et al.* (1990), sugerem que as pessoas que estabeleceram uma vinculação segura terão a percepção de um elevado suporte social, acreditando em particular, que as pessoas que constituem a sua rede social, próxima e alargada estarão mais disponíveis.

Assim, Dunkel-Schertter & Bennett (1990), distinguem incoerências de carácter qualitativo e quantitativo, estas discrepâncias devem-se fundamentalmente a razões de ordem situacional. É nas maiores crises da vida, ou em situações de stress crónico, que se verifica ocasionalmente que o suporte efectivo fica quer qualitativamente quer quantitativamente aquém do que se esperava ter. Por um lado, o individuo pode acreditar que dispõe de mais suporte do que aquele que é oferecido num determinado momento, podendo também verificar-se o inverso. O ideal seria que existisse efectivamente suporte adequado, e percebido pela pessoa como tal. Os autores acrescentam ainda que, a percepção de um suporte social disponível, mesmo não existindo como tal, aumenta o bem-estar do indivíduo, abolindo efeitos potencialmente negativos.

Existem um número significativo de factores que podem mediar as discrepâncias entre suporte percebido como disponível e aquele que é efectivamente recebido. Para além dos factores apontados anteriormente, Dunkel-Schetter & Bennett (1990) sugerem que as diferenças individuais, como competências interpessoais das fontes de suporte, nível de auto estima, natureza dos comportamentos de *coping* dos indivíduos em stress e as características da sua rede social podem desempenhar um papel mediador na regulação das discrepâncias entre suporte percebido e o recebido.

Para Almeida (2000), o estudo do suporte social tem sido abordado segundo três vertentes: os níveis de análise, as dimensões e as perspectivas. Os níveis de análise correspondem a uma hierarquia no sentido de um aumento de complexidade, que vai do nível mais simples das relações íntimas, ao nível mais complexo, o nível comunitário. Relativamente ao nível das dimensões, estas prendem-se principalmente com a multiplicidade de conceitos a ele inerentes, quanto ao nível das perspectivas encontramos essencialmente a estrutural, a funcional e a contextual.

Ornelas (1994), propõe o estudo do suporte social segundo quatro funções: a emocional (gostar, simpatizar ou amar); a ajuda instrumental (bens e serviços); a informacional e o reconhecimento (informação relevante para a auto-avaliação, ou feedback positivo).

São inúmeros os termos usados para definir as funções do suporte social. Porém, e apesar da grande diversidade parece existir um consenso sobre pelo menos três das suas funções: suporte emocional, referido por Barrera, (1981), como a informação de que o indivíduo é amado e estimado, fazendo parte de uma rede de comunicação de obrigações mútuas; o suporte instrumental, referido por Wills (1985), incluindo um vasto leque de actividades como sejam a ajuda em tarefas domésticas, o empréstimo de dinheiro, entre outras. O suporte informacional é definido pelo mesmo autor como o processo através do qual outras pessoas podem dar informações, conselhos e protecção.

A família surge, na opinião de Pratt (1991), como um prestador de suporte muito importante a vários níveis. Uma família carinhosa e estável torna-se um importante meio de ajuda, possibilitando no caso dos adolescentes, superar os conflitos e angústias. As concepções de suporte oferecido pela família devem incluir para além de amor, estima e confiança, mecanismos de suporte como o companheirismo, a educação de comportamentos saudáveis, o suporte informal, instrumental e outros. Chen, Tellen e Chen (1995) referem que as adolescentes vêem os membros familiares, em especial as suas mães, como as mais importantes fontes de suporte. Note-se que, apesar deste facto, a influência familiar diminui na adolescência, e a eficácia de vários dos mecanismos de suporte também se modifica.

Os primeiros anos da adolescência (11-13 anos) são fulcrais para o desenvolvimento das relações e interacções entre os indivíduos e os seus ambientes sociais. No adolescente é operada uma mudança ao nível das interacções com o ambiente social, adquirindo maior mobilidade social e passando a poder controlar as interacções com os outros,

especialmente com os pares, sofrendo influência dos mesmos (pressão grupal dos pares). Estes, são os elementos com maior poder dentro da rede social de um adolescente, sendo também eles a sua maior fonte de suporte emocional, informacional e orientação, excedendo nesta fase os próprios pais (Fonseca, 2002).

Na adolescência o suporte social assume outros contornos. O adolescente começa a sentir a necessidade ou o desejo de uma relação mais significativa, íntima e sexualizada, geralmente com uma pessoa do sexo oposto, onde esse outro se torna numa das fontes mais importantes de suporte social se não a mais importante. Figueiredo (2000), refere que é fulcral ter em consideração o suporte social no que respeita à actividade sexual do adolescente, pela possibilidade deste minorar quaisquer efeitos adversos que dela possam advir. Os adolescentes usam-no como recurso para conseguirem lidar com o stress e para se ajustarem às céleres mudanças no seu ambiente (Wenz-Gross *et al.*, 1997).

Os estudos sobre suporte social tem focalizado a sua análise, quer na estrutura das relações sociais de suporte, quer nas diferentes funções que o mesmo desempenha. Os estudos que se baseiam nos aspectos estruturais das redes sociais analisam a existência, quantidade e propriedades das relações sociais que as pessoas mantêm, partindo do princípio que a existência de relações sociais é equivalente à obtenção de suporte das mesmas. Propriedades como o tamanho, a densidade, a reciprocidade e homogeneidade têm sido estudadas de forma a perceber que características estão associadas à qualidade de suporte social, assim como a sua relação com a saúde.

Numa perspectiva dinâmica, são os indivíduos exteriores à família que auxiliam o adolescente no processo de separação/individuação, permitindo-lhe ao mesmo tempo, manter os fortes laços vinculativos com os pais e alcançar a autonomia. No princípio da adolescência quando o indivíduo procura autonomia, intensificando as suas relações com os pares, só a família é capaz de atenuar o impacto negativo dos problemas dentro do grupo de pares (Wenz-Gross *et al.*, 1997).

Na literatura existente sobre os adolescentes, é sugerida a importância de observar as interacções fornecedoras de suporte social dentro de um determinado contexto de relações específicas (Cauce & Srebnik, 1990). No caso, interessa referir algumas das relações mais importantes que lhe conferem esse suporte: progenitores, irmãos, namorado(a), amigos, família, vizinhos, professores e colegas de escola.

Segundo Wellman (1992), a ligação entre os pais e o adolescente é a mais vinculativa de todas as relações íntimas e activas, conferindo altos níveis de suporte quer prático, quer emocional. Existe, no entanto, uma certa diferença ao nível das expectativas e da pressão nas relações estabelecidas no seio familiar. Entre as relações mãe/filha, quer a mãe quer a filha, esperam e tomam como certo uma da outra, um alto grau de suporte, que a não acontecer leva a queixas de ambas as partes, já na relação pai/filho, ambos os intervenientes esperam menos da relação, reduzindo desde logo a tensão na mesma.

O suporte na fratria é grande e mútuo, no entanto, inferior ao oferecido pelos pais. Existe uma variação importante no grau de suporte fornecido entre irmão, ou seja, irmãos mais íntimos beneficiam de um suporte mais alto, relativamente aqueles em que existe uma ténue ligação. No caso de existir mais do que um irmão, formam-se relações preferenciais de suporte (Wellman, 1992). O autor, sugere num dos seus estudos, que os laços entre irmãos são de alguma forma mais instrumentais do que os laços de amizade, dando estes últimos um maior suporte emocional.

Wellman (1992) refere um estudo de Welman & Wortley no qual verificaram que entre os familiares e outros membros da rede social os padrões de suporte fornecido divergiam. Muitos norte americanos e britânicos sentem que devem ter laços fortes com os seus familiares próximos (pais, irmãos e familiares por afinidade) e têm expectativas muito baixas relativamente ao suporte fornecido por familiares mais afastados.

Relativamente à relação com os professores, se estes forem acessíveis, são vistos como ajuda para a resolução de problemas e até mesmo para minorar alguns dos efeitos negativos dos conflitos sobre regras e restrições (Wenz-Gross *et al.*, 1997). Mas o suporte instrumental ou prático para a resolução de problemas relacionados com as regras impostas pelos professores aos alunos é, na maior parte das vezes, fornecido por adultos não pertencentes ao meio familiar, exceptuando naturalmente os professores.

Também Vaillant (1977), referido por Sarason, Levine, Bashman, & Sarason, (1983), descobriu que o ambiente familiar da primeira infância se encontra positivamente relacionado com a adaptação e com a ausência de desordens psiquiátricas na idade adulta. Mais uma vez, neste estudo, se destaca a importância de uma relação securizante e suportiva na criação de um invólucro protector que facilita a adaptação e protege a saúde mental do indivíduo na idade adulta. Sarason, Levine, Bashman, & Sarason, (1983), mostraram que a disponibilidade do suporte da família aumenta a

resistência das crianças face ao stress. Por outras palavras, a existência de comportamentos de suporte por parte da figura de vinculação ou por parte dos pais e da restante família nuclear favorecem a capacidade de tolerar o stress.

Os mesmos autores, referem também que a combinação de eventos stressantes da vida, um baixo nível de suporte social e experiências infantis adversas, são alguns indicadores a ter em conta na ocorrência de desajustamentos na idade adulta. O conjunto dos três factores citados, ao concorrerem para o desequilíbrio do indivíduo, pode implicar o seu desajustamento ao meio.

Face ao exposto, entendemos que tanto as redes sociais como o apoio social percebido têm um papel fundamental no desenvolvimento e bem-estar dos adolescentes (Helgeson, 2003). Torna-se assim importante conhecer a satisfação com o suporte social em adolescentes, tanto ao nível das relações familiares como das sociais, nomeadamente as estabelecidas no grupo de pares, uma vez que como referimos nesta etapa de desenvolvimento as relações de amizade desempenham um papel crucial no desenvolvimento afectivo e psicossocial.

Gaspar, Ribeiro, Leal & Matos (2008), efectuaram um estudo com uma amostra aleatória e representativa de crianças e adolescentes dos 5° e 7º anos de escolaridade nas cinco regiões de Portugal continental. O estudo envolveu um total de 3185 crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos. Os resultados evidenciaram que os participantes do sexo masculino apresentam uma média na dimensão necessidade de actividades ligadas ao suporte social (NASS) significativamente mais baixa do que a amostra do sexo feminino. No que concerne à variável idade, são os indivíduos da faixa etária inferior que apresentam valores superiores na dimensão satisfação com o suporte social (SSS) relativamente aos participantes com 12 ou mais anos. Na dimensão NASS invertem-se os papéis, ou seja, são os indivíduos da faixa etária superior que apresentam índices médios superiores neste factor da escala de satisfação com o suporte social (ESSS). Na variável, estatuto socioeconómico (ESSE), só foram verificadas diferenças significativas para a dimensão de NASS. É, então, possível constatar que os participantes com ESSE médio/alto apresentam valores maiores do que os participantes da amostra com ESSE baixo.

Num estudo desenvolvido por Cordeiro; Claudino & Arriaga (2006), um total de 262 adolescentes com uma idade média de 17,71 anos, verificou-se que os participantes do

grupo etário 16 - 18 anos apresentaram um valor médio de Suporte Social mais elevado do que os indivíduos do grupo etário 19 - 21 anos, no entanto, sem diferenças estatisticamente significativas. Os participantes do sexo masculino apresentaram um valor médio de Suporte Social mais elevado do que os indivíduos do sexo feminino, com diferença estatística significativa entre os sexos. Pensa-se que os participantes do sexo masculino apresentam maior percepção de suporte social pelo facto de se encontrarem mais envolvidos em actividades sociais e lúdicas, sendo-lhe dada de certa forma, mais liberdade. Os rapazes desprendem-se mais da família, criando laços mais fortes com o seu grupo de pares, exprimindo, de certa forma, o desejo sair do seu espaço familiar; já as raparigas procuram mais rapidamente a autonomia interna, e só mais tarde sentem a necessidade de exteriorizar esses sentimentos, criando laços fora do círculo familiar. Das dimensões do Suporte Social constatou-se que a dimensão Satisfação com a Amizade apresenta o valor médio mais elevado e que a dimensão Actividades Sociais apresenta um valor médio mais baixo.

Num estudo de Feitosa *et al.* (2005), os resultados mostram que quanto maiores as dificuldades de relacionamento com os pais (indicado por dificuldade de conversação) maiores as ocorrências de problemas de comportamento e mais baixos os indicadores de desempenho académico. Este estudo com adolescentes portugueses apresentou evidências de que o suporte social e o nível socioeconómico tendem a afectar o desempenho interpessoal e académico dos mesmos.

Num estudo com 35 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 11 e 16 anos e tendo por objectivo investigar a percepção de adolescentes institucionalizados relativamente à sua rede de apoio social e afectivo, tendo em vista as mudanças nos relacionamentos, decorrentes da situação de institucionalização, verificou-se que a principal fonte de apoio foi representada pelos adultos, especialmente os familiares e os monitores dos abrigos, e que o principal tipo de apoio percebido foi o instrumental. Também foram observadas diferenças entre os sexos na percepção das redes de apoio, (Siqueira, Betts, & Dell'Aglio, 2006).

O apoio social referido pelos adolescentes também parece diminuir a probabilidade de ocorrência da iniciação sexual na faixa etária dos 15-16 anos. Um estudo desenvolvido por Valle, Røysamb, Sundby, & Klepp (2009), salientou que as variáveis imagem corporal e apoio social necessitam ser melhor compreendidas relativamente à sexualidade adolescente em diferentes contextos sociais e culturais.

Apesar da atitude de ambivalência em que vivem, os adolescentes sentem, muitas vezes que os adultos, principalmente os pais podem ser uma grande ajuda, visto que funcionam como recursos ao estarem disponíveis nos momentos mais difíceis. Na opinião de alguns adolescentes, quando os pais têm uma relação próxima com os filhos e conseguem estabelecer uma comunicação positiva são mais importantes que os amigos. "*Se calhar vocês acham os amigos são mais importantes que a família porque não falam com os vossos pais. Eu tenho à-vontade para falar com eles e com os amigos, mas gosto mais de falar com os meus pais*". "*A opinião dos pais é sempre um bocado mais madura mas depende também da forma como eles fazem... se eles nos dizem: não faças isto e aquilo ou proíbem, isso é péssimo.*". Dias, Matos & Gonçalves (2007, p.630)

No mesmo estudo, podemos verificar que a maioria dos adolescentes considera os pares como uma fonte confortável e bastante acessível de informação e de suporte, permitindo-lhes sentirem-se mais à vontade para trocar ideias, ouvir conselhos e opiniões e esclarecer dúvidas. "*Eu a conversar com as minhas amigas, já tirei muitas informações e fiquei a saber coisas que nem sequer sabia. Os amigos são a forma mais fácil de obtermos informação sobre isso…*"; "*Nem todos têm a abertura para falar com os pais. Com os amigos falamos abertamente, dão-nos conselhos, trocamos ideias. Contamos as nossas coisas, não temos tabus. Vai-se sabendo novas coisas, diferentes experiências, cada um tem a sua e podemos aprender com os outros a ver como é que podemos tomar as decisões.*" (p.629).

Sexualidade na adolescência

Desde o inicio da humanidade que a sexualidade, e o erotismo são estudados, tal facto é comprovado por relatos históricos. Nas civilizações Romanas, a sexualidade era envolta em liberalismo de costumes, com o Cristianismo, passou a ser regida por normas rígidas de abstinência sexual, que na Idade Média pela influência que a peste trouxe à demografia, levou ao retorno da liberalização das práticas sexuais (Cano, Ferriani & Gomes, 2000; Sá, 2002). A partir do séc. XIX surgem as primeiras abordagens da sexualidade ligadas a áreas científicas, como a psicanálise e a antropologia, enquadrando-a como uma componente do desenvolvimento humano (Antunes, 2007). No entanto, só nas sociedades contemporâneas se desenvolveu o conceito de sexualidade,

a par da maior necessidade de difusão de informação neste âmbito. Assim, a sexualidade humana deixou de ser vista através de uma perspectiva exclusivamente ligada à genitalidade e aos instintos biológicos, passando a integrar uma perspectiva holística, com dimensões biológica, cognitiva, sócio-cultutal, relacional e ética (López & Fuertes, 1999; Zapiain, Ubaceta & Fernández, 2000).

Um dos primeiros autores a reconhecer a importância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento da sexualidade foi Freud (1966). Para o autor, a evolução da psicossexualidade faz-se por estádios, correspondendo os mesmos a diferentes zonas erógenas. Desta forma, a sexualidade está integrada no nosso desenvolvimento desde o nascimento. Fonseca (2002, p.82), também refere que *"A relação mãe-bebé é o primórdio da construção da sexualidade"*, constituindo a primeira relação amorosa. Durante a infância há toda uma sexualidade deserotizada, que sofre posteriormente influência de factores hormonais, familiares, culturais e sociais.

Assim, a sexualidade estando presente desde o nascimento, não se reduz apenas à capacidade reprodutiva, indo para além desta, manifestando-se nas relações interpessoais, na vida social e afectiva, nos papéis sexuais e nos estereótipos ligados ao género ou opção sexual (Ribeiro, 2004).

O desenvolvimento do individuo integra dimensões como o corpo, a cognição e a afectividade. O bom desenvolvimento de capacidades interligadas a sentimentos, emoções e atitudes, é promotor de uma verdadeira formação humana. É consensual que a adolescência é um processo feito de avanços e recuos, estando presentes experiencias de dar e receber, em que desejos, impulsos e frustrações fazem parte do percurso, onde a sexualidade na adolescência se relaciona com a infância. Sampaio (2006, p.134), neste âmbito afirma *"O percurso adolescente nesta área depende, em grande parte, da forma como foram dados, em anteriores fases de desenvolvimento, os passos para a evolução da sexualidade infantil".*

É indiscutível que todos vivemos a sexualidade desde que nascemos, cada um de forma diferente, com sensações, emoções, sentimentos, decisões e ritmos diferentes. Esta é influenciada pelos modelos educativos, contextos de vida imediatos, como sejam a família e as relações sociais mais próximas e o contexto cultural envolvente, mediatizado pelos *media*. Assim, os comportamentos, os desejos e os sentimentos têm uma ligação

directa com a forma como as relações de género estão organizadas na sociedade, ou seja, a sexualidade humana é tecida nas malhas da cultura.

A afectividade fazendo parte integrante da sexualidade, faz-nos reflectir que a formação nestes domínios possibilita a vivencia da afectividade e da sexualidade adulta de forma consciente, responsável e equilibrada, promovendo qualidade existencial e contribuindo para a formação da personalidade. Como refere Bastos (2001, p. 15), "…*educação para o amor como dom de si, constitui uma premissa indispensável para uma clara e dedicada educação da sexualidade, perante uma cultura que banaliza, reduz e empobrece, relacionando-a unicamente com o «corpo físico» e o prazer egoísta que «usa o outro» nas relações."*

Partindo do conceito de sexualidade humana, "*uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental"* (Vaz, 1996; Frade *et al.*, 2001; Bastos, 2003), entendemos que, fruto das transformações psicológicas, biológicas e sociais que ocorrem na adolescência, a sexualidade enquanto processo de desenvolvimento assume uma posição de destaque na vida do adolescente.

Assim, a sexualidade na adolescência deve ser entendida como parte integrante do processo de desenvolvimento da personalidade. A sexualidade estando presente desde a concepção, apenas na adolescência leva o indivíduo a definir a sua conduta na área da genitalidade, imergindo as funções sexuais do adulto.

Diferençamos genitalidade de sexualidade. A genitalidade, refere-se apenas aos órgãos genitais, localização última das satisfações eróticas na adolescência e na vida adulta e ao acto sexual. Enquanto que sexualidade inclui dentre outros, os aspectos afectivos, eróticos e amorosos, relacionados com a história de vida e valores culturais, constituindo a identidade de género, o papel de género ou papel sexual e a orientação sexual, os três componentes da Identidade Sexual.

Para a autora, sendo esboçada desde os primeiros tempos de vida é na adolescência que a identidade sexual é definida, compreendendo a interacção com os pais, os factores morais, culturais, religiosos, dentre outros. Os componentes da identidade sexual são: a identidade de género (convicção íntima de cada um quanto ao sexo a que pertence,

independentemente da forma do corpo); papel de género (expressão da feminilidade ou masculinidade de cada um, de acordo com as normas sociais estabelecidas, ou seja, reporta-se ao desempenho do comportamento de acordo com o sexo biológico) e por último a orientação sexual (preferência do individuo para estabelecer vínculos eróticos).

Ao abordar a sexualidade e as relações afectivas na adolescência, Nodin (2001) diz que o processo da descoberta de si próprio e do outro enquanto objecto de desejo, entra na adolescência numa nova fase. A presença de um corpo maduro e um estatuto social provavelmente ganho com a maioridade, vai possibilitar uma exploração da sexualidade de forma até aí não possível. Como consequência, as exigências dos outros (família, amigos e sociedade em geral) face ao comportamento adolescente, também passam a ser maiores. O autor relembra que na actualidade estas expectativas continuam a ser distintas, para cada um dos sexos, apesar das transformações que o papel de género tem vindo a sofrer na nossa sociedade.

Contemporaneamente, a realidade biológica e social mantém o conceito de duplo-padrão sexual, aspecto introduzido primariamente por Reiss (1960, 1967). Na opinião de Alves (2006), este conceito discrimina as atitudes e comportamentos sexuais de mulheres e homens. Para o autor a tipologia de padrões sexuais pré-matrimoniais incluíam a abstinência, o duplo-padrão clássico e condicional e os padrões singulares, sexo com afecto e sexo sem afecto. Mais tarde, nos anos 60 e 70 e na sociedade ocidental, este padrão sofreu alguma alteração, ou seja, as relações sexuais pré-matrimoniais eram permitidas às mulheres, se vividas no quadro de uma relação estável e emocionalmente significativa. Nodin (2001) a este respeito, refere que *"este duplo padrão verifica-se sistematicamente nos diversos estudos relativos às práticas sexuais que se encontram disponíveis…".* Entende-se que fruto deste duplo padrão, o diálogo entre filhos e progenitores por vezes ainda seja encarado de forma diferente mediante o adolescente seja do sexo feminino ou masculino.

Podemos dizer que a formação científica relacionada com educação sexual não está separada, de forma estanque, da formação pessoal e social. Neste sentido, Vaz (1996, p.15), refere que "a consciencialização do processo de aprendizagem sexual por cada um de nós coincide muitas vezes com a vivência e percepção das limitações do modelo de sexualidade dominante, em que se constata, ainda hoje e apesar de múltiplas contradições, a predominância de perspectivas de carácter tradicional". Assim, a sexualidade aprende-se tal como outras áreas do desenvolvimento através de

informações e reforços do comportamento (prémios e punições) proporcionados pelos agentes educativos e pela observação de modelos (comportamentos e atitudes), especialmente dos transmitidos por pessoas emocionalmente significativas.

A educação da afectividade como base estruturante da educação sexual dá aos jovens, a possibilidade de uma vida adulta consciente, responsável, estável e equilibrada afectivamente, na qual o desenvolvimento afectivo é essencial para o processo formativo. Os adolescentes, devem compreender que crescer implica mudanças não só no corpo, mas também mudanças na mentalidade e na maneira de ser e estar na vida, onde os comportamentos de experimentação, incluindo os de índole sexual, que conduzem à consolidação de sentimentos, atitudes e valores pessoais face a atitudes afectivas e sexuais estão presentes (Bastos, 2003). Como refere Sá (2002), um "clima sexual" aparentemente aceitável e não punível pelos adultos, trouxe consigo a preocupação com a sexualidade dos adolescentes.

Vilar (2003), neste âmbito, refere que as relações entre progenitores e adolescentes têm revelado a sua diversidade. Diz mesmo *"entre os factores que contribuem para este processo de diferenciação aparecem dois fundamentais: a questão do género e a questão dos estilos educativos e relacionais." (p.70).* O autor, ao proceder à revisão do estado da arte neste domínio, encontra plasmado que as esposas tendem a ser mais expressivas e afectivas que os maridos, sendo que às mulheres cabe principalmente a gestão da intimidade quer no seio do casal, quer no da família, envolvendo-se estas mais nas tarefas do quotidiano dos seus filhos. Na adolescência, os pais, tornam-se mais directivos do que as mães, sendo percepcionados pelos filhos como mais autoritários e poderosos, enquanto que as mães são encaradas como mais simpáticas, dando resposta aos seus pedidos.

O mesmo autor salienta estudos com o mesmo cunho, nomeadamente os de Marks & McLanaham (1993) e os de Armstrong (1995). Outros estudos corroboram os resultados apresentados, dos quais passamos a fazer alusão a conclusões encontradas: as filhas comunicam mais com os progenitores do que os filhos, falando ambos mais com a mãe, por considerarem mais positiva esta comunicação, no entanto apontam a existência de mais conflitos pelo facto da relação ser mais intima e intensa.

Assim, a interiorização dos papéis, especificamente de cariz afectivo, os estereótipos de género, e a abertura comunicativa, faz com que se estabeleçam elos de comunicação

mais intensos entre as mães e as filhas. Por seu lado, as características inerentes à identidade do género masculino, menos expressivos no plano afectivo e íntimo, com maior tomada de decisão, levam à possibilidade de menor comunicação entre filhos e progenitores.

Entre os adolescentes, o diálogo é fácil, uma vez que se sentem entre iguais. Estes, têm terminologia específica, são as fontes inesgotáveis das "gírias". É no grupo de amigos que se sentem independentes, submetendo-se voluntariamente às regras do grupo. E é dentro deste contexto que surge a questão da genitalidade. Dentro dos factores que estimulam o início da actividade sexual, temos os biológicos (onde as hormonas progesterona, estrogénio e progesterona, favorecem alteração de comportamento) e o psicossocial, representado pela ideia de conquista do outro, no qual a percepção varia de acordo com o género. Enquanto as raparigas para seduzir, procuram alcançar o ideal cultural de beleza feminina, conquistar e ter o outro ao seu lado, os rapazes ambicionam ser fortes e dominadores, para persuadir as raparigas a terem uma relação sexual (Pereira, Fanelli, Pereira & Rios, 2007).

Para os autores citados, socialmente e culturalmente, a mulher sofre uma repressão negativa e o homem uma repressão positiva. Na actualidade, embora não com a mesma intensidade, é esperado que uma mulher seja recatada, desempenhando adequadamente os papéis inerentes ao género feminino. Já o homem deve confirmar a sua posição de macho viril e forte, desempenhando um papel dominador, provedor e protector. Ele tem que estar pronto a resolver problemas racionalmente, sem falhas, evitando ao máximo demonstrar sensibilidade medo ou temores.

Provavelmente, uma das inovações, no que concerne às formas de possibilidade de relacionamento afectivo e sexual, foi o aparecimento do conceito *ficar*. Este termo implica uma alternativa mais flexível do que o *namoro*. Gonçalves (2001), refere que *ficar* é uma experiência de estar com o outro, trocar carícias, intimidades, descobertas e sensações sobre o corpo e sobre si mesmo, onde os limites do *ficar* são determinados pelo casal, não existido compromisso. Segundo o autor, esta nova realidade pode ser entendida como um desencanto dos adolescentes para com os modelos tradicionais que convergem para o casamento, ou pelo contrário pode estar a reflectir as formas actuais de produção e consumo.

De acordo com o género, o *ficar* pode ter significados diferentes. Se um rapaz *fica* com várias raparigas, seguramente encontramos uma valorização positiva, bem retratados nos ditados populares, por exemplo, "caiu na rede é peixe!". Contudo, para as raparigas a variação de parceiros transporta um valor negativo (Pereira, Fanelli, Pereira & Rios, 2007). Na Pesquisa Nacional Violência, Aids e Drogas nas Escolas, realizada pela Unesco em 2001, foi pedido aos adolescentes que assinalassem as frases com as quais concordavam. Na sua maioria, as raparigas referem gostar de *namorar* e os rapazes de *ficar.*

A problemática associada à educação para a sexualidade e afectos é de uma forma geral constante. Por um lado, existe a ideia generalizada da sua necessidade a nível teórico, no entanto, na prática permanecem incertezas e algumas divergências, quer relativamente às pessoas que deveriam assumir a responsabilidade educacional, quer em relação aos conteúdos e metodologias a implementar nos projectos e programas neste âmbito. Na adolescência, é importante que os pais, os professores e os profissionais de saúde, enquanto actores das relações interpessoais do adolescente, interajam em rede, no sentido de contribuir para o desenvolvimento saudável da sexualidade.

Atitudes face à sexualidade na adolescência

A sexualidade influencia sentimentos, comportamentos e interacções, assim como as atitudes pessoais e as crenças no que respeita a aspectos específicos desta. Nodin (2001, p.13), diz que *"a sexualidade tem progressivamente vindo a tornar-se numa das áreas chave para a compreensão dos diversos fenómenos que ocorrem no tecido social e das transformações que marcaram o século XX*."

Na adolescência pelas alterações sociopsicológicas inerentes ao desenvolvimento, imergem os comportamentos de risco, como por exemplo não ponderar a escolha de um acto mais seguro, nem procurar adequadamente os meios de informação. Estes comportamentos manifestam-se mais intensamente e com atitudes específicas de maior incidência nos rapazes do que nas raparigas (Braconnier, 2006).

As atitudes dos indivíduos são um aspecto importante a ter em conta quer a nível individual e interpessoal, quer a nível social e político, pelo que se considera fundamental desenvolver algum conhecimento sobre este constructo.

A palavra atitude tem origem latina e congrega dois termos, *actus* que significa acto ou acção e *aptitudo* que designa aptidão. Neste contexto Neto (1998, p.133) define atitude como uma "disposição natural para realizar determinadas tarefas". Para Myers (1999, p.387) "são as convicções e sentimentos que predispõem as nossas reacções a objectos, pessoas ou eventos." Na opinião de Lopéz & Fuertes (1999), são predisposições para avaliar favorável ou desfavoravelmente os objectos, levando o indivíduo a comportar-se de determinada maneira.

Quanto à predisposição, podem distinguir-se pedagogicamente, opiniões (ideias ou crenças relacionadas com questões discutíveis), sentimentos e tendências. Assim, para Imperatori (1999) a atitude reflecte-se na conduta, sentimentos ou opiniões do indivíduo.

Para definir atitude, Lima (1997), propõe de acordo com o modelo tripartido clássico proposto por Rosenborg e Holand em 1960, a especificação de três categorias de respostas observáveis directamente e resultados das atitudes. Deste imergem três componentes interligadas: a cognitiva, a afectiva e a comportamental. A autora, considerada a componente cognitiva o pilar na formação das atitudes, pois que sendo construída a partir da percepção, inclui ideias, crenças, mitos e opiniões, tem como efeito a formação de atitudes mais estáveis e duradouras, no entanto, existem situações que exigem um posicionamento sem experiencia directa, como é o caso do aborto, da homossexualidade, das relações pré-matrimoniais, das infecções transmitidas sexualmente entre outras. Nestes casos, a informação relacionada com a atitude é obtida de forma indirecta. Lopéz & Fuertes (1991) salientam que a dimensão cognitiva surge concomitantemente com sentimentos associados, sendo estes acompanhados de opiniões.

A componente afectiva reporta-se aos sentimentos subjectivos e às respostas fisiológicas que acompanham a atitude, assim, inclui os afectos e as emoções. Na opinião de Rosenberg citado por Rodrigues (1992, p.347), as componentes afectiva e cognitiva tendem a ser congruentes, uma vez que, "(…) a destruição da congruência afectiva/cognitiva … põe em movimento processos de restauração da congruência os

quais, sob circunstâncias conduzirão a uma reorganização atitudinal através de uma mudança complementar no componente não alterado previamente."

A componente comportamental, será o processo mental e físico que prepara o indivíduo para agir de determinada maneira. Rodrigues (1992) faz alusão à opinião de Newcomb na qual, os comportamentos são igualmente coerentes com as cognições e com os afectos relativos aos objectos das atitudes.

Para este autor as atitudes sociais criam um estado de predisposição à acção, que quando combinado com uma situação específica desencadeante, resulta em comportamento. Apesar de as atitudes poderem ser consideradas boas preditoras de um comportamento manifesto, nem sempre isso se verifica. Os comportamentos são muitas vezes determinados por forças situacionais, por aquilo que o sujeito gostaria de fazer, ou pelo que acha que deve fazer, em virtude das normas sociais e das consequências reais das suas acções.

Em 1988, Zanna & Renpel apresentam o modelo tripartido revisto, e definem atitude como uma categorização de um objecto-estimulo ao longo de uma dimensão avaliativa (Neto, 1998). Neste modelo, a atitude é um julgamento que exprime um grau de atracção ou aversão, ou seja, é efectuada uma avaliação que se fundamenta em três informações: cognitiva, afectiva e baseada no comportamento passado.

Inferir do exposto que as atitudes são influenciadas não só pelas pessoas mais significativas, como pelos que convivem diariamente com o sujeito da acção e ainda pelas diversas experiências vividas pelo próprio. Neto (1988), acrescenta que as atitudes sofrem também influencia dos meios de comunicação social.

Sendo as atitudes um produto cognitivo tão comum, torna-se pertinente questionar a finalidade das mesmas. A resposta a esta questão tem sido encontrada nas funções motivacionais, nas funções cognitivas, nas funções que destacam o papel de orientação para a acção e ainda nas que revelam as funções sociais das atitudes.

Relativamente às funções motivacionais, Lima (1997) apresenta apenas aspectos individuais, não permitindo a predisposição de resposta a nível mais geral. Quanto às funções cognitivas das atitudes, recentemente tem sido salientada a sua ligação à forma como tais atitudes influenciam a maneira de transmitir a informação. A influência da postura dos outros acerca de estímulos ambíguos ou estruturados, tem-se revelado

importante na formação de opiniões. Relativamente às funções sociais, sabe-se que as atitudes se referem a experiencias subjectivas tendo um carácter aprendido.

A diversidade de análise em torno das atitudes não deve ser encarada como um processo instável, uma vez que estas não surgem num vazio social, pelo contrário, são fruto de uma interacção social, de processos de comparação, identificação e diferenciação social, permitindo situar a postura do indivíduo face à do outro em determinado momento. Assim, é fácil encontrar semelhanças nas atitudes dos indivíduos que pertencem ao mesmo grupo social, sendo que estas não são estanques, modificando-se ao longo do ciclo vital e em diferentes contextos. Elas condicionam o uso que fazemos da informação, os sentimentos e as condutas, funcionando como um filtro de atenção e percepção.

A expressão da sexualidade, continua a ser uma realidade social que envolve polémicas e contradições, uma vez que está muitas vezes sujeita a influências contraditórias. Se por um lado o impulso sexual é fonte de motivação, levando à procura e realização de determinadas condutas, por outro, o sistema de crenças interiorizado na sociedade limita a legitimidade dessas condutas (Lopez & Fuertes, 1991).

Subjacente à construção social da sexualidade, encontramos a perspectiva construcionista social que valoriza os contextos sociais e culturais em que a sexualidade ocorre (Tiefer, 2000). Esta, não entende a sexualidade como um fenómeno universal ou como uma expressão natural, mas sim, como um sistema de significados organizador das interacções. Desta forma, a sexualidade é pejada das peculiaridades da sociedade local e do modo como esta define expectativas e oportunidades.

Esta perspectiva, reforça a atenção para o modo como por exemplo, os meios de comunicação social e as autoridades científicas, fomentam construções em torno da sexualidade, definindo como a sexualidade está relacionada com o casamento, qual o período etário de maior actividade sexual, quais as condições sociais que implicam a sexualidade como uma questão sanitária e o que é esperado de mulheres e homens em termos sexuais (Travis & White, 2000; Tiefer, 2000).

Miguel (1994), considera que as diferenças na atitude e comportamento sexual em raparigas e rapazes, se deve não apenas às diferenças biológicas, mas também às consequências dos critérios utilizados na educação afectiva e sexual, levando a que uns e outros tenham atitudes e comportamentos diferentes. Ainda se tratam os rapazes e as

raparigas de forma diferente, embora a tomada de consciência dessa discriminação seja um passo importante para a mudança.

A sexualidade é uma realidade construída socialmente, indistinta e em constante reajustamento, tornando pertinente a análise do concepto de duplo padrão sexual. Como referido anteriormente, este assume que homens e mulheres têm comportamentos distintos quanto às práticas sexuais (Crawford & Popp, 2003) e motivações diferentes para a vida sexual e amorosa (Impett & Peplau, 2003). Os estudos conduzidos a partir dos anos 60 por (Reiss, 1967) apontam para uma maior permissividade sexual no sexo masculino relativamente à necessidade de "pureza sexual" para a mulher.

No entanto, apesar de algumas excepções a abstinência sexual antes do casamento é rara nos países ocidentais. Na opinião de Rosa (1998), os tempos mudaram e os namoros também, assim como a expressão física da manifestação de afecto, amor e paixão. Segundo a autora, é um dado perfeitamente aceite na actualidade, que raramente alguém seja virgem até ao casamento. No entanto, quanto mais informados estão os adolescentes, mais tarde se iniciam sexualmente, sem descurarem o uso do preservativo, com o objectivo de se protegerem de uma gravidez indesejada e de infecções transmitidas sexualmente, principalmente da SIDA.

Também estudos em vários pontos do mundo revelam que são os adolescentes menos esclarecidos que iniciam a vida sexual precocemente adoptando comportamentos mais promíscuos. Estudos realizados pelo Instituto Nacional de Estatística denotam que os rapazes se iniciam sexualmente primeiro que as raparigas, sem alteração significativa da idade da primeira relação sexual (Nodin, 2001). Os adolescentes são conduzidos para uma nova ética sexual, mais liberal do que nas gerações precedentes, baseando-se nos pressupostos da realização pessoal, dos direitos privados e das iniciativas individuais.

Nesta nova ética, experimentalista, há lugar para ligações fugazes e românticas, experiencias pré-matrimoniais e coabitacionais, relações heterossexuais precoces, sendo observável uma relativa tolerância a diversas formas de sexualidade.

Quando se fala de atitudes face à sexualidade é habitual distinguirem-se dois grandes grupos, ou seja, os que têm atitudes conservadoras e os que têm atitudes liberais. Esta distinção tem um valor pedagógico e refere-se ao extremo em que se encontra a maioria dos indivíduos, podendo verificar-se que cada um tenha uma atitude liberal numa

determinada situação e conservadora noutra. Normalmente os adolescentes são mais liberais que os adultos (Lopéz & Fuertes, 1991).

Para os mesmos autores, na vertente conservadora, a sexualidade é vista com o fim da reprodução. Desta forma, os adolescentes que adoptam esta atitude, assumem posições vincadas sobre temáticas socialmente polémicos como é o caso do divórcio, das relações sexuais antes do casamento, utilização de métodos anticonceptivos, aborto, homossexualidade, entre outros. A vertente liberal, é adoptada por aqueles que aceitam bem a sexualidade integrada num sistema de valores coerente, sendo esta entendida como uma importante dimensão humana, quando integrada num sistema de relações afectivas estáveis. A vivência da sexualidade não é entendida de um modo tão redutor como na perspectiva anterior, sendo encarada de forma mais abrangente, onde está incluído o prazer, a comunicação e o afecto. No que concerne aos temas polémicos anteriormente mencionados, os adolescentes mostram-se sensíveis a uma maior liberalização das leis e costumes sociais.

A atitude liberal pode ainda subdividir-se em individualista ou aberta. Na atitude individualista, os adolescentes interiorizam e aplicam no campo sexual os princípios mais radicais do liberalismo. Por sua vez, os que adoptam uma atitude mais aberta, aceitam a sexualidade como uma dimensão humana positiva, estando abertos mentalmente, afectivamente e socialmente a viver a sexualidade e a aceitar que os outros a vivam também, mesmo que de uma forma diferente da sua.

Podemos dizer que as atitudes face à sexualidade são uma predisposição a dar opinião, sentir e actuar perante objectos sexuais, situações, pessoas diferentes, normas ou costumes sociais e condutas sexuais. A promoção de atitudes sexuais consideradas adequadas e a modificação daquelas que podem não ser saudáveis constitui um dos objectivos da educação sexual.

O Ministério da Educação (2000, p.79), preconiza que a nível do 2º e 3º ciclos de escolaridade se desenvolvam as seguintes atitudes:

“ aceitação das mudanças fisiológicas e emocionais próprias da sua idade; de aceitação da diversidade dos comportamentos sexuais ao longo da vida; de reflexão e de crítica face aos papéis esteriotipados atribuídos socialmente a homens e mulheres, de reconhecimento da importância dos sentimentos e da afectividade na vivência da sexualidade; de aceitação dos diferentes comportamentos e orientações sexuais; de

prevenção face a riscos para a saúde, nomeadamente na esfera sexual e reprodutiva; de aceitação do direito de cada pessoa decidir sobre o seu próprio corpo".

Para promover atitudes sexuais consideradas adequadas é necessário não esquecer que todas as pessoas têm direito a ter o seu próprio sistema de crenças e atitudes, sendo assim imprescindível que a pessoa esteja disposta a mudar. Quando se fala de intervenções em grupos há que ter em consideração as diferenças individuais. No entanto, não é fácil definir conteúdos atitudinais mais adequados e o grau de diversidade benéfica.

Uma última dificuldade na modificação de atitudes consiste em conseguir que estas mudanças sejam eficazes e persistentes. Desta forma, pretende-se promover atitudes que se baseiem em sistemas de crenças sexofílicas com um discurso positivo da dimensão sexual; encontrando um sistema de crenças aberto; desenvolvendo tolerância, salvo face a condutas que atentem contra a liberdade sexual (abusos, agressões e outros), e preservando os princípios básicos de ética relacional (López, 2005).

O mesmo autor, refere ainda algumas estratégias que se podem adoptar para promover a mudança atitudinal nos adolescentes, são elas o conhecimento das próprias atitudes; a substituição de crenças erróneas por conhecimentos científicos; o aumento do conhecimento das atitudes dos outros; o enriquecimento da comunicação sobre conteúdos sexuais; propor leituras e filmes de conteúdo sexual que cumpram as condições atitudinais desejadas; a utilização do *roll-play* para demonstrar condutas adequadas em situações simuladas e ainda incentivar os alunos a participar na elaboração dos argumentos que fundamentem a postura considerada adequada e envolve-los na sua defesa pública; não fazendo da sua própria atitude ou história sexual a referência educativa básica.

A promoção de atitudes sexuais saudáveis entre outras coisas passa por transmitir aos adolescentes a importância de iniciar relações sexuais num ambiente de afectividade, responsabilidade e maturidade, evitando assim consequências indesejáveis para a saúde e com implicações no normal desenvolvimento. Neste sentido, importa verificar o que nos referem as investigações relativamente à sexualidade adolescente. Será o contexto de afectividade e conhecimento face à sexualidade o que impera no inicio da vida sexual na adolescência?

A nível mundial, encontramos os adolescentes como um grupo especialmente vulnerável em termos de saúde sexual (FNUAP, 2005; Matos *et al*., 2003). Vários são os estudos, realizados no âmbito dos comportamentos e atitudes sexuais, que consideram os adolescentes como um grupo prioritário de intervenção (Almeida *et al*., 1996; Nodin, 2001; Matos *et al.*, 2006) pelo facto de o inicio da actividade sexual ser cada vez mais precoce (Lindsay, Smith & Rosenthal, 1997; Nodin, 2001; Matos *et al.*, 2006), duração dos relacionamentos, existência de parceiros ocasionais e ao uso inconsistente dos métodos contraceptivos (Beadnell *et al*., 2005; Brook *et al*., 2006).

Pela análise do Inquérito à Fecundidade e Família (Magalhães, Carrilho & Leite, 2001) podemos verificar que os adolescentes da maioria dos países europeus em geral e especificamente os de Portugal, iniciam cada vez mais cedo a actividade sexual. Esta nova forma de viver a sexualidade é visível sobretudo nas raparigas. Confirmando-se a ideia de que, tradicionalmente os rapazes têm a sua primeira relação sexual mais cedo que as raparigas, a idade média da primeira relação sexual nos rapazes tem-se mantido relativamente estável.

Um inquérito, realizado a 9390 participantes, demonstrou que a idade média da primeira relação sexual é nos rapazes 17,4 anos e nas raparigas 19,8 anos (Magalhães, Carrilho & Leite, 2001).

Eaton *et al.* (2005), no estudo "Youth Risk Behavior Surveillance" realizado em escolas secundárias dos Estados Unidos verificaram que 14.3% dos adolescentes afirmaram ter tido quatro ou mais parceiros na sua vida sexual, com uma percentagem de rapazes (16.5%) superior à das raparigas (12%). Em 2005, Sieverding *et al.* analisaram os resultados de um programa sobre educação para a saúde na Califórnia (São Francisco), para adolescentes sexualmente activos, com idades entre os 12 e os 22 anos, e verificaram que 63% tinham tido dois ou mais parceiros sexuais, 47% não tinham usado preservativo e 18% tinham tido pelo menos uma infecção sexual.

Num estudo colaborativo realizado pelo Health Behaviour in School-aged Children, no qual Portugal foi parceiro, integrando no estudo uma amostra de 3634 adolescentes portugueses, a frequentar os 8.º e 10.º anos de escolaridade, verificou-se que 23,7% dos adolescentes referiu já ter tido relações sexuais, sendo a percentagem de rapazes 33,3% superior à das raparigas (15%) com uma idade média da primeira relação sexual os 13 anos ou mais tarde (56,8%), observando-se que os rapazes iniciaram a vida sexual, entre

os 12 e 13 anos (29,5%) e as raparigas iniciaram-na aos 13 anos ou mais tarde (79,3%) (Matos *et al*., 2003).

Nodin (2001), num estudo português sobre sexualidade adolescente, constituído por uma amostra de 1402 adolescentes com idades entre os 18 e os 25 anos, verificou que 42.7% dos rapazes e 6.2% das raparigas referem ter parceiros ocasionais.

Matos *et al.,* num estudo realizado em 2006, concluíram que 31,5% dos adolescentes estudados acreditam ser o rapaz a tomar a iniciativa quando têm relações sexuais, apenas 1,8% diz ser a rapariga. Dos inquiridos 57,2% diz serem os dois que decidem qual a altura de iniciar a vida sexual. No entanto, 7% acredita que os adolescentes têm relações sexuais porque um deles insiste. 49.9% dos participantes em estudo crêem que os adolescentes têm a sua primeira relação sexual por estarem muito apaixonados (a iguais resultados chegaram Camargo & Botelho (2007) tendo encontrado o namoro como o contexto predominante onde ocorrem as relações sexuais, com resultados estatisticamente significativos. Outros aspectos referidos foram o querer experimentar 53,4%, ou ainda o facto de já namorarem há muito tempo 28,6%. É de salientar, que 50,1% não considera necessário estar muito apaixonado, como motivo para iniciar as relações sexuais.

Num estudo desenvolvido por Vilar & Ferreira (2008) sobre a educação sexual dos adolescentes portugueses, verificaram que 66% ainda não tinha iniciado a vida sexual pelo facto de ainda não ter encontrado o parceiro ideal; 86% das raparigas disseram ter tido a sua primeira vez com o namorado, 64% dos rapazes com as namoradas e 21% com as amigas. 6,5% dos adolescentes declararam terem tido relações sexuais por se sentirem pressionados. Entre os adolescentes com experiência de relações sexuais, 43% namoravam na actualidade. Destes 41% iniciaram relações sexuais menos de um mês depois de terem iniciado o namoro. Vidal & Ribeiro em 2008, verificaram que as raparigas acreditam que o que chamam de “amor” deve ser condição essencial para que ocorram relações sexuais, já para os rapazes esta não parece ser uma condição.

Nos estudos desenvolvidos por Alferes, 1997 e Vasconcelos, 1998, verificaram que os rapazes iniciam mais cedo a sua vida sexual e têm ou esperam vir a ter mais parceiras sexuais do que as raparigas, sendo a taxa de virgindade é mais acentuada nestas últimas.

Roque (2001) constatou que os rapazes iniciam as relações sexuais mais cedo com parceiras com a mesma idade, enquanto que as raparigas fazem a sua iniciação sexual aproximadamente um anos mais tarde e só o fazem quando referem estar apaixonadas, sendo os seus parceiros normalmente mais velhos. Esta autora estudou também as atitudes sexuais e verificou que os rapazes se consideram mais permissivos do que as raparigas valorizando a instrumentalidade.

Uma investigação mais recente corrobora os dados anteriores, referindo o facto de os adolescentes do sexo masculino iniciarem, em média, a sua vida sexual mais cedo e possuírem maior número de parceiros/as sexuais do que os do sexo feminino. Daqueles que já iniciaram a actividade sexual, verifica-se que para a maioria dos rapazes este início ocorreu antes dos 16 anos (33.6%), enquanto que para o sexo feminino o mesmo foi já depois dos 16 anos (11.4%). Portugal é o país onde a diferença entre os sexos, quanto ao início da actividade sexual, é mais acentuada (Monteiro & Raposo, 2005).

Relativamente ao duplo padrão moral e quanto à permissividade sexual, no que se refere ao que é sexualmente permitido e proibido às raparigas encontramos uma linha bastante ténue. Por exemplo, no ensino secundário, uma aluna pode ser considerada "fácil" por usar maquilhagem em excesso, tomar a iniciativa de falar com rapazes ou usar tampões durante o período menstrual (Crawford & Popp, 2003). Da mesma forma, demonstrar abertura face à sexualidade e alguma assertividade, usar roupa sensual e maquilhagem ostensiva foram também aspectos identificados como comportamentos promíscuos (Eder, Evans & Parker, 1995; Bettie, 2003).

Parece-nos que o duplo padrão heterossexual se mantêm na actualidade, só que mais contextualizado relativamente ao passado. O que separa o adequado do desadequado é local e individualmente construído, utilizando cada rapariga, este limite para orientar o seu comportamento (Thompson, 1995, Martin, 1996;).

Outra variável importante na definição de duplo padrão sexual é a classe social, uma vez que comportamentalmente, dependendo do grupo de pertença, durante a adolescência os vários grupos identificam-se pela roupa, vocabulário, cortes de cabelo, cosméticos, atitudes face aos professores e práticas sexuais (Morrill, Yalda, Adelman, Musheno & Bejarano, 2000, Bettie 2003;).

Quanto à motivação para a prática sexual, estudos realizados em contexto universitário apontam como motivos a aquisição de experiência sexual, o sentir-se atraente,

impressionar os pares, ser aprovado por um parceiro ou parceira e permitir a intimidade numa relação significativa (Impett & Peplau, 2003). De referir que os rapazes neste contexto parecem mais preocupados do que as raparigas em impressionar, relativamente aquelas que estão mais interessadas em agradar a um parceiro ou em fomentar a intimidade de uma relação.

Relativamente ao sexo, Nodin (2001) verificou que esta variável é altamente discriminativa relativamente às intenções comportamentais e às crenças comportamentais na área da gravidez não planeada e VIH, apresentando o sexo masculino comportamentos de risco mais significativos. Neste contexto, é também importante salientar o facto de os rapazes apresentarem ralações ocasionais com maior frequência, bem como uma baixa tendência para assumir compromissos em relações afectivas. O autor, menciona que os indivíduos com uma menor escolaridade apresentam uma maior vulnerabilidade relativamente à sua saúde sexual e reprodutiva. Refere ainda que a pertença a determinado sexo biológico ou o facto de residir num determinado habitat tem uma influência determinante sobre o comportamento sexual dos indivíduos jovens adultos.

Neste sentido, após uma pesquisa Nodin (2001) conclui que os indivíduos do sexo masculino residentes em zonas semi-urbanas e rurais apresentam factores de risco mais elevados, e que existem diferenças relativamente ao género sendo que as raparigas de um modo geral estão mais conscientes do risco sexual que os rapazes.

Num estudo levado a cabo por Freitas (2002) verifica-se que o nível de conhecimentos dos estudantes universitários sobre SIDA é independente da idade, do sexo, do local de proveniência (rural ou urbano) e do ano curricular (no curso universitário), do nível de escolaridade dos pais, do nível sócio-económico da família e do nível de conhecimentos reais nessa área, ainda que em todas estas hipóteses a análise estatística revele algumas diferenças.

Apesar de se investir na área da contracepção, os comportamentos dos adolescentes raramente se alteram. A maioria, apesar de conhecer a necessidade da sua utilização continua a ter relações sexuais desprotegidas, mesmo quando sexualmente activos (Ramos, 2001). Segundo Sprinthall & Collins (1999), a relutância apresentada e a pequena frequência com que os adolescentes sexualmente activos utilizam os métodos contraceptivos é difícil de explicar. A maior parte dos adolescentes sabe que é possível a

contracepção, todavia, o conhecimento que possuem dos métodos existentes é limitado. Ideias erradas acerca da probabilidade de engravidar e informações inadequadas sobre a contracepção constituem as razões por que a maior parte dos adolescentes não consegue utilizar eficazmente os métodos existentes de controlo da natalidade.

Para os autores, outro factor explicativo do carácter fortuito que a contracepção assume, relaciona-se com o número de adolescentes que manifestam uma atitude negativa em relação aos métodos contraceptivos. Muitos acreditam que os contraceptivos não resultam, e consideram-nos inconvenientes. Outros, preocupam-se excessivamente com os seus efeitos colaterais e expressam receio na sua utilização.

Os adolescentes mais jovens, com baixo conhecimento da fisiologia humana, os que acreditam que o controlo da natalidade é desagradável, pouco seguro ou errado e ainda os que enfrentam as dificuldades endémicas nos meios sócio económicos mais desfavorecidos, têm menor probabilidade de serem utilizadores de métodos anticoncepcionais (Gonçalo, 2002). Ramos (2001, p.31), afirma que "o uso de contraceptivos mostra uma atitude positiva face à sexualidade, mas também um grau de maturidade e auto-estima, próprios de quem projecta o futuro, negociando com o presente as suas decisões".

Qualquer motivo é desculpa para a não utilização de métodos contraceptivos. A falta de preocupação e o esquecimento demonstram a ausência de reflexão em relação às consequências dos seus actos. Pois, a adopção de um método contraceptivo, exige o assumir de uma relação sexual, para o qual o adolescente não está preparado (Gonçalo, 2002).

Kouta & Tolma (2008), num estudo que analisa os conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e saúde reprodutiva dos adolescentes grego-cipriotas, numa amostra aleatória de 697 participantes com idade média de 14 anos, verificaram que os adolescentes grego-cipriotas têm poucos conhecimentos sobre saúde sexual e que existem diferenças de género em relação às expectativas no papel da sexualidade. Deste modo, os autores propõem, que para promover uma sexualidade e comportamentos sexuais saudáveis entre os adolescentes, os profissionais envolvidos devem incluir perspectivas de género e culturais. Também referem que investigações de carácter qualitativo são necessárias para explorar em profundidade como os adolescentes vivem e perspectivam a sexualidade e a saúde sexual e reprodutiva.

Lou & Chen (2009), através de um estudo transversal cujo objectivo foi testar um modelo de causa e efeito de factores que afectam a saúde sexual entre os adolescentes de Taiwan, numa amostra de 823 adolescentes, no qual os participantes foram avaliados utilizando uma Escala de Conhecimento Sexual e outra de Atitudes Sexuais, os resultados revelaram que o conhecimento sexual teve um efeito negativo sobre as atitudes sexuais, não tendo efeito significativo sobre o comportamento relativo ao sexo seguro. De facto, os adolescentes com mais conhecimento sexual tinham atitudes menos positivas face à sexualidade, não revelando aumento de práticas de comportamento do sexo seguro. Também nenhuma correlação significativa foi encontrada entre o conhecimento e o comportamento. Os autores reforçam que para promover a saúde sexual é indispensável que os adolescentes aprendam a ser responsáveis pelos seus comportamentos e atitudes.

Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo & Polónia (2008) num estudo realizado no concelho de Matosinhos, com uma amostra de 1792 adolescentes com idade média de 15,2 anos, os resultados revelam que os rapazes são mais favoráveis ao sexo sem compromisso afectivo, face à utilização de meios anticonceptivos. 76,8% dos inquiridos com experiência sexual coital utiliza sempre meios anticonceptivos, sendo nas raparigas onde se observa maior predominância de utilização, cerca de ¼ dos inquiridos não usa sistematicamente qualquer método anticonceptivo e 11,9% usa como método o coito interrompido. Aliás, em relação às atitudes face à prevenção e métodos anticonceptivos, verifica-se que são os rapazes quem mais atitudes negativas possuem face ao preservativo. Observa-se ainda a adopção de um posicionamento social face à sexualidade típico do Duplo Padrão, o que significa que a representação da sexualidade é diferenciada tendo em conta o género, suscitando assim duas posturas comportamentais relativamente à sexualidade.

Pela discrepância encontrada entre os conhecimentos e a adopção de atitudes responsáveis e assertivas face à sexualidade, consideramos oportuno ilustrar uma intervenção formativa sobre sexualidade dirigida a adolescentes, em contexto de sala de aula, aproveitando a janela de oportunidades que este tipo de intervenção pode proporcionar, se conduzida de forma a levar à reflexão e ao debate de ideias.

Para melhor compreensão sobre a forma como foi estruturada a intervenção formativa, no próximo capítulo abordaremos a educação sexual em contexto escolar, referindo as directrizes a que esta está sujeita, quais as leis que a suportam, assim como alguns tópicos programáticos a leccionar. Faremos também alusão a programas e projectos implementados, quer em contexto nacional, quer internacional.

CAPÍTULO 2: EDUCAÇÃO SEXUAL EM CONTEXTO ESCOLAR

A comunidade científica, a comunicação social, assim como o senso comum partilham a expressão educação sexual, sendo esta nos últimos anos, motivo de especial atenção, por parte de quem tem responsabilidades no processo de ensino/aprendizagem.

Pan (1997) citado por Marques (2002), define educação sexual como um processo pelo qual os pais e educadores se esforçam para informar e formar os educandos no campo da sexualidade, para que estes possam aceder ao total desenvolvimento do seu ser, como homens e como mulheres, de modo a que sejam capazes de viver como seres plenos na sua vida afectiva, pessoal e social e por sua vez, livres e responsáveis.

Neste contexto, os projectos que dizem respeito à educação sexual, terão que envolver os vários agentes educativos, os quais devem abordar a sexualidade no sentido em que a Organização Mundial da Saúde a define, ou seja, ligada à promoção de bem-estar físico, emocional e social e não apenas à prevenção de infecções (Vilar, 2008).

A educação sexual e a afectividade são indissociáveis, Cortesão, Silva & Torres (1989, p.16), afirmam que "a educação sexualizada é sobretudo educação da afectividade". Sampaio (1987, p.19) corrobora a ideia ao referir que "a Educação Sexual é apresentada como um aspecto da educação afectiva, com influências na formação da personalidade, na socialização e na escolha de um conjunto de valores morais pessoais". O autor considera a educação sexual, multidimensional, englobando quatro dimensões, a biológica, a psicológica, a sociológica, e a ética.

A dimensão biológica, estabelece o elo vital para a sexualidade humana. Neste sentido, a educação sexual não se resumindo apenas a esta dimensão, não pode ser compreendida sem a mesma. A dimensão psicológica, contribui para a educação afectiva e para a construção da sexualidade, facilita o desenvolvimento harmonioso do indivíduo e leva à felicidade pessoal. A dimensão sociológica, incorpora a sexualidade enquanto característica determinada e moldada pelo processo de socialização. Assim, o que pensamos, fantasiamos e fazemos a nível sexual, resulta das aprendizagens, interacções e reflexões, sendo estas influenciadas pelos costumes, moral e leis. A dimensão ética, encontra-se por um lado relacionada com as decisões pessoais sobre as relações com os

outros, e por outro, com a construção de um conjunto de valores pessoais e morais, na forma como o indivíduo vive e compreende a sua sexualidade (Sampaio, 1987).

Se a sexualidade é entendida a partir da história pessoal e da aprendizagem social, incorporando uma vertente biológica, psicológica, social, cultural e ética, a educação sexual, não lhe poderá ficar indiferente. A sua abordagem, deve ser transversal e não reducionista, respeitando a estrutura multifacetada da sexualidade humana, devendo incluir as relações interpessoais, responsabilidades, anatomia e fisiologia dos sistemas reprodutores, identidade sexual, corpo, expressões da sexualidade e afectos, tendo como objectivo promover a saúde sexual e reprodutiva.

Reforçamos que apesar do período de transição em que vivemos, existem valores que não podem deixar de ser transmitidos aos adolescentes, como por exemplo, o respeito pela sua dignidade enquanto pessoa e o respeito pelo outro (Suplicy, 1991).

Na actualidade, fruto das modificações substanciais no sistema de valores sexuais, aliado à necessidade de um investimento por parte das políticas da comunidade europeia em educação e saúde (UNESCO, 1998), surgiu a premência de educar para uma sexualidade responsável de maneira formal, em virtude do aparente silêncio das famílias e sociedade neste domínio.

Aprender sobre sexualidade faz parte do processo de aprendizagem, devendo ser entendida como uma parte integrante da educação para a vida. Esta, deve ser iniciada na infância, ser dirigida a toda a população e ter em consideração as características de cada etapa do desenvolvimento. De facto, há evidências de que a comunicação aberta desde uma idade precoce é uma das mais eficazes medidas para promover a saúde sexual (Campbell, 1995; Weeks *et al.* 1995; Vilar, 2005; BZgA/WHO, 2006). Ao contrário do que a maioria das pessoas pensa, a educação sexual é necessária mesmo antes da puberdade, pois desempenha uma importante função no desenvolvimento da criança (Pereira, 2006).

Salientamos que educar para uma vida sexual activa efectiva e consciente é da responsabilidade de todos. Os principais intervenientes na educação sexual dos adolescentes a nível da construção de um sistema de valores, de atitudes e de condutas no âmbito da sexualidade são a família, os amigos, a escola, os profissionais de saúde e os meios de comunicação social. (Afonso & Lucas, 2001).

De acordo com Marques *et al.* (2000), todas as sociedades através dos seus recursos e instrumentos de socialização, procuram de forma formal ou informal, transmitir os seus valores fundamentais e as suas regras de conduta no campo da sexualidade.

O envolvimento de todos os intervenientes sociais na vida do adolescente é fundamental, para que em conjunto se promova de uma forma eficaz e eficiente a saúde física e psicológica destes. São necessários educadores que sejam aproximadamente bons exemplos de desenvolvimento, pois se tal não se verificar será uma contradição, pois a sexualidade está intimamente ligada à vida da pessoa (Ferreira, 2004).

Se a família e a escola se encontram nos primeiros lugares do pódio enquanto agentes da educação dos adolescentes, devem convergir no mesmo sentido, ou seja, devem traçar objectivos comuns e trabalhar em conjunto para a ajudar os adolescentes a crescer e construir o seu projecto de vida. Para tal, é fundamental construir espaços onde em conjunto possam identificar as problemáticas no âmbito da sexualidade, se promova o auxilio mútuo, para desta forma eliminar receios e clarificar algumas dúvidas.

Contudo, a equipa constituída pela escola e pelos pais só conseguirá dar resposta ao desafio se colaborar com outros parceiros formadores, nomeadamente as equipas de saúde escolar, que integram o sistema nacional de saúde. O desenvolvimento de projectos de educação para a saúde que promovam a saúde sexual e reprodutiva, garantem o direito a uma educação sexual positiva e eficaz e possibilitam a vivência responsável e saudável da sexualidade aos adolescentes.

Assim, é necessário que pais, professores, pares e demais profissionais ajam e interajam, formando e informando os adolescentes, permitindo-lhes desta forma a possibilidade de escolhas assertivas. A família na figura dos pais e a escola através dos seus professores, merecem destaque enquanto agentes de educação da sexualidade adolescente, uma vez que criam sinergias para intencionalizar processos de análise, consciencialização e mudança ao nível dos conhecimentos e atitudes (Vaz, 1996; Marques & Prazeres, 2000).

A abordagem das questões de índole sexual deve ser ligada às dúvidas e problemas, às questões e vivências quotidianas. Esta intervenção, se bem implementada será uma boa oportunidade de trabalho, desenvolvendo novos projectos e desafios. Uma vez que na actualidade, em média a puberdade se inicia mais cedo, é aconselhável encetar a

educação sexual precocemente, a qual deve abranger a promoção de competências para a vida (BZgA/WHO, 2006).

É objectivo da educação sexual integrar de uma forma harmoniosa as várias facetas da sexualidade humana, promovendo a aquisição de uma postura responsável, flexível e gratificante nos adolescentes enquanto seres sexuados. Neste sentido, ela deve ser pensada como um instrumento capacitador, através do qual os indivíduos possam adquirir competências para saberem cuidar e melhorar a sua saúde sexual, possibilitando a aquisição de meios que fomentem o *empowerment* individual e social (Ewles & Sinmett, 1999; Naidoo & Wills, 1998; Hagan, Coleman, Foy & Goldson, 2001; Carvalho, 2002; Rifkin & Pridmore, 2002).

A família constitui-se como um modelo educativo em termos de educação sexual, dado que cada uma possui uma diversidade cultural com códigos éticos e morais díspares sobre temáticas que intersectam a sexualidade. Em meio escolar, é consensualmente rejeitada a subalternidade da família, sobretudo quando se lhe reconhece o direito, o interesse e a responsabilidade pela educação dos filhos nomeadamente em aspectos de índole sexual.

Numa versão tradicional, a família desenvolvia as funções de imposição da autoridade, de controlo da sexualidade dos filhos, apresentando-se como um modelo ideal de comportamento sexual.

Na actualidade, Vilelas (2009) refere que a família educa segundo outros princípios e outras orientações, tendo-se vindo a assistir a uma mudança de valores e práticas educativas, sendo o equilíbrio emocional do adolescente, a personalidade e os valores, fortemente influenciados pela convivência e pela educação dos pais. Assim, também em matéria de sexualidade e por observação directa do comportamento e atitudes dos pais, contexto social mais próximo e que melhor conhecem, alguns destes aspectos serão interiorizados.

Os estilos de comunicação e a eficácia da mesma, medeiam a influência que os pais têm na sexualidade dos seus filhos. Vilar (2003), diz que a família adopta um estilo educativo de negação, quando é conservadora regendo-se por regras morais fortes e evitando falar de temáticas relacionadas com a sexualidade, proibindo até certos comportamentos de cariz sexual. Denomina de estilo evitativo quando raramente fala sobre sexualidade, enviando mensagens morais de aviso sem conotação proibitiva. Refere o estilo

permissivo como aquele em que as famílias revelam maior abertura para falar de questões sexuais, sem proibir ou apoiar a sexualidade dos adolescentes e por último o estilo apoiante caracterizado por conversas regulares no âmbito da sexualidade adolescente, sendo esta valorizada. Também em contexto escolar estes estilos comunicacionais podem ser observados.

Face ao exposto, a conduta das famílias será diversa no que se refere à comunicação sobre a sexualidade com os seus descendentes. Umas esperam que os adolescentes coloquem as suas dúvidas (alguns não as colocam) para posteriormente agirem, outras receiam que os filhos coloquem questões pessoais às quais não conseguem dar resposta. A abordagem baseada na anatomo-fisiologia da reprodução e na diferença anatómica entre os géneros também é frequente, sendo o coito, a gravidez, a contracepção, o aborto, as infecções de transmissão sexual e a menstruação, os temas mais abordados (Vieira, Vieira & Fernandes, 2005). A conduta dos professores para abordar questões ligadas à sexualidade, tal como na família, também é divergente.

Apesar do tipo de abordagem implementado concordamos com Sampaio (2006), quando diz que se deve ajudar os adolescentes a tomar decisões, a resolver os dilemas, a optar com algum grau de liberdade no seu quotidiano afectivo.

Existe uma cada vez maior consciência, por parte de adultos e adolescentes, de que os conhecimentos sobre sexualidade, longe de encorajarem a promiscuidade, podem antes servir para desenvolver as capacidades de comunicação, de entendimento mútuo, de ternura, de sensibilidade e de responsabilidade em relação aos outros (Rodrigues, 2003).

Apesar de tais evidências, o acesso a grupos de pais nem sempre têm sido promovido enquanto parceria de in(formação), por um lado nem sempre é fácil trabalhar com eles, por outro não existe tradição de programas de apoio parental organizado. Programas já estabelecidos como o *Speakeasy* no Reino Unido têm beneficiado de um contexto político em que a educação dos pais está bem apoiada e financiada.

No programa do Reino Unido *Speakeasy,* os pais, ao terminarem um programa de aprendizagem sobre educação sexual, é-lhes concedido um diploma de reconhecimento (acreditação). Esse diploma, permite aceder a outros graus de ensino de base universitária, o que se revela de grande utilidade para pais sem qualificações, que pretendam ver desenvolvidas as suas carreiras profissionais. Quem trabalha com os pais

sobre educação sexual, deve realçar a importância da parceria entre a casa e a escola, admitindo que ambas têm um papel a desempenhar.

Apesar dos avanços no campo da educação para a sexualidade, a escolha do melhor momento para conversar em casa sobre sexualidade, contínua a ser um dilema para muitos pais. Talvez por embaraço ou medo de despertar uma curiosidade precoce, muitos esperam tempo demais para abordar o assunto, perdendo a oportunidade de ajudar os filhos quando eles iniciam a vida sexual. A constatação é de um estudo publicado em 2009 pela revista americana Pediatrics, liderado por Mark Schuster nos Estados Unidos. Ao acompanhar durante um ano 155 adolescentes, com idade entre 13 e 17 anos, e os seus respectivos pais durante um ano, verificaram que mais de 40% dos adolescentes tiveram a primeira relação sexual sem nunca terem conversado sobre sexo com os seus progenitores ou outros responsáveis.

Numa sociedade que não desaprova o sexo antes do casamento, onde as mensagens publicitárias incentivam a actividade sexual, em que ambos os pais trabalham deixando os filhos horas sozinhos, a contracepção é mais acessível e onde as interacções deserotizadas nas escolas não têm grandes restrições, as estatísticas relacionadas com o inicio precoce da actividade sexual não pode ser considerada alarmante.

Criar a possibilidade de uma educação de pares é segundo o BZgA/WHO (2006), a forma mais eficaz de conseguir e fornecer informação correcta aos jovens. Esta, revela-se particularmente indicada para grupos vulneráveis que se sentem mais cómodos e receptivos quando educados pelos seus pares. Apesar desta evidência, em muitos locais, a educação de pares ainda não foi instituída. Pensamos ser aconselhável encorajar os pais e os adolescentes a participar no desenvolvimento e implementação de programas de educação de pares, onde o conceito de educação multicultural de pares para adolescentes e pais seja instituído, reforçando-se o trabalho em rede.

Temos vindo a assistir a um esforço quer de investigadores, quer de diversas organizações, para definir e clarificar, analisar os procedimentos envolvidos e compreender como esta estratégia se enquadra numa resposta abrangente à saúde comunitária (Dias, 2006).

Quando correctamente utilizada a estratégia de educação pelos pares tem como finalidade modificar positivamente a saúde, adequando os processos, experiências de aprendizagem e de desenvolvimento, podendo combinar os diferentes níveis de

intervenção educativa (facultar a informação, sensibilizar para um determinado problema e desenvolver formação para manter e/ou mudar atitudes e comportamentos (Brito, 2009).

O projecto para intervenção em contexto de rua "Antes que te queimes" (Brito *et al.*, 2007) que tem como objectivos aumentar os conhecimentos sobre o consumo de álcool e sexualidade responsável nos educadores de pares e proporcionar mais conhecimentos e modificações de atitudes relacionadas com o consumo de álcool e sexo desprotegido nos pares educandos, é um exemplo de sucesso da aplicação da estratégia de formação de pares.

A ascendência dos pares quanto ao comportamento sexual é significativamente valorizada por diversos autores, uma vez que estes são determinantes nas decisões que os adolescentes tomam relativamente à sua sexualidade. Quanto à religião e família, estas parecem ter um peso considerável no inicio da actividade sexual. Dados revelam que os adolescentes com uma prática religiosa têm um menor envolvimento em experiências sexuais, como também uma maior relutância em falarem sobre sexualidade (Monteiro & Raposo, 2005; Vasconcelos, 1998; Vilar, 2003).

Muitos adolescentes têm (des)informação relativamente ao sexo, experienciando pela primeira vez o prazer sexual através dos meios de comunicação electrónicos. Tendo por base o mercado livre de comunicação com dificuldade de controlo externo, importa que os adolescentes sejam esclarecidos no sentido de obter o conhecimento face a todo o tipo de informação a que estão expostos.

Pelas particularidades que envolvem a abordagem e discussão em torno da sexualidade em geral e mais particularmente sobre a sexualidade adolescente e para que a educação sexual seja bem sucedida, é importante que esta ocorra de forma confidencial e num cenário social sentido como agradável pelos adolescentes, com mensagens simples e compreensíveis. A utilização de imagens na educação sexual também é crucial.

Na conferência de Colónia em 2006 sobre educação sexual dos Jovens numa Europa Multicultural, entre outras coisas, discutiu-se a importância da participação do grupo-alvo de adolescentes, no planeamento, implementação e trabalho efectivo, assim como o envolvimento de líderes de opinião, por ser vital a inclusão dos dois em todo o processo. Tal, permite não só a educação como também a capacitação, que lhes possibilita colocar as suas questões no centro das suas decisões (BZgA/WHO, 2006).

Os professores, enquanto parceiros de formação sobre educação sexual garantem as condições para o sucesso, ao envolverem-se na implementação de programas e na reorganizarem espaços físicos e circunstâncias que fomentam a desejada multidisciplinaridade.

Segundo a literatura, em temas controversos como a educação sexual o professor ensina mais pelas atitudes do que pelos conhecimentos que transmite. Ramiro, Matos & Vilar (2008) consideram que a concordância com a educação sexual e com o programa a desenvolver são condição *sine qua non* para a realização da mesma. Assim, se o professor tiver uma atitude não conservadora atribuirá mais importância ao tema, desenvolvendo maior motivação para a leccionação e com mais facilidade de implementação dos programas. López (1990) corrobora esta ideia ao afirmar que a aprendizagem também se realiza pela observação de comportamentos, expressões faciais entre outras. Assim, a adequação entre as afirmações que se fazem e as suas atitudes torna-se crucial.

A educação sexual deve ser leccionada por docentes que efectivamente se sintam bem com ela, assumindo um importante significado o à vontade na abordagem dos tópicos a desenvolver. É a isenção do professor baseada em teorias e factos científicos, respeitando a liberdade de escolha do outro, que garante que o adolescente faça as suas escolhas de uma forma assertiva Lemos (2002). A formação pessoal de qualquer indivíduo predispõe-o para que este responda mais ou menos positivamente (erotofílico) ou negativamente (erotofóbico) à sexualidade.

Ramiro, Matos & Vilar (2008) referem que a atitude é particularmente importante, uma vez que, na literatura, se encontra uma associação entre a erotofilia e a motivação para adquirir conhecimentos sobre sexualidade. Assim, os professores mais erotofílicos empreenderam nos conhecimentos sobre sexualidade, enquanto que os erotofóbicos não terão inclinação para procurar estes conhecimentos.

No que respeita à formação académica inicial, os professores que possuem formação na área, atribuem importância significativa à educação da sexualidade, com bons conhecimentos nos vários tópicos da educação sexual.

Também a formação a nível da didáctica e da pedagogia influencia a forma de abordar a sexualidade. Para leccionar as temáticas integrantes da educação sexual, apela-se à utilização de metodologias participativas. Os professores que não se sentem preparados

para utilizar estas metodologias, por falta de formação ou experiência, terão tendência a substitui-las por outras acabando por atenuar o sucesso da educação sexual.

A formação complementar pode ser uma opção com consequências práticas importantes, uma vez que ajuda a estabelecer uma ligação entre a teoria e a prática lectiva, colmatando deficiências da formação inicial quer a nível de informação quer do desenvolvimento de competências. De acordo com o relatório do GTES (2005), qualquer professor, independentemente da formação inicial, pode leccionar educação sexual, basta para isso que tenha formação complementar específica. Assim, este tipo de formação torna-se pertinente. Neste âmbito, Reis (2003) afirma que a experiência em educação sexual evidencia uma associação, não só com os conhecimentos do professor, mas também com o conforto e as atitudes deste.

Quando pensamos em educação sexual em contexto escolar, pensamos também nos intervenientes, ou seja, a turma de alunos. Acreditamos que a constituição mista da turma facilita o sucesso das intervenções formativas e possibilita "a promoção de igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres" (Marques & Prazeres, 2000). Um outro aspecto importante é que tal facilita a compreensão das atitudes e comportamentos dos dois sexos e, simultaneamente, possibilitar o treino da comunicação entre eles.

Ainda neste sentido, Ramiro, Matos & Vilar (2008) mencionam que de um modo geral, se os alunos não forem cooperantes e pró-activos não há pré - requisitos para o sucesso da educação sexual, pois para que os adolescentes adoptem estilos de vida saudáveis têm que estar motivados para a mudança, implicado tal, a aquisição de conhecimentos preventivos, a percepção de vulnerabilidade, e a avaliação da eficácia do comportamento protector.

A direcção executiva das escolas também tem um papel importante para o sucesso dos programas de educação sexual, uma vez que é necessária a aprovação e aceitação efectiva pela direcção executiva. Concomitantemente ao papel deste órgão, o GTES em 2005 referiu ser necessário a identificação de um professor coordenador para manter o grupo motivado, articulando as várias acções e garantindo a efectiva implementação da educação sexual.

A par da educação e formação desenvolvida pelos pais, pares e professores, também os governos têm o dever de promover a educação sexual com políticas claras, enquadramentos legais e orçamentos adequados. Um governo apoiante estabelece

linhas de orientação claras para tornar obrigatória a educação sexual nas escolas, cria oportunidades legais para serviços de aconselhamento apoiando e respeitando os direitos sexuais e reprodutivos de todos membros da sociedade (BZgA/WHO, 2006).

Neste sentido, as matérias respeitantes à educação sexual, ao planeamento familiar e à saúde reprodutiva têm vindo a merecer, nos últimos anos, particular atenção da sociedade portuguesa, no quadro de uma progressiva afirmação dos direitos dos cidadãos à educação e à saúde. Temos vindo a assistir a alguns investimentos legislativos no domínio da educação sexual nas escolas. O primeiro documento legal, publicado neste âmbito, refere-se à Lei 3/84, de 24 de Março. No artigo 1º, é definido o papel do Estado Português nesta matéria, garantindo o direito à educação sexual como componente do direito fundamental à educação. Ainda que esta lei envolvesse obrigações do Estado no apoio à educação sexual, a mesma nunca foi regulamentada na parte referente à educação sexual em contexto escolar, apenas sucedendo no âmbito do planeamento familiar, nomeadamente com a portaria nº 52/85, que entre outras coisas, revogou qualquer norma impeditiva ou limitativa do acesso dos adolescentes às consultas de planeamento familiar.

Em 1986 com a aprovação da Lei de Bases do Sistema Educativo, a educação sexual surge integrada numa nova área educativa, a Formação Pessoal, que entre outras compreende a educação sexual. Em 1989, a área curricular prevista na Lei de Bases deu lugar à disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Social criando também a Área – Escola, que podia abordar temas sobre sexualidade.

A Lei 120/99 de 11 de Agosto, reforçou a garantia do Direito à Saúde Reprodutiva, preconizando que nos estabelecimentos do ensino básico e secundário fosse implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana, proporcionando informação adequada sobre a sexualidade humana, o aparelho reprodutivo e a fisiologia da reprodução, SIDA e outras infecções de transmissão sexual, métodos contraceptivos e planeamento da família, relações interpessoais, partilha de responsabilidades e igualdade entre os géneros. Estes conteúdos deviam ser incluídos nas diferentes disciplinadas vocacionadas para a abordagem interdisciplinar desta matéria e adequar-se aos diferentes níveis etários.

No ano 2000, o Decreto – Lei nº 259 de 17 de Outubro incorporou matérias referentes à organização da vida escolar, com especial relevância para a intervenção dos serviços

especializados de apoio educativo das escolas, favorecendo uma abordagem integrada e transversal da educação sexual, referindo, "*O projecto educativo de cada escola (…), deve integrar estratégias de promoção da saúde sexual, tanto no desenvolvimento do currículo, como na organização de actividades de enriquecimento curricular, favorecendo a articulação escola-família, fomentar a participação da comunidade escolar e dinamizar parcerias com entidades externas à escola, nomeadamente com o centro de saúde da respectiva área"*.

Em 2005 de acordo com o Despacho nº 19 737, foi criado um Grupo de Trabalho para a Educação Sexual (GTES), cuja missão foi proceder ao estudo e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar e ainda apresentar as conclusões do parecer apresentado sobre esta matéria pelo Conselho Nacional de Educação. Através do Despacho nº 25 995/2005 (2ª Série, p.17515), o Ministério da Educação aprovou e reafirmou os princípios orientadores das conclusões desses documentos no que se refere ao modelo de educação para a promoção da saúde, nomeadamente no que respeita à "*responsabilidade do Ministério da Educação na orientação deste processo; necessidade de articulação explícita com as famílias; necessidade de articulação estreita entre escolas e centros de saúde; autonomia das escolas na definição, planificação e concretização do projecto educativo; transversalidade disciplinar combinada com inclusão temática na área curricular não disciplinar; obrigatoriedade por parte das escolas de concretizarem as orientações e dando cumprimento àquela área de ensino; diversidade de metodologias que envolvem o aluno; necessidade de designação de coordenador da área temática".*

Para a concretização destes princípios em 2006, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde celebram um protocolo de cooperação. De referir que já em 1994, os referidos Ministérios haviam formalizado uma parceria, visando a colaboração activa entre as escolas e centros de saúde, assumindo estes uma responsabilidade complementar face à promoção da saúde da comunidade educativa.

Desta parceria surgiu a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, integrada na Rede Europeia. Em 2006, no sentido de desenvolver actividades de promoção da educação para a saúde em meio escolar, o Ministério da Educação comprometeu-se a dinamizar no Sistema Educativo os princípios e as práticas da promoção da saúde em meio escolar. Com o mesmo objectivo, o Ministério da Saúde comprometeu-se a dinamizar nos Serviços de Saúde a execução do Programa Nacional de Saúde Escolar,

tendo em vista a promoção da saúde das crianças, dos jovens e da restante comunidade educativa, para a obtenção de ganhos em saúde.

Em Janeiro de 2007, o GTES apresentou o Relatório de Progresso onde recomendou o aproveitamento das áreas curriculares não disciplinares para a abordagem de temáticas relacionadas com a saúde, ressaltando o seu carácter obrigatório e definiu que uma das quatros horas mensais deveria ser dedicada à abordagem da temática da sexualidade.

Em 2009, a Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, estabeleceu o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. A nova legislação pretende, entre outros objectivos, "valorizar a sexualidade e afectividade entre as pessoas no desenvolvimento individual, respeitando o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa" e a "redução de consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco, tais como a gravidez não desejada e as infecções sexualmente transmissíveis".

Esta lei estabelece que, em todos os níveis de ensino e independentemente da transversalidade do tema a outras disciplinas, a Educação Sexual se integre no âmbito da Educação para a Saúde. Assim, a partir do ano lectivo 2009/2010, os projectos educativos dos agrupamentos e das escolas não agrupadas devem incluir temas de educação sexual, em moldes definidos pela escola ou agrupamento, depois de ouvidas as associações de estudantes, as associações de pais e os professores.

O projecto de educação sexual deve incluir os conteúdos e temas a abordar, as iniciativas e visitas a realizar, as entidades, técnicos e especialistas externos à escola a convidar, sendo que a carga horária não deve ser inferior a seis horas para o 1º e 2º ciclos, nem inferior a doze horas para o 3º ciclo do ensino básico e secundário.

Também, segundo o mesmo diploma, no ano lectivo de 2009/2010 todos os agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas deverão ter em funcionamento gabinetes de informação e apoio que, em articulação com as unidades de saúde, garantam aos alunos o acesso aos meios contraceptivos adequados. Estes gabinetes devem ser assegurados por profissionais com formação nas áreas da educação para a saúde e educação sexual, funcionando obrigatoriamente pelo menos uma manhã e uma tarde por semana. As escolas devem disponibilizar ainda de um espaço na Internet com informação que assegure, prontamente, resposta às questões colocadas. A lei salienta ainda a importância da participação no processo educativo de pais, alunos, professores e técnicos de saúde.

A presente legislação, Portaria n.º196-A/2010 de 9 de Abril, estabelece a educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário, definindo as respectivas orientações curriculares adequadas para os diferentes níveis de ensino e é a prova da reestruturação do mapa de atitudes sociais face à sexualidade. Na realidade, afastámo-nos de uma atitude de negação, interdição, proibição e obsessão face à sexualidade dominada pela ideologia judaico-cristã. Todavia, para muitos, as atitudes sociais face à sexualidade, confrontadas com um *boom* da comercialização da imagem e do sexo, mudaram-se do campo da interdição para o campo da permissividade. Nasce assim uma certa preocupação social face ao que pode ser aprendido e controlado através da educação sexual em meio escolar.

Também o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 diz que na adolescência, "(…) serão prioritárias intervenções que incentivam a adopção de estilos de vida e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura". A meta 4 da Saúde 21 tem entre outros objectivos reduzir a incidência da gravidez não desejada (Ministério da Saúde, 2002).

Face ao exposto são objectivos da educação sexual para o 3º Ciclo (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001):

- Aumentar e consolidar conhecimentos sobre as várias dimensões da sexualidade; nomeadamente corpo sexuado e órgãos, componentes anatómico-fisiológicas e psicológicas da resposta sexual humana; mecanismos de reprodução e contracepção; ideias e valores implícitos na sexualidade, amor, reprodução e relações entre séculos ao longo da história e problemas associados à saúde sexual e recursos existentes nesta área.
- Desenvolver atitudes de aceitação positiva do corpo sexuado, do prazer e afectividade; não adopção de atitudes sexistas, defendendo a igualdade de direitos; aceitem e não discriminem face às orientações sexuais; adoptem medidas preventivas em matéria de saúde sexual e reprodutiva.
- Desenvolver competências para o aumento da capacidade de tomar decisões e recusar comportamentos não desejados, aumento das capacidades de comunicação, aquisição de vocabulário adequado, pedir ajuda e identificar recursos.

Tendo por base o trabalho em rede no âmbito da Educação da Sexualidade, queremos reforçar que os comunicadores/professores que abordam temáticas de educação sexual devem ter competências especiais, nomeadamente: boa capacidade de comunicação; conhecimento de factos biológicos básicos; uma visão antropológica e holística da sexualidade; mente aberta; conhecimento do ambiente social dos alunos; competências de formação; sentir-se confortável com o tópico a desenvolver (BZgA/WHO, 2006).

De igual forma os comunicadores/professores devem ter uma visão realista da educação sexual não devendo esta ser orientada para problemas, mas sim encarada de forma positiva; não devem pressionar nem ter muitas expectativas; para ensinar o tema, a auto-reflexão sobre a própria sexualidade é também muito importante. Como factores de sucesso dos programas sobre educação sexual, encontramos o recurso ao humor e à graça.

Os professores não têm falta de vontade de participar neste desafio que é a educação sexual, mas sim receio de não conseguirem responder com segurança e qualidade aos problemas e situações colocadas pontualmente pelos adolescentes, sendo que a escola tem a obrigação de proporcionar igualdade de oportunidades a todos os alunos (Ramalho, 2008). É necessário dotar os adolescentes de informação no âmbito da sexualidade, uma vez que somos o segundo País da Europa com mais casos de gravidez na adolescência e o primeiro com mais casos de SIDA por ano (Ramalho, 2008; GTES, 2007).

O GTES em 2007, no seu Relatório Final, aponta entre outras, como conclusões sobre o trabalho desenvolvido, que a educação sexual deve existir em todas as escolas, em articulação com as estruturas da Saúde locais. Esta, deve ser abordada de acordo com a idade de cada aluno, prevendo um programa mínimo obrigatório consoante a fase dos estudos com a respectiva avaliação dos conhecimentos. As acções desenvolvidas devem ser dinamizadas por um Professor-Coordenador.

Com o intuito de exemplificar o que está a ser posto em prática, a fim de evitar consequências dolorosas, desconfortantes ou irremediáveis, apresentamos alguns exemplos de projectos integrados em contexto escolar.

Projectos de educação sexual em contexto escolar

A Associação para o Planeamento da Família (APF), levou a cabo o Projecto Bem me QuerES, com inicio no ano de 2006, abrangendo cerca de 50 escolas nas várias regiões do país. Este projecto prevê uma parceria com cada escola interessada, comprometendo-se esta a organizar uma equipa que queira conceber e efectuar um projecto de educação sexual, no contexto da Educação para a Saúde. A APF apoia este processo através de uma oficina de formação, com uma parte centrada em contexto de sala de aula e outra focada em projectos que começam a ser desenhados no início da acção, apoiando tecnicamente o seu desenrolar (Araújo, Madeira, Fernandes, Sousa & Rodrigues, 2008).

No que diz respeito ao Projecto Bem me QuerES, todos os Dirigentes Regionais (Centro, Norte, Alentejo, Algarve, Lisboa) o viram como um meio para a aplicação da Lei 120/99, no que se refere à realização de trabalhos e Projectos no âmbito da educação sexual, apontando como principais contributos: a existência de acções de formação para professores responsáveis pelos projectos, com temas sobre sexualidade, adequação a cada escola dos conteúdos a abordar, incluindo na maioria dos casos a educação básica em matéria de sexualidade aos alunos.

Os Dirigentes Regionais referem que desde o inicio da aplicação do Projecto a motivação dos professores tem sofrido alguns progressos. No inicio existiam professores que manifestavam receio pela reacção dos pais/encarregados de educação, outros referiam mesmo medo da reacção dos próprio alunos, não se sentindo eles próprios à vontade para abordar a temática. Estes aspectos, levaram a que houvesse resistência por parte de alguns professores à implementação do projecto. No entanto, com o tempo e com a ajuda de alguns nichos de professores que partilhavam da opinião da urgência de se falar neste tema na escola, foi possível influenciar outros e colocar em prática o projecto (Araújo, Madeira, Fernandes, Sousa & Rodrigues, 2008).

Na generalidade, a falta de disponibilidade dos professores para participarem no projecto foi uma das maiores contrariedades, assim como, a dificuldade em integrar nos horários das turmas, horas especificas para a discussão da temática, e quando integradas estas

eram muito espaçadas, limitando os temas e o cumprimento do contemplado em todo o Projecto.

Este projecto, segundo, os vários Dirigentes Regionais, confere competências técnicas aos professores para o trabalho efectivo da educação sexual em meio escolar, nomeadamente formação inicial para professores no que diz respeito ao esclarecimento de conceitos quanto à sexualidade e quanto à educação sexual, passando pela reflexão quanto aos objectivos da educação sexual e ainda os métodos e as técnicas a utilizar no processo educativo (Araújo, Madeira, Fernandes, Sousa & Rodrigues, 2008).

Para os mesmos autores, o Projecto Bem me QuerEs*,* tem ainda como objectivo promover uma ligação complementar entre a escola e a família, uma vez que prevê acções de sensibilização a todos os agentes da comunidade educativa nos quais se integram os pais/ encarregados de educação e ainda promove reuniões de carácter formal e/ou informal com associações de pais e com associações de alunos, tornando-se estes uma peça activa no projecto educativo da educação sexual.

Com o intuito de potenciar as actividades desenvolvidas pelos professores, no âmbito dos programas curriculares, e de instituir uma cooperação efectiva entre os sectores da educação e da saúde, no âmbito da educação sexual, Lopes, desenhou em 2002, o Projecto de educação sexual "Eu, tu, ele, nós, vós, eles" nas Escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico da área de influência do Centro de Saúde de Sacavém. Este projecto pretendeu promover a saúde sexual e reprodutiva e a aquisição de conhecimentos que permitam a vivencia da sexualidade de uma forma informada, gratificante, autónoma e responsável, apelando a referências éticas, valores, atitudes e comportamentos adequados (Lopes, 2006).

O projecto direccionado aos alunos do 1.º ciclo do ensino básico da referida área geográfica, tem como finalidade contribuir para que as crianças construam o "Eu em relação", ou seja, o desenvolvimento pessoal e social (s*aber evoluir*). Para isso, desenvolveram-se um conjunto de actividades lúdicas realizadas na sala de aula, dinamizadas com o apoio do professor, com a duração de 90 minutos. Estas actividades, eram compostas por uma apresentação, uma tempestade de ideias, a distribuição de convite para assistir à peça de teatro "Eu, tu, ele, nós, vós, eles", a apresentação da peça de teatro de fantoches, a actividade plástica de construção em grupo, de um livro para colorir, contando, verbal e visualmente a história da peça, discussão das imagens

contidas nas páginas do livro, a síntese da sessão realizada pelo formador e ainda a avaliação, com a opinião de cada criança.

As estratégias adoptadas pretendem promover a criatividade e a participação das crianças. Os métodos implementados têm em consideração as vivências, os interesses e principalmente as questões formuladas pelas crianças. Assim, foi utilizado o método participativo e o método interrogativo, colocando questões e recorrendo à elaboração de perguntas que promovessem a reflexão activa e livre (Lopes, 2006).

Passamos a referir algumas das conclusões escritas com mão, cabeça e coração mencionadas pelas crianças envolvidas no projecto, disponibilizadas por Lopes em 2006, p.19.

"Eu acho que a Cátia e o João não deviam fazer um filho agora. Deviam namorar mas fazer um filho mais tarde. Porque eles eram jovens. Mas se a Lara nasceu (…) agora eles têm que cuidar dela com muito amor. (Djalma, 11 anos)".

"Eu adorei porque eles falaram de coisas que os meus pais têm vergonha de dizer. Quando eu fizer 29 anos, eu queria ter uma filha mas primeiro eu vou ao médico. (Simone, 12 anos)".

"A minha opinião em relação a ter um bebé é que têm de ir com calma e se um quer, o outro também tem que querer, mas primeiro têm de ir ao médico para ver se está tudo bem com eles mesmos e depois podem fazer o bebé à vontade. (Nuno, 10 anos)"

"Eu gostei muito e até foi bom para mim porque eu nunca tinha falado disto com ninguém. (Diana, 11 anos)"

"A minha opinião sobre a história (…) é que esta foi muito interessante porque ainda somos crianças mas já devemos saber algumas coisas que os nossos pais não gostam de contar porque têm vergonha. (Apolinário, 12 anos)"

"Ei, queres transar comigo? Só com camisinha. (Edmar, 10 anos)"

"Eu achei que esta aula foi muito divertida, aprendemos muitas coisas, e também ao mesmo tempo divertimo-nos e estou morto por fazer outra vez a aula. (Rodrigo, 11 anos)".

Para Lemos (2006), a existência de grupos de teatro nas escolas, ou da disciplina de teatro, dão a possibilidade de abordar determinadas temáticas e discutir e treinar atitudes, devendo esta possibilidade ser encarada como um dos caminhos para o sucesso, na implementação da educação sexual na escola. Através do teatro, podem treinar-se competências, capacidades para exprimir posições sobre o que se sabe ou se sente, ou ainda fazer os alunos vibrar com ideias e valores com os quais se identifiquem, ou seja, é treinar a vida, através de um faz de conta que se revela importante. Temos como exemplo, uma peça de teatro, desenvolvida por uma turma do 9º ano, da Escola Secundária D. Dinis de Coimbra que pretendeu produzir uma reflexão, sob a forma de espectáculo dramatizado, subordinado à problemática da prevenção de comportamentos de risco, ao nível da vida sexual, centrando a reflexão nas atitudes do sexo masculino.

A Associação para o Planeamento da Família em 2005, faz referência ao Projecto Pares com inicio no ano lectivo de 2001/2002, destinado fundamentalmente a alunos do 10º ano de escolaridade. É o Projecto de educação sexual da Escola Secundária de Jaime Moniz da Região Autónoma da Madeira (RAM), sendo que, e a sua designação tem por base as relações interpessoais que se consideram desejáveis entre o grupo de pares nos adolescentes, assim como, o trabalho colaborativo entre professores que formam pares pedagógicos.

Segunda esta Associação, é um projecto pioneiro que investe na formação de professores em contexto de trabalho. No primeiro ano, iniciou-se uma análise das necessidades de informação e formação na área da sexualidade, nos diferentes agentes intervenientes no processo educativo. Foi realizada uma sensibilização aos directores de turma do 10º ano de escolaridade em conjunto com os técnicos do Centro de Saúde do Bom Jesus, onde foram abordados temas como as relações interpessoais, o desenvolvimento cognitivo e psico-sexual, entre outros.

Fruto deste Projecto, foi criado um centro de recursos com material bibliográfico e audiovisual actualizado para consulta e utilização em sala de aula. Foram igualmente desenvolvidas, em parceria com o Centro de Saúde, acções de formação com os auxiliares da acção educativa na área das relações interpessoais, para que estes possam reflectir sobre alguns aspectos do desenvolvimento psicosexual do adolescente.

Pela interdisciplinaridade inerente ao processo, os actores envolvidos, são unânimes quanto à necessidade de implementação de programas que possibilitem aos

adolescentes a apreensão de conhecimentos e a mudança de atitudes, o desenvolvimento de competências de acção no sentido de mudar comportamentos que se entendem de risco.

A título elucidativo, mencionamos alguns aspectos dos resultados obtidos. Relativamente à questão, O que aprendeste poderá contribuir para tua saúde e bem-estar? A totalidade da amostra (50 alunos escolhidos aleatoriamente duma amostra de 300 alunos participantes no Projecto, 25 alunos do sexo feminino e 25 alunos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos) respondeu predominantemente com o nível 4 (categoria Muito), o que nos leva a pensar que as sessões corresponderam às suas expectativas e que a informação / formação adquirida foi relevante. Quanto à segunda parte do questionário, relativa aos conhecimentos adquiridos, observou-se que do universo considerado, a grande maioria dos alunos respondeu correctamente às 30 questões solicitadas.

Podemos ainda observar nos resultados divulgados em 2005 pela referida Associação, que quando comparadas as respostas por género, se verificou a existência de grande disparidade nas respostas, mostrando no entanto um melhor desempenho o sexo feminino. Atendendo a que é difícil reconstruir conceitos sobre estereótipos, atendendo a que por vezes na nossa cultura o conceito de genitalidade tem um significado idêntico ao de sexualidade, seja difícil, em pouco tempo de formação, reconceptualizar o que se pretende. Os autores mais uma vez constataram que o mais difícil ao nível da aprendizagem é, realmente, o desenvolvimento de competências e de atitudes.

O Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., em colaboração com a Direcção Regional de Educação do Norte, constituiu um grupo de trabalho multidisciplinar para elaborar, implementar, monitorizar e avaliar um Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE). Este programa tem como finalidades: contribuir para a diminuição dos comportamentos de risco e para o aumento dos factores de protecção em relação à sexualidade; contribuir para a inclusão nos projectos educativos e nos currículos das escolas da região Norte, de um programa de educação sexual estruturado e sustentado para os alunos do 2º ciclo da região Norte.

O objectivo geral deste programa é conseguir que os alunos do 2º ciclo do Ensino Básico da região Norte recebam educação sexual, de uma forma estruturada e sustentada, para

que aumentem conhecimentos e adquiram competências, atitudes e comportamentos adequados face à sexualidade.

As equipas PRESSE (e-PRESSE) são equipas constituída pelo Coordenador de Educação para a Saúde e pelos Profissionais de Saúde das Equipas de Saúde Escolar, que faz a articulação entre os Professores das Áreas Curriculares não Disciplinares e o gt-PRESSE. Este é o grupo de trabalho PRESSE que desenhou, construiu e está na retaguarda deste projecto, constituído pela coordenadora da área de Promoção e Protecção da Saúde do DSP da ARSN, I.P., por dois Médicos de Saúde Pública, uma Licenciada em Ciências da Educação, uma Psicóloga, uma Enfermeira, pela coordenadora da Educação e Promoção da Saúde da DREN e por um consultor na área da sexologia.

Este é um projecto de 2009 que tem programadas actividades como: a apresentação pública do programa – divulgação junto das escolas e equipas de saúde escolar; Formação dos Profissionais de Saúde das Equipas de Saúde Escolar e dos Coordenadores de Educação para a Saúde pelo gt-PRESSE; Formação dos Professores das Áreas Curriculares não Disciplinares pelas e-PRESSE; Aplicação e registo dos questionários aos alunos do 5º ano; Intervenção nos Alunos do 5º ano, desenvolvida pelos Professores no 2º e 3º períodos do ano lectivo; monitorização e avaliação do Programa. (PRESSE, Projecto-piloto 2008-2009). Ainda não foi colocado em prática este projecto, ainda decorre a formação dos profissionais de saúde e professores, pelo que não existem resultados publicados da aplicação deste projecto.

Os projectos implementados carecem de avaliação através de indicadores acordados de educação sexual que proporcionem uma base científica para avaliar os resultados nacionais e regionais. Até agora só se têm utilizado indicadores médicos, como o número de gravidezes adolescentes ou o índice de prevalência do VIH, seria importante também a inclusão de indicadores sociais, como por exemplo o bem-estar sexual dos jovens (BZgA/WHO, 2006). Estes indicadores podem ajudar a convencer os políticos a criar condições favoráveis a uma educação sexual eficaz para os adolescentes.

Em 2005, o GTES, considerou a necessidade de se constituir uma subcomissão para proceder à avaliação dos materiais escolares em uso, designadamente os manuais no âmbito da Educação Sexual. A Comissão, de forma independente, partiu da análise e discussão das orientações proferidas pelo Ministério da Educação em matéria de

Educação Sexual e do relatório preliminar elaborado pelo GTES. Foram também analisados os normativos que orientam a avaliação dos manuais escolares do ensino básico e do ensino secundário (Lei nº 47/2006 de 28 de Agosto) assim como, outros documentos interligados que regulam as orientações e práticas de apreciação de manuais no sistema educativo português nas áreas disciplinares (Diniz, Albergaria & Guerreiro, 2007).

A Comissão baseou a sua análise nos parâmetros: Informação; Organização e Método; Comunicação e Público-Alvo. Foram analisados 43 livros/manuais e 9 videogramas.

Considerando a totalidade dos materiais apreciados, a Comissão classificou de "Bom" a grande maioria dos itens (85% do total de classificações atribuídas). O item "Desenvolve uma metodologia facilitadora e enriquecedora das aprendizagens/competências" é o que apresenta uma média superior (2,94), seguido do item "Apresenta uma organização coerente e funcional, estruturada na perspectiva do Aluno" com uma média de 2,90. Tal significa que os materiais em análise foram considerados particularmente bons no que respeita à sua organização, facilitando a apropriação das aprendizagens e a capacidade de atingir as competências pretendidas. Relativamente aos itens "Não apresenta posições ideológicas nem discriminações relativas a sexos, Etnias, Religiões, Deficiências, …" e "Desenvolve uma metodologia facilitadora e enriquecedora das aprendizagens/competências" foram classificados exclusivamente com "Bom". Ainda, com base nos resultados encontrados os membros da Comissão elaboraram duas listagens das obras que consideram importantes para consulta, uma direccionada aos alunos e outra direccionada aos professores (Diniz, Albergaria & Guerreiro, 2007).

Fontes de informação e conhecimentos sobre sexualidade

Na adolescência, e fruto das transformações dela decorrentes, o adolescente é assaltado por dúvidas. É compreensível que procure o seu esclarecimento de várias formas, uma vez que são algo que lhe diz respeito, que o perturba e espanta. A procura de esclarecimentos torna-se nesta fase numa interface para com o mundo, ou seja, ao ter que ir buscar a informação que não tem, o adolescente entra em diálogo e em interacção com o que o rodeia.

A sexualidade, transforma-se assim, num importante significante utilizado pelo adolescente nas suas interacções com os outros. Ele rapidamente percebe que a sexualidade não é um tema do qual se fale abertamente, provocando por vezes repreensões ou constrangimentos, assim, antes de procurar informação directamente naqueles que o rodeiam, o adolescente vai procura-la nos meios que tem disponíveis ao seu alcance, sendo que na actualidade tal não apresenta qualquer dificuldade. Desta forma, existe uma procura activa de informação não interactiva, para não revelar aos outros o seu interesse relativo ao sexo. É comum nas escolas antes de uma intervenção formativa sobre sexualidade ser colocada uma caixa para perguntas, onde os adolescentes de uma forma anónima colocam as suas dúvidas para posteriormente serem esclarecidas.

A discussão sobre esta temática é comum nos meios de comunicação social, nomeadamente em revistas para adolescentes. A Internet enquanto meio que os adolescentes dominam, permite o acesso a uma grande quantidade de informação, também as linhas telefónicas proporcionam através do anonimato, a colocação e o respectivo esclarecimento de dúvidas e angústias íntimas. Esta primeira fase de procura informativa, permite ao adolescente quando passa para uma fase posterior (procura de informação junto dos outros) ter adquirido muitos dados. No entanto, esta procura de informação, sucede-se com os adolescentes sozinhos na descoberta, não existindo quem os elucide e desengane da irrealidade que muitas vezes é veiculada nos meios de informação ao seu dispor.

Na segunda fase, o diálogo com os amigos é uma das formas mais habituais de aquisição de informação sobre sexualidade, estes são conselheiros e confidentes de fantasias e sonhos, assim como, depositários de ansiedades e angústias, uma vez que é através deles que o processo de socialização nesta etapa da vida se efectua (Ramalho, 2008).

Neste contexto, em diversos estudos efectuados que abordam a fonte de informação sobre sexualidade encontramos os amigos entre os principais meios de obtenção de informação em matéria de sexualidade. Seguem-se alguns desses dados: 54,1% dos rapazes e 32,8% das raparigas afirmam que os amigos influenciaram, até um certo ponto, a sua visão da sexualidade (Vasconcelos, 1998). Dos adolescentes do Concelho de Loures, 60,6% afirmam que os amigos constituíram fontes de informação sobre sexualidade, percentagem bastante superior à dos que afirmaram ter obtido esta

informação junto dos pais (46,1%) ou de professores (15,5%) (Pais, 1996). Dos jovens adultos, 55,2% afirmam ter obtido informação sobre os contraceptivos que utilizam, junto dos amigos, valor este mais uma vez superior ao relativo aos pais (49,6%) ou aos professores (23,4%) (Nodin, 2001).

Há vantagens e desvantagens no facto dos adolescentes procurarem informação sobre sexualidade junto dos amigos. Se por um lado se sabe que a influência dos amigos é marcante neste período do desenvolvimento, as desvantagens prendem-se com o facto de que os conhecimentos que os amigos têm sobre sexualidade são na maior parte dos casos incorrectos, alicerçados em crenças desvirtuadas ou falsas.

Caso particular relativo à obtenção de informação junto dos pares é o do parceiro sexual. Seria de esperar que se discutisse sobre sexualidade com a pessoa com quem se tem relações sexuais. No entanto, os estudos efectuados e que abordam esta temática demonstram o contrário. O que aponta no sentido de que, entre os casais de adolescentes, a sexualidade é como que uma pedra preciosa, porque se constitui como objecto de troca física e emocional. Não se fala sobre ela, como se se tivesse medo de a perder. É um objecto de troca essencialmente a um nível não verbal. Faz-se mas não se discute aquilo que se faz. Como a prevenção ao nível da sexualidade implica que os parceiros de uma relação sexual sejam capazes de discutir as questões básicas de utilização do preservativo ou do método contraceptivo de sua eleição, esta dificuldade dos adolescentes, pode implicar sérios riscos para a sua saúde.

Também os pais têm um papel importante nesta procura de informação por parte dos seus filhos sobre sexualidade. Relativamente a eles, podemos dizer que são fontes de informação a peso de ouro por diversos motivos. Primeiro, é no contexto da família que os adolescentes vão obter todo o essencial para a vida. O seu equilíbrio emocional, a sua personalidade, os seus valores, todos são fortemente influenciados pela convivência e educação dos pais. Desta forma, também em matéria de sexualidade, também os aspectos básicos vão ser obtidos no contexto social que melhor conhecem, a família. Também aqui o não verbal tem um peso particularmente importante. É mais pelo que se observa do comportamento e atitudes dos pais no âmbito da sexualidade que os adolescentes vão construindo o seu próprio conceito de sexualidade.

Isto não quer dizer que não seja necessário falar de sexualidade em casa. Tal é essencial para o à vontade com que os adolescentes irão encarar a sua sexualidade, para além de

que lhes vai abrir portas para que activamente procurem informação junto dos pais, quando de tal necessitarem. Esta é a forma que os pais têm para se transformarem, de facto, em pequenas grandes minas de ouro.

Não podemos esquecer que a sexualidade vivida no seio familiar, a forma como os pais ajudam os filhos a ultrapassar as diversas fases do desenvolvimento sexual, vai ter também grande influência na forma como o adolescente vivencia e desenvolve a sua sexualidade (Sampaio, 2006). Os pais influenciam os filhos não só nas crenças, como também no comportamento, onde a aprendizagem pela observação de comportamentos e a integração de modelos (de fazer, pensar e julgar) vem reforçar a inevitabilidade da participação da família na educação sexual dos adolescentes.

De facto, as características familiares, tais como a composição do agregado familiar, o nível de educação, o estatuto socioeconómico, a qualidade da relação familiar, os estilos parentais, a supervisão parental, a comunicação entre pais e filhos e os modelos parentais, no que diz respeito a atitudes e valores parentais, face aos comportamentos sexuais, foram identificados como influenciando as atitudes e comportamentos sexuais protectores ou de risco para a saúde dos adolescentes (Dias, Matos & Gonçalves, 2007; Sousa & Monsanto, 2010).

Referimos também o papel dos profissionais na transmissão da informação sobre os aspectos relacionados com a sexualidade. Qual é a informação que os professores podem dar sobre sexualidade? Qual o valor das suas atitudes e posturas no decurso das aulas e fora delas? Não esqueçamos que uma parte considerável do tempo dos adolescentes é passado em contexto de sala de aula com os seus professores. Assim, se é com os pais que a base da personalidade e capacidades dos adolescentes se forma, é com os professores que uma vasta quantidade de informação pode ser recolhida, consolidada enriquecendo a personalidade dos adolescentes em questões ligadas à sexualidade.

Também nas sociedades modernas, o papel e a importância dos *mass media* na difusão da informação e outros produtos culturais, ideias, formas de estar na vida e valores morais se tornou num recurso ao alcance das populações das sociedades ocidentais. Estes meios, são simultaneamente componentes das novas realidades e (re)produtores desta realidade, com impacto na mudança social. O processo de apropriação comercial

da sexualidade pelos *mass media* não é recente, no entanto, actualmente, o sexo encontra nos *media* um excelente meio de difusão (Vilar, 2005).

O referido autor, refere que os *mass media* não têm uma lógica única nem coerente, pois alternam as paisagens morais, legitimando o que antes era oculto e introduzem novos temas no debate quotidiano, com mensagens audiovisuais voláteis. Neste sentido, incumbir nos *mass media* o papel principal na socialização sexual dos adolescentes é redutor e perigoso.

Por outro lado, a Internet está a assumir um papel decisivo na orientação educacional dos adolescentes, não sendo a informação veiculada por este meio devidamente filtrada (Nodin, 2001).

Na sociedade portuguesa parece existir ainda, à semelhança do que López & Fuertes (1999) referem para a sociedade espanhola, um certo desconforto quando se fala de sexualidade, em especial da sexualidade adolescente. Pelo facto, parece-nos compreensível que falar sobre sexualidade numa fase do ciclo vital em que esta assume contornos especiais se tornou num jogo de ping-pong, onde a bola é sistematicamente atirada para um dos intervenientes responsáveis pelo processo educativo.

Muitos autores se têm dedicado ao estudo da sexualidade na adolescência, porém nem todos os resultados são publicados pelo que é difícil obter dados relativos aos adolescentes portugueses. A Associação para o Planeamento da Família tem ajudado alguns investigadores neste âmbito.

Canavarro & Pereira (2001), referem que apesar de muitos adolescentes estarem correctamente informados, a impulsividade, o pensamento mágico, a necessidade de agradar o outro, a dificuldade em pensar a longo prazo e ponderar as consequências de determinados comportamentos a nível sexual podem levar os adolescentes a terem relações sexuais desprotegidas. Para os mesmos autores, o papel das crenças sobre as consequência da utilização dos métodos contraceptivos, nomeadamente medos relacionados com o seu uso, com diminuição da intensidade da relação e medo dos pais descobrirem, é outra explicação da não adesão aos métodos contraceptivos.

De acordo com Vilar (1994), os adolescentes que têm maior probabilidade de utilizarem métodos contraceptivos e terem menos parceiros sexuais no início da sua actividade sexual são os que comunicam mais com os pais.

O conhecimento da contracepção depende de múltiplos factores, sendo a fonte desse conhecimento essencialmente extra familiar, onde a escola tem um papel primordial (Lourenço, 1999). No acesso à contracepção, este autor, refere como principais dificuldades individuais, a atitude negativa, a repugnância, o medo de interferência com o desempenho sexual, o baixo nível cognitivo dos adolescentes, o baixo estatuto social, a fraca responsabilidade e autonomia, o baixo nível de intimidade e conhecimento de si próprio.

Para além das dificuldades individuais, este autor, aponta obstáculos institucionais no acesso dos adolescentes aos conhecimentos sobre contracepção, sendo esses: a falta de privacidade; a grande carga de procedimentos administrativos; um atendimento moroso e tardio; a pouca disponibilidade dos profissionais de saúde; os horários rígidos e desadequados; as normas pouco flexíveis e culpabilizantes; a falta de neutralidade na avaliação da problemática adolescente por conhecimento prévio da dinâmica familiar; a dúvida quanto à confidencialidade e o atendimento e instalações pouco motivantes.

Mas como Gonçalo (2002, p.15) afirma “a lacuna não é só saber, ou ouvir falar, ou saber usar contraceptivos, mas é também a implantação da educação dos afectos, ou seja, informar, formando”. A contracepção é um comportamento dos que defendem o direito de cada um gerir os seus riscos (Lourenço, 1999).

Nos diversos estudos publicados verificou-se uma grave lacuna nos conhecimentos dos adolescentes em relação a métodos contraceptivos e ISTs (Nodin, 2001).

Dias & Rodrigues (2009), num estudo sobre os adolescentes e a sexualidade, com objectivos, como por exemplo, conhecer as fontes dos conhecimentos sobre sexualidade, e verificar a relação existente entre a educação sexual recebida e a atitude sexual, verificaram que a maioria dos adolescentes (85,3%) considerou que a informação recebida foi importante ou muito importante uma vez que contribuiu para diminuir comportamentos de risco, esclareceu dúvidas sobre a sexualidade, ajudou a viver a sexualidade de forma plena e permitiu compreender que tomando precauções se evita o risco de infecções de transmissão sexual nas relações sexuais. No entanto, não foi encontrada correlação entre a opinião que o adolescente possui sobre a importância da educação sexual e a sua atitude sexual.

Os autores verificaram ainda que a família tinha sido a principal fonte de conhecimentos, no entanto, a sua importância é secundarizada face ao grupo de pares, no que respeita

ao papel da educação sexual. Para estes adolescentes, são os amigos que têm o papel mais importante, seguido da mãe e dos profissionais de saúde, encontrando-se por último os professores. Salientamos que foram os adolescentes que indicaram o grupo de pares como a principal fonte de conhecimento que evidenciaram uma maior predisposição para o relacionamento sexual.

A idêntico resultado chegaram Vaz & Antunes (2010), num estudo desenvolvido com adolescentes do 10ª ao 12º ano de escolaridade. Os autores, verificaram que os adolescentes referem falar dos seus problemas com a mãe (69,4% os rapazes e 75,3% as raparigas), no entanto, são os amigos que escolhem para falar sobre sexualidade. Na generalidade consideram-se esclarecidos sobre sexualidade (93% dos rapazes e 83,2% das raparigas), recorrendo à Internet e aos amigos para obterem esse esclarecimento. Os adolescentes quando questionados se na primeira relação sexual utilizaram algum método contraceptivo (54,3%) dos rapazes e (45,7%) das raparigas responderam afirmativamente, sendo o método contraceptivo mais utilizado o preservativo.

No estudo "A Educação Sexual dos Jovens Portugueses: Conhecimentos e Fontes", levado a cabo por Vilar & Ferreira em 2009, os autores verificaram que cerca de 46% dos adolescentes acertaram entre 60% e 75% das respostas, sendo que 13% acertou em mais de 75% das respostas. No entanto, 41% dos adolescentes errou em mais de metade das questões. Analisando por sexos, as raparigas revelam mais conhecimentos sobre sexualidade (56%) que os rapazes (47,5%). Os temas em que se verificaram níveis acima de 75% de respostas certas foram: função do preservativo (93%), menstruação (87%), desejo sexual de homens e mulheres (84%), probabilidade de contágio de SIDA (83%), ejaculações nocturnas (82%), maturidade física na puberdade (80%), sentimentos dos adolescentes (78%), tratamento das IST a dois (77%), e riscos nas relações sexuais (76%).

As temáticas com níveis razoáveis de conhecimentos, em que se verificaram respostas correctas entre 50% e 74% foram a utilização correcta do preservativo (74%), ovulação e espermatogénese (69%), masturbação nas mulheres (69%), masturbação nos homens (68%), puberdade nos rapazes (67%), início da sexualidade (56%), método contraceptivo menos eficaz (54%) e o que é a homossexualidade (51%).

Os temas que apresentaram níveis insuficientes de conhecimentos (entre 25% e 49%) foram o período fértil e gravidez (49%), onde podem ser adquiridos os contraceptivos

(48%), riscos de gravidez não desejada (47%), método do calendário (42,5%), pílula do dia seguinte (41%), interesse dos adolescentes em actividades sexuais (32%), toma da pílula (29%), IST (27%) e gonorreia (27%). Os níveis de conhecimentos insuficientes (menos de 25%), encontram-se relacionados com a sífilis (21%).

Os resultados de um estudo de Anastácio (2010), com adolescentes com uma idade média de 14,47 anos, indicam relativamente à comunicação sobre sexualidade, que esta se estabelece mais com os pares do que com a família. O tema central são *os amigos*, com o tópico menos abordado *inicio da actividade sexual*, sendo o pai e outros adultos os interlocutores menos pretendidos para dialogar. Apesar de sentirem proximidade com os pais, harmonia e satisfação no relacionamento, disponibilidade para dialogar sobre sexualidade, os valores médios baixam quando se trata de contar com os pais para resolverem problemas sobre sexualidade. De salientar que uma percentagem baixa de adolescentes sexualmente activos se relacionou com alguém da mesma idade e por estar apaixonado, utilizando na sua maioria contracepção. A avaliação dos conhecimentos dos adolescentes da amostra sobre os processos biológicos de saúde sexual e reprodutiva revelou que são poucos os que têm conhecimentos precisos sobre o período fértil. Apenas um adolescente esboçou correctamente o ciclo reprodutivo e doze fizeram uma representação aproximada. Relativamente à ovulação, constatou-se uma maior frequência de respostas cientificamente aceites em relação ao período fértil, embora continue a ser uma percentagem baixa da amostra (8%). Quando solicitados para representarem os aparelhos reprodutores e a fecundação, mais de 50% da amostra não o fez, com a fecundação representada de forma descontextualizada.

* *

*

No enquadramento teórico deste estudo abordamos de forma objectiva a adolescência nas suas múltiplas dimensões, biológica, cognitiva e, psicossocial, para melhor compreendermos o desenvolvimento da sexualidade e todo o seu património (biológico e psicossexual).

Na adolescência as relações sociais modificam-se intensamente, as relações amorosas vivem-se intensamente com manifestações de emoções e afectos. As redes de suporte social são imprescindíveis no desenvolvimento adolescente, apesar de nesta faixa etária estarem ainda pouco estudadas.

A educação sexual do adolescente, surgindo em primeiro lugar no seio familiar, continua no contexto escolar, devendo seguir um princípio de integração harmoniosa, possibilitando não só um desenvolvimento psicossocial adequado mas também a aquisição de competências que o habilitem para uma vida sexual saudável.

Qualquer que seja o programa de intervenção a desenvolver, deve espelhar a preocupação de estimular nos adolescentes uma atitude de descoberta e de enriquecimento crítico dos próprios conhecimentos e valores. Tendo em conta a escassez da pesquisa no que respeita à monitorização dos programas em campo, nomeadamente no que respeita à dimensão atitudes face à sexualidade, entendemos necessário o desenvolvimento de um estudo que possibilite a compreensão das necessidades dos adolescentes neste âmbito e que teste a eficácia de uma intervenção formativa. Seguidamente apresentamos o nosso modesto contributo desta realidade.

PARTE 2: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 3: MÉTODOS

O quadro legislativo actual, torna obrigatória a inclusão da educação sexual em contexto escolar, como área de formação global do indivíduo. Esta, deve ser integrada numa lógica interdisciplinar, privilegiando o espaço da turma, apelando à autonomia, responsabilização e participação do aluno, partindo das representações dos seus problemas, das suas dúvidas, dos seus discursos e percursos pessoais, em interacção específica e diferenciada com a família, com a escola e com a comunidade. As intervenções formativas, em contexto escolar, devem possibilitar a integração harmoniosa da dimensão sexual da pessoa, através de uma cultura de respeito e responsabilidade no campo da sexualidade, a qual promoverá a saúde sexual e reprodutiva.

Para uma abordagem holística da sexualidade, entendemos pertinente o desenvolvimento de um trabalho em rede onde, professores/formadores, profissionais de saúde, pais e pares unam esforços informando e formando os adolescentes, para que estes possam vivenciar a sexualidade de forma responsável. Pelo conjunto de mensagens, condutas e modelos por vezes confusos e contraditórios, estes, ficam sujeitos a percepções estereotipadas, idealizadas e fragmentadas sobre a sexualidade, pelo que a interligação dos conhecimentos transmitidos pelos diferentes actores do processo formativo do adolescente é fundamental.

A integração do conhecimento e a mudança de atitudes deve processar-se através de situações dinâmicas de trabalho, onde o papel dos alunos é capital, cabendo-lhes, sob supervisão do formador, colocar as suas dúvidas e colaborar na procura de respostas. Só pela sua participação activa podem considerar que a educação sexual lhes diz realmente respeito. No sentido de verificar a eficácia das intervenções formativas, estas devem ser monitorizadas, através de instrumentos de medida.

Face ao exposto, emergem questões de fundo que ensombram os adolescentes, na descoberta e na vivência da sua nova sexualidade. Falamos nas atitudes face à sexualidade e nos conhecimentos sobre planeamento familiar, infecções de transmissão sexual e reprodução, os quais se não estiverem bem sedimentados e estruturados, parecem repercutir-se negativamente no seu desenvolvimento pessoal.

A motivação para este estudo surge, então, como resultado destas nossas inquietações pessoais, perante um tema actual ainda pouco desenvolvido no contexto português. O mesmo é objectivado no enunciado das nossas questões de investigação: Qual a influência de um programa de intervenção formativa nos conhecimentos e nas atitudes dos adolescentes face à sexualidade? De que modo a intervenção formativa modifica a imagem que o adolescente tem do seu corpo? Em que medida a percepção do suporte social se altera após a intervenção formativa?

Ao conjunto de interrogações formuladas tentaremos dar resposta tendo em atenção os limites impostos por um estudo desta natureza. Neste sentido, delineamos como **objectivo geral**, promover um modelo de intervenção formativo baseado no debate e reflexão crítica sobre sexualidade em contexto de sala de aula e um conjunto de **objectivos específicos** que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja, procuram genericamente:

- Construir e validar instrumentos que permitam avaliar as atitudes face à sexualidade e ainda os conhecimentos dos adolescentes sobre reprodução, planeamento familiar e infecções de transmissão sexual;
- Testar a eficácia de um programa de intervenção formativo a nível dos conhecimentos sobre planeamento familiar, infecções de transmissão sexual, reprodução e atitudes face à sexualidade;
- Testar a efectividade do programa de intervenção formativo numa amostra alargada de adolescentes, analisando também o papel das variáveis sóciodemográficas, sóciopsicológicas e sexuais.

Iremos deste modo descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados e os procedimentos estatístico que se irão realizar.

Podemos considerar que o trabalho de campo se desenvolveu em três fases ou estudos distintos, mas de algum modo interligados. O primeiro estudo consistiu na construção e análise psicométrica de escalas sobre educação sexual: escala de atitudes face à sexualidade (AFSA), escala de conhecimentos sobre planeamento familiar (CPF), escala de conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual (CITS) e escala de conhecimentos sobre reprodução (CR), e ainda os procedimentos referentes à tradução e psicometria da escala de avaliação da insatisfação da imagem corporal em adolescentes (EEICA) de

Baile, Grima & Landivar (2003) bem como à análise psicométrica da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) de Pais Ribeiro (1999) já validada para a população portuguesa.

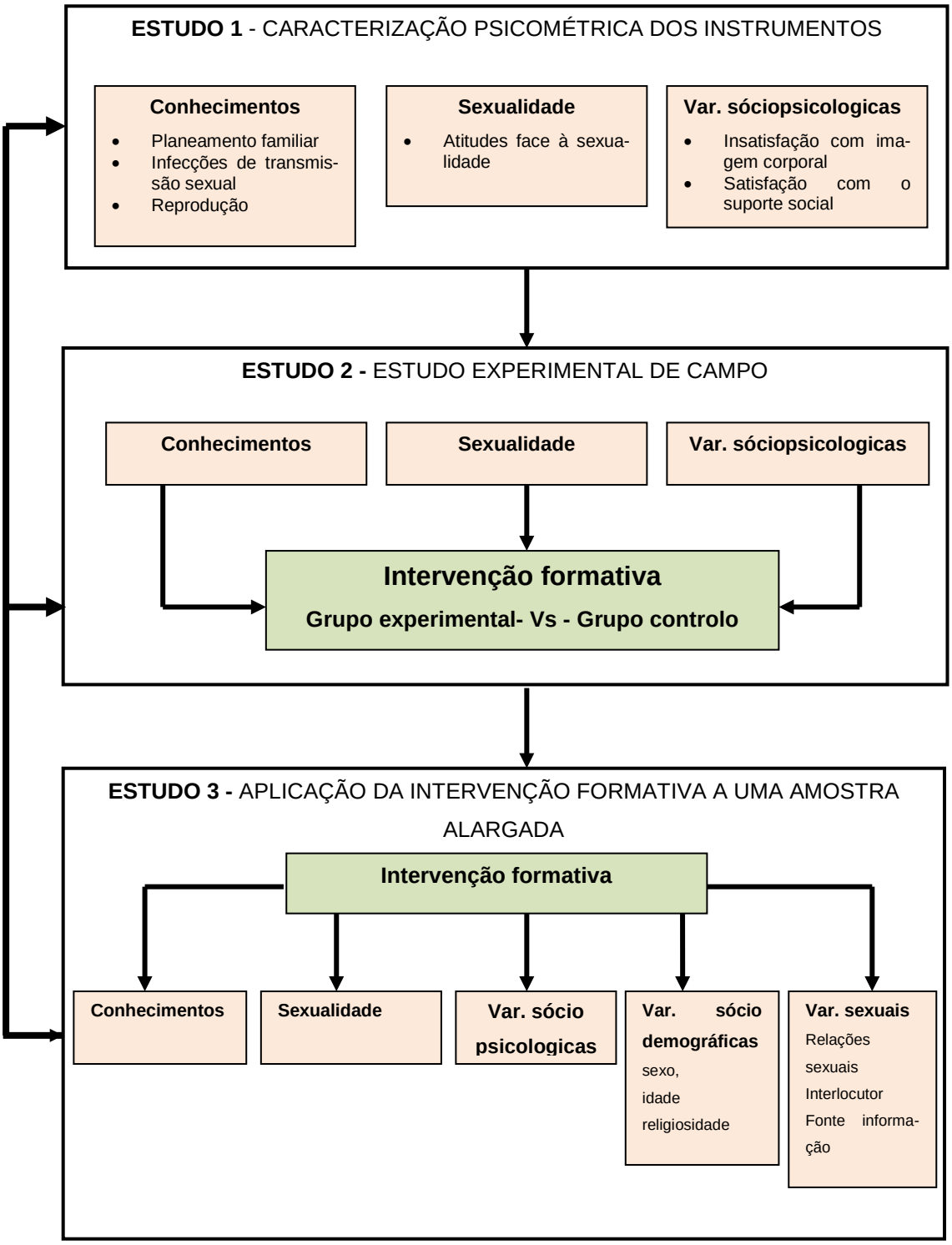
Para o efeito, aplicamos o instrumento de recolha de dados por nós construído e as escalas de insatisfação com a imagem corporal e de satisfação com o suporte social a uma amostra de 840 adolescentes do 9º ano de escolaridade de escolas EB 2/3 dos distritos de Viseu e Aveiro.

O segundo estudo, denominado de experimental de campo, teve como objectivo testar a eficácia da intervenção formativa. Foi efectuado numa amostra de 90 adolescentes divididos em dois grupos: um grupo experimental com 42 adolescentes e um grupo controlo com 48 adolescentes. Neste estudo, aplicamos o instrumento de recolha de dados validado através do primeiro estudo. Uma semana após, realizamos a intervenção formativa ao grupo experimental e decorrido um mês procedemos à recolha de dados, utilizando os mesmos instrumentos. Salientamos que as características dos adolescentes deste estudo foram em tudo semelhante aos inquiridos no primeiro.

O terceiro estudo pretende testar a efectividade do modelo formativo, aplicando-o a uma amostra mais alargada de adolescentes. Utilizamos como amostra os participantes que nos serviram de referência para a validação dos instrumentos de recolha de dados. Tal como no estudo experimental de campo, um mês após a intervenção formativa procedemos à segunda recolha de informação.

Tendo em conta a revisão teórica, as questões de investigação formuladas e a definição de objectivos, apresentamos de seguida o desenho de investigação que norteará esta pesquisa.

Figura 1. Desenho de investigação



1. Estudo 1 – Caracterização Psicométrica dos Instrumentos

A consulta da literatura realizada, não nos permitiu encontrar instrumentos de recolha de dados que possibilitassem a avaliação dos conhecimentos e atitudes dos adolescentes no âmbito da afectividade e sexualidade antes e após intervenções formativas, pelo que desenvolvemos a tarefa neste primeiro estudo de construir e validar quatro escalas. Uma destinava-se a avaliar as atitudes face à sexualidade, e as restantes avaliar os conhecimentos dos adolescentes sobre reprodução, planeamento familiar e infecções de transmissão sexual. Procedemos ainda à análise psicométrica da Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais Ribeiro (1999), e da Escala de Insatisfação com a Imagem Corporal em adolescentes de Baille, Guillen & Barre (2003).

A finalidade deste estudo vem de encontro ao preconizado pela BZgA/WHO (2006), quando refere que os projectos implementados carecem de avaliação através de indicadores acordados de educação sexual, que proporcionem uma base científica para avaliar os resultados.

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, uma vez que se por um lado pretendemos determinar tendências, identificar áreas, contextos e situações de estudo, bem como relacionar potenciais variáveis, por outro, procuramos compreender fenómenos vividos pelos adolescentes, classificar e conceptualizar, para além de podermos estabelecer predições ou relações (Sampieri, Collado & Lucio, 2003; Fortin, 2006).

1.1. Participantes

Para este primeiro estudo, recorremos a uma amostragem não probabilística por conveniência que teve por base os adolescentes que frequentavam, nos anos lectivos de 2007/2008 e 2008/2009, o 9º ano de escolaridade, num total de 980 estudantes de Escolas EB 2/3, dos Distritos de Viseu e Aveiro. Efectuamos a aplicação de um questionário nos meses de Maio e Junho de 2008 e 2009, tendo respondido ao mesmo 905, ou seja 92.34% da amostra inicial. Destes foram considerados inválidos 65 (7.18%) pelas seguintes razões: 34 apresentavam dois ou mais questionários sem qualquer tipo de resposta, 17 não preencheram a escala de atitudes face à sexualidade, considerada de crucial importância para este estudo e em 14 detectamos incongruências que punham em causa a validade das informações recolhidas.

A amostra final perfaz assim 840 adolescentes, isto é, 85,71% da amostra inicialmente prevista. Porém, em algumas das variáveis em estudo detectamos não respostas ("missings") que nunca atingiram os 20.0%, valor limite recomendado por Pestana & Gageiro (2005) para se proceder a análise específica, pelo que não procedemos ao seu tratamento uma vez que tais percentagens dada a dimensão da amostra não irão enviesar os resultados finais.

Os aspectos que estão subjacentes à escolha deste tipo de amostra, prendem-se com o facto de ser na adolescência que surge o primeiro amor, se intensifica o conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro e de se multiplicarem as experiências vividas com extrema intensidade. Os adolescentes do 9º ano de escolaridade, pela faixa etária a que pertencem, encontram-se a experienciar estes novos acontecimentos.

Idade e sexo

As estatísticas relacionadas com a idade dos participantes no estudo, revelam uma idade mínima de 13 anos e uma máxima de 17 anos, sendo que a idade média é de 14.4 anos (±1.25 anos). Em ambos os sexos a idade mínima e máxima são respectivamente de 13 e 17 anos. Os rapazes representam 52.5% da totalidade da amostra, e as raparigas têm uma representatividade de 47.5%.

Os rapazes são em média mais velhos (M =14.5 anos) que as raparigas (M = 14.3 anos) com diferenças significativas entre os dois grupos, conforme resultado do teste t para amostras independentes (t= 2.365; p= 0.018). O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não exibe uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda para ambos os sexos e para a totalidade da amostra. Os coeficientes de variação mostram uma dispersão baixa face às idades médias encontradas (cf. tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas da idade dos adolescentes

Idade / Sexo	N	Min	Max	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	441	13	17	14.51	0.866	5.96	7.59	8.26	0.000
Feminino	399	13	17	14.37	0.840	5.84	2.099	3.52	0.000
Total	840	13	17	14.44	0.856	5.92	11.13	3.73	0.000

Embora a amplitude de variação para a idade se situe nos 4 anos, para uma melhor interpretação desta variável e posterior comparação com outras variáveis em estudo, criaram-se três "clusters" de idade: 13 anos, 14 a 16 anos e 17 anos, que segundo Fonseca (2002) correspondem à adolescência inicial, média e tardia respectivamente. Os resultados que se apresentam na tabela 2 indicam que dos 840 estudantes que participaram no estudo, 6.5% têm 13 anos de idade e 2.3% 17 anos. Tanto para os rapazes (91.8%) como para as raparigas, (90.5%) é entre os 14-16 anos que se concentra a quase totalidade dos adolescentes que representam 91.2% da totalidade dos participantes. O teste de qui quadrado (X^2=2.646; p=0.267) não revela significância estatística entre os grupos em estudo e sexo.

Local de Residência

A maioria dos adolescentes vive na cidade (51.0%), sendo esta percentagem mais prevalente entre as raparigas (53.1%). Já para os que residem em zona rural (49.0%) denota-se que o maior valor percentual recai para os rapazes. Entre o local de residência e género não encontramos diferenças significativas (X^2=1.446; p=0.0.229) (cf. tabela 2).

Coabitação

No que se refere à coabitação, notamos pelos valores expressos na tabela 2 que cerca de 9 em cada 10 vive com os pais, contribuindo para esta percentagem os 93.0% dos rapazes e os 93.5% das raparigas. Realça-se os 6.8% que afirma não viver com os pais, sendo que são encontrados valores percentuais similares entre ambos os sexos.

Fratria

Questionados sobre se tinham irmãos, 16.8% dos adolescentes afirmaram não ter irmãos. Dos que têm irmãos, ressalta pela análise da tabela 2 que cerca de 6 em cada 10 dos intervenientes no estudo tem um irmão e 15.5% dois. É insignificante a percentagem (7.0%) dos que mencionaram ter três os mais irmãos. Estes resultados vêm traduzir de algum modo a baixa natalidade a que temos assistido nas últimas décadas, e que começa a traduzir-se num problema social, como vem sendo amplamente referido pela comunicação social. Na realidade, o nosso país à semelhança de outros, está a passar por uma rápida transição demográfica, caracterizando-se por um aumento progressivo da população adulta e idosa. São tendências pesadas com fortes implicações estruturantes e com consequências em vários sectores da vida pública.

Tabela 2 - Caracterização sócio-demográfica da amostra em função do sexo

Variáveis / Sexo	Masculino Nº (441)	Masculino % (52.5)	Feminino Nº (399)	Feminino % (47.5)	Total Nº (840)	Total % (100.0)	Residuais Masc	Residuais Fem	Qui quadrado X^2	Qui quadrado p
Grupos etários										
13 anos	24	5.4	31	7.8	55	6.5	-1.4	1.4	2.641	0.267
14 – 16 anos	405	91.8	361	90.5	766	91.2	0.7	-0.7		
17 anos	12	2.7	7	1.8	19	2.3	0.9	-0.9		
Zona de residência										
Rural	225	51.0	187	46.9	412	49.0	1.2	-1.2	1.446	0.229
Urbana	216	49.0	212	53.1	428	51.0	-1.2	1.2		
Coabitação com os pais										
Sim	410	93.0	373	93.5	783	93.2	-0.3	0.3	0.087	0.768
Não	31	7.0	26	6.5	57	6.8	0.3	-0.3		
Número de irmãos										
Sem irmãos	74	16.8	68	17.0	142	16.9	-0.1	0.1		
Um	270	61.2	239	59.9	509	60.6	0.4	-0.4		
Dois	70	15.9	60	15.0	130	15.5	0.3	-0.3	1.238	0.744
Superior a rês	27	6.1	32	8.0	59	7.0	-1.1	1-1		

Idade dos pais

Na tabela 3 expõem-se as estatísticas relacionadas com a idade dos pais. No que respeita à progenitora, a idade mínima é de 29 anos e a máxima de 69 anos, sendo a média de 41.3 anos (± 5.14 d.p.). O progenitor com idades mínimas e máximas de 30 e 70 anos, apresenta uma idade ligeiramente superior já que a média é de 43.8 anos (± 5.44 d.p). Os valores de assimetria e curtose aventam a existência de curvas leptocúrticas e enviezadas à esquerda, e as probabilidades do teste de aderência á normalidade (KS) não são sugestivas duma distribuição normal. Os coeficientes de variação ao apresentarem valores inferiores a 15.0% revelam uma dispersão baixa.

Tabela 3 – Estatísticas da idade dos pais dos adolescentes

Idade / Sexo	Min	Max	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Idade mãe	29	69	41.34	5.14	12.43	7.59	7.36	0.000
Idade pai	30	70	43.84	5.44	12.40	11.42	9.70	0.000

Dadas a grande amplitude de variação encontrada nas idades dos progenitores, que se situam nos 40 anos, procedeu-se, ao seu agrupamento em classes homogéneas com base nas frequências absolutas. Dos resultados que se apresentam na tabela 4 verifica-se que em relação ao pai dos adolescentes, 56.2% têm idade igual ou inferior a 43 anos sendo que destes em 28.2% a idade situa-se entre os 30 e 40 anos. Com idade superior ou igual a 47 anos encontramos 24.8% da amostra, contribuindo para este valor percentual os 26.5% dos pais dos rapazes e os 22.8% das raparigas. É no grupo etário dos 30-

40 anos que deparamos com o maior percentual dos pais das raparigas (31.3%), enquanto que nos rapazes se situa no grupo de idades compreendidas entre 41 e 43 anos.

No referente à idade das mães, para a amostra total a maior percentagem (29.2%) situa-se no grupo etário dos 41-44 anos, sendo que é também neste grupo que encontramos mais mães com esta idade (32.7%) entre os rapazes que constituem a amostra, enquanto que para as raparigas o valor percentual mais elevado é apurado nas mães com idade até aos 37 anos.

Profissão dos progenitores

Fazemos também na tabela 4 alusão à profissão dos progenitores tendo-se utilizado para a sua classificação a tabela nacional de profissões. Constatamos que a maioria dos pais dos inquiridos exerce a actividade profissional como trabalhadores de produção industrial e artesãos (40.6 %), sendo que destes 41.9% são pais dos adolescentes do sexo masculino e 39.2% femininos. É também de salientar os 22.4% da amostra exerce como actividade a prestação de serviços, denotando-se aqui um maior valor percentual (24.0%) entre os pais dos inquiridos do sexo feminino (24.0%) quando comparados com o masculino (20.8%).

Já com a profissão da mãe a maior percentagem para a totalidade dos inquiridos (26.0%) incide entre os classificados como trabalhadores não qualificados com valores percentuais semelhantes tanto para as mães dos adolescentes do sexo masculino como feminino. Em segundo lugar surgem com 21.0% as mães com uma actividade profissional com afinidade para a prestação de serviços e por último as trabalhadoras de produção industrial e artesãos com 17.2% para a totalidade da amostra.

Habilitações literárias dos progenitores

Quanto à situação académica, tanto os pais como as mães dos adolescentes em estudo possuem maioritariamente habilitações literárias situadas ao nível do 6º ano ou ciclo preparatório representando globalmente para o pai e mãe 25.2% e 25.8% respectivamente. Detentores do 4º ano ou antiga 4ª classe encontramos para o pai 22.9% e para a mãe

21.2%. Apenas uma ínfima percentagem é analfabeto, sendo estes mais prevalentes entre os progenitores do sexo masculino (cf. tabela 4), o mesmo ocorrendo com os que possuem habilitações literárias de nível superior, nomeadamente mestrados e doutoramento.

Tabela 4 – Caracterização familiar dos progenitores em função do sexo

Sexo / Variáveis	Masculino Nº (441)	Masculino % (52.5)	Feminino Nº (399)	Feminino % (47.5)	Total Nº (840)	Total % (100.0)
Grupo etário dos pais						
30 - 40	112	25.4	125	31.3	237	28.2
41 - 43	133	30.2	102	25.6	235	28.0
44 - 46	79	17.9	81	20.3	160	19.0
> = 47	117	26.5	91	22.8	208	24.8
Grupo etário das mães						
29 - 37	82	18.6	108	27.1	190	22.6
38 - 40	114	25.9	92	23.1	206	24.5
41 - 44	144	32.7	101	25.3	245	29.2
> = 45	101	22.9	98	24.6	199	23.7
Profissão do pai						
Membros corpos directivos	7	1.7	6	1.6	13	1.6
Profissões intelectuais	29	7.0	15	3.9	44	5.5
Profissões técnicas	21	5.1	21	5.5	42	5.3
Emp. administrativos	20	4.8	25	6.5	45	5.7
Pessoal de serviços	86	20.8	92	24.0	178	22.4
Trab. agricultura e pesca	14	3.4	12	3.1	26	3.3
Trab.prod. indust. e artesão	173	41.9	150	39.2	323	40.6
Operadores instalações	24	5.8	25	6.5	49	6.2
Trab. não qualificados	6	1.5	4	1.0	10	1.3
Forças armadas	28	6.8	30	7.8	58	7.3
Desempregados	5	1.2	2	0.5	7	0.9
Reformados	-	0.0	1	0.1	1	0.1
Profissão da mãe						
Membros corpos directivos	1	0.2	3	0.8	4	0.5
Profissões intelectuais	33	7.7	19	4.8	52	6.3
Profissões técnicas	30	7.0	29	7.4	59	7.2
Emp. administrativos	44	10.3	34	8.6	78	9.5
Pessoal de serviços	85	19.9	88	22.3	173	21.0
Trab. agricultura e pesca	4	0.9	2	0.5	6	0.7
Trab.prod. indust. e artesão	78	18.2	63	16.0	141	17.2
Operadores instalações	5	1.2	1	0.3	6	0.7
Trab. não qualificados	110	25.7	104	26.4	214	26.0
Forças armadas	36	8.4	49	12.4	85	10.3
Desempregados	2	0.5	2	0.5	4	0.5
Reformados	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Habilitações literárias pai						
Doutoramento	6	1.4	1	0.3	7	0.9
Mestrado	8	1.9	3	0.8	11	1.4
Licenciatura	27	6.4	20	5.1	47	5.8
Bacharelato	17	4.0	8	2.1	25	3.1
12º ano ou antigo 7º ano	85	20.0	83	21.3	168	20.6
9º ano ou antigo 5º ano	82	19.3	74	19.0	156	19.2
6º ano ou ciclo preparatório	106	24.9	99	25.4	205	25.2
4º ano ou antiga 4ª classe	89	20.9	97	24.9	186	22.9
Inferior à 4ª classe	5	1.2	4	1.0	9	1.1
Habilitações literárias mãe						
Doutoramento	4	0.9	3	0.8	7	0.8
Mestrado	6	1.4	2	0.5	8	1.0
Licenciatura	52	12.0	40	10.1	92	11.1
Bacharelato	16	3.7	11	2.8	27	3.2
12º ano ou antigo 7º ano	70	16.1	63	15.9	133	16.0
9º ano ou antigo 5º ano	78	17.9	81	20.5	159	19.1
6º ano ou ciclo preparatório	115	26.4	99	25.0	214	25.8
4º ano ou antiga 4ª classe	88	20.2	88	22.2	176	21.2
Inferior à 4ª classe	6	1.4	9	2.3	15	1.8

Orientação religiosa

É sabido que a maioria da população portuguesa professa algum tipo de crença religiosa e os adolescentes inseridos dentro de uma determinada cultura que poderemos dizer ancestral, valorizam as suas crenças e religiões. Questionados sobre se professam ou têm alguma orientação religiosa observamos que cerca de 9 em cada 10 adolescentes afirmaram que professavam a religião católica e apenas 1.5% uma outra religião não especificada. O teste de qui quadrado (X^2 =1.409; p = 0.494) e os resíduos ajustados inerentes não revelam significâncias estatísticas entre os grupos em estudo

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a orientação religiosa

Religião	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%			1	2
Católica	398	90.2	368	92.2	766	91.2	-1.0	1.0
Nenhuma	32	7.3	25	6.3	57	6.8	0.6	-0.6
Outra	11	2.5	6	1.5	17	2.0	1.0	-1.0
Total	441	100.0	399	100.0	840	100.0		

No entanto, quando lhes é solicitado que indiquem a frequência com que praticam a sua actividade religiosa, 41.9% afirma que o faz moderadamente com valor percentual significativo sendo mais prevalente entre as raparigas (45.9%) e 48.2% da totalidade dos inquiridos pouco ou nada, também com significância estatística entre os que afirmam nada praticar.

Tabela 6 – Frequência da prática religiosa em função do sexo

Frequência	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%			1	2
Muito	41	9.3	42	10.5	83	9.9	-0.6	0.6
Moderada	169	38.3	183	45.9	352	41.9	-2.2	2.2
Pouco	134	30.4	118	29.6	252	30.0	0.3	-0.3
Nada	97	22.0	56	14.0	153	18.2	3.0	-3.0
Total	441	100.0	399	100.0	840	100.0		

Fontes de informação sobre sexualidade

Na tabela 7 fazemos referência às preferências dos adolescentes na escolha dos interlocutores para abordarem temáticas relacionadas com a sexualidade. Como notamos cerca de 8 em cada 10 adolescentes participantes no estudo escolhe como interlocutor o amigo, aumentando para 9 em cada 10 entre as raparigas. A mãe é a interlocutora privilegia-

da para 38.5% dos inquiridos sendo o valor percentual mais prevalente (46.9%) também nas raparigas. O teste de qui quadrado apresenta significância estatística em relação aos amigos, pai e mãe, que ocorrem para os amigos e mãe em relação às raparigas e para o pai nos rapazes.

Tabela 7 – Distribuição dos inquiridos segundo a preferência na escolha dos Interlocutores

Interlocutor	Masculino		Feminino		Total		X^2	p	Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			1	2
Amigo (a)	351	79.6	351	88.0	702	83.6	10.709	0.001	-3.3	3.3
Namorado (a)	96	21.8	92	23.1	188	22.4	0.200	0.654	-0.4	0.4
Pai	93	21.1	55	13.6	148	17.6	7.699	0.006	2.8	-2.8
Mãe	136	30.8	187	46.9	323	38.5	22.739	0.000	-4.8	4.8
Irmão/irmã	81	18.7	84	21.1	165	19.6	0.957	0.328	-1.0	1.0
Professor (a)	41	9.3	54	13.5	95	11.3	3.749	0.053	-1.9	1.9
Profissional saúde	27	6.1	31	8.0	59	7.0	1.155	0.282	-1.1	1.1

Quanto às fontes de informação observamos que a internet é o recurso para mais de metade da amostra (55.7%) se documentar sobre temas relacionados com a sexualidade, sendo que cerca de 7 em cada 10 são rapazes e 4 em cada 5 raparigas. Com percentual similar para a totalidade da amostra (55.4%), encontramos os adolescentes que procuram os livros. Para este valor, contribuem os 51.2% dos rapazes e os 59.9% das raparigas. De salientar que a fonte de informação menos procurada pelos adolescentes é a experiência própria com10.5%. Com excepção da televisão como fonte de informação o teste de qui quadrado apresenta diferenças significativas entre os grupos que se situam para as raparigas nos livros/revistas e entre as que não procuram fontes de informação e nos rapazes para os que escolhem os filmes, internet e experiência própria.

Tabela 8 - Fontes de informação em função do sexo

	Masculino		Feminino		Total		X^2	p	Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			1	2
Livros/Revistas	226	51.2	239	59.9	465	55.4	6.346	0.012	-2.5	2.5
Filmes	176	39.9	102	25.6	276	33.1	19.469	0.000	4.4	-4.4
Internet	290	65.8	178	44.6	468	55.7	37.970	0.000	6.2	-6.2
Televisão	192	43.5	182	45.6	374	44.5	0.366	0.545	-0.6	0.6
Experiência própria	57	12.9	31	7.8	88	10.5	5.937	0.015	2.4	-2.4
Nenhuma	49	11.1	77	19.3	126	15.0	11.012	0.001	-3.3	3.3

Relações sexuais

Instámos os adolescentes a responder sobre se já tiveram relações sexuais e em caso afirmativo a idade da primeira relação sexual. Os resultados a estas questões apresentam-se nas tabelas 9, 10 e 11.

Assim, no que se refere à prática de relações sexuais apenas 10.6% dos adolescentes de ambos os sexos, ou seja, cerca de 1 em cada 10, já teve relações sexuais. Destes, 12.2% são rapazes e 8.8% raparigas. Entre os grupos (X^2 = 2.667 p= 0.102) as diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 9 – Pratica de relações sexuais em função do sexo

Frequência	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%			1	2
Sim	54	12.2	35	8.8	89	10.6	1.6	-1.6
Não	387	87.8	364	91.2	751	89.4	-1.6	1.6
Total	441	100.0	399	100.0	840	100.0		

Quanto à idade da primeira relação as estatísticas revelam que para os rapazes a idade mínima ocorreu aos 13 anos e a idade máxima aos 16 enquanto que para as raparigas a idade mínima e máxima foi respectivamente aos 12 e 16 anos. Em média os rapazes (média = 14.22) tiveram um início de actividade sexual mais tardio que as raparigas (média = 13.74) e para o totalidade da amostra a média foi de 14.03. Os coeficientes de variação apresentam dispersões baixas para os rapazes e totalidade da amostra e moderada para as raparigas. Por sua vez os valores de assimetria e kurtose indiciam curvas leptocurticas e enviezadas à esquerda.

Tabela 10 – Estatísticas relativas à idade da primeira relação sexual

Idade Sexo	Min	Max	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	13	16	14.22	1.28	9.00	3.72	4.53	0.000
Feminino	12	16	13.74	2.90	21.10	4.53	5.13	0.000
Total	8	16	14.03	1.47	10.47	6.480	8.320	0.000

No seguimento da questão anterior estabelecemos grupos de idade para melhor interpretarmos os resultados. De acordo com a tabela 11 verificamos que mais de dois terços da amostra tinham idade superior ou igual a 14 anos quando iniciaram a prática sexual. Destes 8 em cada 10 são adolescentes do sexo masculino e 7 em cada 10 do feminino. Com idade inferior ou igual a 13 anos figuram 21.3% da amostra sendo que o maior valor percentual (28.6%) se verifica entre as raparigas, mas as diferenças não são significativas.

Tabela 11 – Idade da primeira relação sexual em função do sexo

	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
Frequência	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**			**1**	**2**
<= 13 anos	9	16.7	10	28.6	19	21.3	-1.3	1.3
>= 14 anos	45	83.3	25	71.4	70	78.7	1.3	-1.3
Total	54	100.0	35	100.0	89	100.0		

Em síntese:

- A amostra em estudo é constituída por 840 adolescentes que apresentam uma idade mínima de 13 anos e uma máxima de 17, sendo a idade média de 14.4 anos com um desvio padrão de 0.956. O grupo etário mais prevalente situa-se entre os 14 e16 anos. Os rapazes surgem em maior percentagem (52.5%) que as raparigas;
- Os adolescentes habitam maioritariamente em zona urbana mas a percentagem dos que residem em zona rural é também significativa;
- A grande maioria da amostra coabita com os pais, 83,1% tem irmãos sendo que 72.9% vive com um irmão.
- A maioria dos pais exerce uma actividade profissional relacionada com a produção industrial e artesãos e as mães como trabalhadores não qualificados. Tanto os pais como as mães (25%) possuem habilitações literárias situadas a nível do 6ª ano ou ciclo preparatório.

- A quase totalidade dos inquiridos professa a religião católica, mas 48.2% da amostra prática pouco ou nada a religião
- Cerca de 80.0% escolhe o amigo para abordar assuntos relacionados com a sexualidade e a internet é o recurso que mais de metade da amostra utiliza para se documentar sobre estes conteúdos.
- Uma percentagem de 10.6% dos participantes no estudo já tiveram relações sexuais que ocorreram em média aos 14.2 para os rapazes aos 13,7 anos para as raparigas.

1.2. Instrumentos

Considerando os vários aspectos metodológicos nomeadamente o tipo de estudo os objectivos e as questões de investigação já referenciados procedemos à estruturação do instrumento de recolha de dados que melhor se coadunasse com o tipo de amostra que pretendíamos estudar, já que como salienta Sampieri, Collado e Lucio (2003), o método de recolha de dados a utilizar é determinado pela natureza do problema de investigação, pelas variáveis em estudo e pelas estratégias de análise estatística a realizar. Neste sentido decidimos efectuar a recolha de informação, tendo como suporte um questionário e escalas elaboradas e seleccionadas com base na pesquisa bibliográfica, sobre a temática em estudo.

Questionário

O questionário permitiu colher informações relevantes para a caracterização da amostra. É constituído por onze questões distribuídas por duas partes que correspondem aos aspectos a investigar. Assim, uma primeira parte permite a caracterização sócio-demográfica da amostra, seguindo-se uma segunda onde se colhem informações relacionadas com a educação sexual dos adolescentes.

Parte I – Caracterização sócio-demográfica

As oito primeiras questões destinam-se à obtenção de informação acerca da **idade**, **sexo**, **zona de residência**, **coabitação**, e ainda dados familiares tais como **idade, escolaridade dos pais** e respectiva **profissão**, **número de irmãos** e no caso de existirem as respectivas **idades**. Termina-se esta parte do questionário perguntando ao adolescente qual a sua **religião** e em caso afirmativo se é **praticante**

Parte II – Educação da sexualidade

Na segunda parte inserimos quatro questões com as quais procuramos conhecer aspectos respeitantes às **fontes de informação** relacionados com a sexualidade nomeadamente a partilha de informação com amigos, colegas, pais, professores bem como a **procura de outras fontes** tais como, livros/revistas, filmes, Internet, televisão.

Também procuramos saber se o adolescente alguma vez teve **relações sexuais** e em caso afirmativo a **idade** com que iniciou as relações sexuais.

Escalas

A ordem pela qual as escalas se apresentam obedece à seguinte disposição: **escala de atitudes face à sexualidade**, escala de **conhecimentos sobre planeamento familiar**, escala de **conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual**, escala de **conhecimentos sobre reprodução**, **escala de satisfação com o suporte social** e **escala de avaliação de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes**.

Com excepção da escala de satisfação com o suporte social de Pais Ribeiro (1999) e da escala de avaliação da insatisfação com a imagem corporal em adolescentes, de Baille, Guillen & Landívar (2003), as restantes foram conforme já aludimos, propositadamente construídas para o estudo que pretendíamos realizar uma vez que desconhecemos a existência de instrumentos que permitissem avaliar conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade.

Para a sua construção recorremos a várias fontes, nomeadamente à fundamentação teórica, a outros estudos neste âmbito e à nossa experiência pessoal sobre estas temáticas. Assim, o primeiro passo consistiu em elaborar os itens de cada uma das escalas. Depois de efectuarmos uma leitura cuidada e de excluir os que nos ofereceram dúvidas de interpretação, procedemos ao envio do instrumento a cinco peritos na matéria e a um especialista na área da construção de questionário a fim de obter a sua apreciação quanto à pertinência e relação da variável com os itens, dimensões e indicadores. Com esta medida procuramos garantir a qualidade do conteúdo dos itens.

Segundo Richardson citado por Fortin (1999) quanto mais enunciados há numa escala, mais elevada será a sua fidelidade. A sua organização foi baseada numa análise conceptual e foram considerados os critérios de maior clareza, diminuição da redundância e representatividade temática, no sentido de assegurar a validade do conteúdo. A autora diz ainda que a amostra de enunciados do domínio deve ser suficientemente ampla e representativa para permitir inferências. Assim, a construção das escalas teve por base os pressupostos descritos nos quadros seguintes:

Quadro 1 – Base conceptual da construção das escalas de conhecimentos sobre reprodução (**CR**); conhecimentos sobre planeamento familiar (**CPF**); conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual (**CITS**)

Escalas	Conceitos	Exemplo de itens
Conhecimentos sobre reprodução (**CR**)	Sistema reprodutor feminino	"A menstruação marca o início da idade fértil da mulher" "Os ovários produzem células femininas chamadas óvulos" "O período de maior fertilidade no ciclo menstrual é nos dias antes e depois da ovulação" "A fecundação ocorre no terço externo da trompa" "É no ovário que se dá a fecundação" "Através da placenta ocorrem trocas entre a mãe e o filho"
	Sistema reprodutor masculino	"Os testículos são um órgão sexual externo" "Os testículos produzem testosterona que estimula a produção de espermatozóides" "Os espermatozóides produzem-se constantemente"
Conhecimentos sobre planeamento familiar (**CPF**)	Métodos de barreira	"Há cuidados especiais na colocação do preservativo" "O preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração" "O preservativo só se deve utilizar se não se conhecer bem o parceiro"
	Métodos hormonais	"A pílula é um método contraceptivo de barreira" "O uso de contraceptivos é da responsabilidade da rapariga pois é ela que engravida"
Conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual (**CITS**)	Candidiase Tricomoniase Herpes Gonorreia Sífilis Verrugas genitais SIDA Hepatite	"Existe uma infecção de transmissão sexual chamada sífilis" "A pílula impede a transmissão de doenças sexuais" "O vírus da SIDA transmite-se pelo sangue A hepatite também se transmite sexualmente" "O herpes genital é uma infecção de transmissão sexual" "Existem diferentes infecções que podem ser contraídas por contacto sexual, não existindo tratamento eficaz para algumas" "Posso ter relações sexuais ocasionais pois a probabilidade de me transmitirem infecções sexuais é rara"

Quadro 2 – Base conceptual da construção da escala de atitudes face à sexualidade (**AFSA**)

Escala	Conceitos	Exemplo de itens
Atitudes face à sexualidade (AFSA)	Relações de namoro	"Para namorar basta que alguém goste de mim" "Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação" "As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais"
	Relação com os pares e com os pais	"Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem" "Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais"
	Sexualidade	"As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis" "As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens" "Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade"

Em Novembro de 2006 realizamos o teste piloto com a aplicação do instrumento de colheita de dados, a uma amostra de 232 estudantes do terceiro ciclo (9º ano). De uma maneira geral, os resultados do teste foram positivos. Constatou-se que o tempo médio no seu preenchimento se situava nos 30 minutos, mas sentiu-se a necessidade de se proceder à reformulação de alguns itens devido à dificuldade de interpretação, para este grupo etário.

1.3. Procedimentos

Procurando pautar a nossa actuação em todo o processo de investigação por uma rigorosa conduta ética, foi solicitada a autorização formal para realizar a recolha de dados e a intervenção formativa, aos Conselhos Executivos das Escolas que aderiram ao Projecto, assim como às respectivas Associações de Pais, os quais diferiram o pedido. Posteriormente, contactámos os Directores de Turma a quem, em traços gerais, demos a conhe-

cer os objectivos da investigação, as razões científicas do nosso interesse e as implicações práticas do mesmo, propondo as sessões lectivas nas unidades curriculares não disciplinares.

Solicitamos também, que nos fosse indicado o docente de cada turma que mais directamente estaria implicado no processo de intervenção formativa, a fim de efectuarmos a marcação com dia, hora e sala de aula, para preenchimento dos questionários por parte dos alunos e o horário para as sessões lectivas.

Na conversa que tivemos com os directores de turma e com os professores responsáveis pelas unidades curriculares, apelamos para que sempre que possível proporcionassem espaços de reflexão conjunta, promovendo desta forma o bem estar e a saúde sexual e reprodutiva.

Comprometemo-nos que seria garantida a completa confidencialidade quaisquer que fossem os resultados, e que, todo o trabalho seria desenvolvido de forma a não perturbar o normal funcionamento da escola, turma, e dos alunos, e que estes só participariam voluntariamente.

Nos dias e horas aprazados e a anteceder a aplicação do instrumento de recolha de dados foi explicado aos adolescentes o tema, os objectivos e a colaboração que deles se pretendia, reforçando-se uma vez mais o carácter de voluntariedade de participação no estudo. Procedemos à sua distribuição e apelamos à sinceridade no seu preenchimento. O questionário foi aplicado a todos os estudantes que se encontravam em sala de aula e às diferentes turmas do 9º ano de escolaridade. Foi-lhes também solicitado na altura do preenchimento do questionário que colocassem na primeira folha um número diferente do seu número de aluno, com indicação para o memorizarem, uma vez que iria ser utilizado no segundo momento de recolha de dados, após a intervenção formativa.

1.4. Estudo Psicométrico das Escalas

Para cada escala efectuamos a avaliação das propriedades psicométricas nomeadamente **os estudos de fiabilidade** e **estudos de validade**. Os primeiros permitem verificar o

grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida, procurando por esse facto avaliar a estabilidade temporal ou teste-reteste e a consistência interna ou homogeneidade dos itens, enquanto que os segundos permitem determinar o grau com que o instrumento serve para medir a variável que pretende avaliar.

Neste estudo não avaliamos a estabilidade temporal, dado que constituindo as escalas um instrumento para medir um estado que poderá ser modificado, o teste-reteste não é relevante como medida de fiabilidade. Normalmente é substituído pelo coeficiente de bipartição, vulgarmente designado por método de "*split half*" ou método das metades.

O grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova, ou, por outras palavras, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item, foi conduzida realizando os seguintes passos:

- Determinação do coeficiente de *correlação de Pearson* das diversas questões com a nota global. Indica-nos "se cada parte se subordina ao todo", ou seja, se cada item se define como um todo "operante" do "constructo geral" que pretende medir (Vaz Serra, 1994). De acordo com o autor todos os itens com correlações menores a 0.20 com o valor global não foram considerados.
- Determinação do coeficiente *alfa de Cronbach* – Este indicador mede a correlação entre cada escala com as restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo universo e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Permite assim avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de um factor pertencentes a uma mesma sub-escala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0.8 a consistência interna é considerada de boa (Pestana & Gageiro, 2005).
- Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (*split-half*). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos isto é procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. Como referimos este indicador tenta substituir o teste-reteste que não permite controlar os acontecimentos que ocorrem entre dois momentos de aplicação do instrumento a um mesmo grupo de pessoas, tornando difícil a comparação dos resultados.

Os estudos de validade reportam-se à validade de conteúdo, à validade de critério, e à validade de constructo. Desta a mais utilizada é a validade de constructo no estudo psicométrico porquanto é segundo Carmines & Zeller (1988) a mais importante numa perspectiva científica, sobrepondo-se às restantes. Referem os autores citados que neste contexto, "a validade do constructo nunca é provada, é simplesmente aceite, dado que as provas a favor se evidenciam como superiores às provas contrárias".

A análise factorial dos itens e dos resultados, é o método que tem revelado maior uso e reconhecimento para o estudo de validade. Menciona Maroco (2007), que se trata de "*uma técnica de análise exploratória de dados que tem por objectivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis inter-relacionadas de modo a construir uma escala de medida para factores intrínsecos que de alguma forma (mais ou menos explícita) controlam as variáveis originais".* Mais, relata, que *"o objectivo da análise factorial é o de atribuir um score (quantificação) a constructos ou factores que não são directamente observáveis"*.

No estudo psicométrico das diferentes escalas que a seguir se apresenta, depois de efectuarmos a depuração dos diferentes itens no sentido de reter aqueles que se mostraram mais consistentes, não procedemos ao estudo de validade do constructo através da análise factorial. Por opção, trabalhamos apenas com o resultado global das mesmas como se de escalas unifactoriais se tratassem, dado que para o estudo em causa e face às características da amostra pareceu-nos mais vantajoso, avaliar no seu todo as atitudes face à sexualidade e os conhecimentos sobre planeamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis e reprodução.

1.4.1. Escala de atitudes face à sexualidade (AFSA)

A escala de atitudes face à sexualidade é um instrumento psicométrico original, de auto-resposta que se destina a avaliar aspectos relacionados com o namoro, da relação com os pares e os pais e aspectos relacionados com a sexualidade.

Este instrumento integra 45 itens elaborados em escala ordinal tipo Likert. Cada item possui cinco alternativas de resposta e a sua cotação processa-se por ordem decrescente isto é, a primeira opção de resposta em cada item é cotada de 5 e a última de 1 atendendo ao seguinte critério: (5) concordo totalmente, (4) concordo muito; (3) nem concordo nem discordo; (2) discordo muito; (1) discordo totalmente. Os itens 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 16, 18, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 34, 38, 39, 40, 42, 43, 44 e 45 são cotados inversamente ou seja, (1) concordo totalmente a (5) discordo totalmente.

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, a tabela 12 mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o total da escala. Como atestamos os valores médios oscilam entre 2.07 no item 7 **"**A paixão tira-me a vontade de comer*";* e os 4,60 no item38 **"**Só os rapazes deveriam ter educação sexual*".* Por apresentarem valores correlacionais inferiores a 0.2 foram eliminados os itens 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 20, 22, 27, 28, 29 e 36, o que levou a efectuar-se uma nova correlação dos itens existentes com a nota global. Entretanto a segunda correlação, revelou que o item 1 por apresentar uma correlação de (r= 0.199) também foi eliminado. Deste modo efectuamos uma terceira correlação de Pearson com os itens restantes e o resultado demonstrou que todos eles apresentavam um valor correlacional superior a 0.2, oscilando estes entre os (r=0.219) no item 30 *"*Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes*"* e o (r=0.492) no item 45 *"*Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas", sendo a sua variabilidade de 24.20% para este item.

Por sua vez, as estatísticas dos itens que constituem a escala revelam que os valores médios, numa escala de 1 a 5, estão bem centrados pois situam-se acima do valor médio.

Tabela 12 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da escala de atitudes face à sexualidade

Nº Item	*Itens*	Média	Dp	1º correlação	2º correlação	3ª correlação
1	Para mim a relação sexual só faz sentido se existir afecto	4.26	0.998	0.266	0.199	
2	Para namorar basta que alguém goste de mim	4.04	1.068	0.276	0.321	0.320
3	Os adultos não compreendem os adolescentes nos assuntos sobre sexualidade	3.55	1.213	0.086		
4	Prefiro manter o meu namoro em segredo	3.77	1.174	0.171		
5	A refeição com a minha família é um bom momento para conversar sobre sexualidade	4.11	1.013	0.067		
6	Contrariar o/a meu/minha namorado/a não faz mal	2.75	1.307	0.116		
7	A paixão tira-me a vontade de comer	2.07	1.139	0.096		
8	Acho normal querer estar sempre só	3.92	1.142	0.190		
9	São os meus amigos que mais me ajudam nos assuntos sobre sexualidade	3.67	1.328	0.100		
10	Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem	4.35	0.839	0.258	0.353	0.352
11	Quando tenho um desgosto amoroso fico sem sono	2.63	1.269	0.187		
12	Tanto estou triste como estou contente	3.54	1.375	0.175		
13	O elogio é muito importante para mim	3.61	1.060	0.147		
14	A procura da independência faz parte da adolescência	4.00	0.965	0.307	0.353	0.342
15	Sinto que a paixão me afecta o sono	2.54	1.239	0.178		
16	O desgosto amoroso só me acontece a mim	4.25	1.089	0.287	0.355	0.366
17	A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo	4.25	1.091	0.381	0.360	0.327
18	Aceito que se podem ter relações sexuais com alguém que não se ame	3.77	1.313	0.129		
19	Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas	3.67	0.936	0.238	0.262	0.253
20	Só faço o que me apetece relativamente à sexualidade	3.14	1.299	0.140		
21	Sou agradável no contacto com os outros	3.75	0.873	0.251	0.279	0.272
22	Cabe ao homem o papel de conquistar e à mulher o de se deixar conquistar	3.54	1.265	0.206		
23	Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação	4.33	0.973	0.351	0.380	0.367
24	As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis	3.90	1.040	0.327	0.375	0.369
25	Só vou ter relações com o meu namorado/a se tiver a certeza que vou casar com ele/a	4.11	1.048	0.283	0.387	0.407
26	As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens	3.55	1.048	0.223	0.268	0.275
27	Uma rapariga que durante um ano tenha dois ou mais parceiros é promíscua	2.75	1.136	-0.011		
28	Um rapaz que durante um ano tenha mais do que duas parceiras é promíscuo	2.60	1.139	0.045		
29	O mais importante da sexualidade é a relação sexual completa	3.57	1.207	0.159		
30	Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes	3.69	1.297	0.261	0.216	0.219
31	As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos	4.43	0.929	0.381	0.493	0.507
32	Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais	3.77	1.337	0.250	0.273	0.277
33	A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens	3.60	1.181	0.341	0.415	0.421
34	Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade	4.30	1.079	0.370	0.387	0.381
35	Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios	3.73	0.998	0.239	0.251	0.249
36	As mães são mais tolerantes que os pais no que respeita à sexualidade dos filhos	3.46	1.152	0.075		
37	A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas	4.42	0.909	0.327	0.406	0.402
38	Só os rapazes deveriam ter educação sexual	4.60	0.822	0.401	0.465	0.466
39	A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente	4.19	1.059	0.357	0.424	0.429
40	A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento	4.40	0.985	0.427	0.555	0.566
41	As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais	4.10	1.018	0.294	0.392	0.400
42	A masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evito praticá-la	3.88	1.098	0.301	0.366	0.380
43	Não consulto livros de sexualidade pois só mostram porcarias	3.95	1.072	0.304	0.359	0.369
44	As relações sexuais antes do casamento são um pecado	4.48	0.958	0.399	0.468	0.477
45	Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas	4.31	1.009	0.382	0.480	0.492

Na continuação do estudo de fiabilidade, apresentamos na tabela 13 os parâmetros de validade e de precisão da escala de atitudes face à sexualidade. Ao calcularmos os valores de *alfa de Cronbach* notamos, que variam dentro dos intervalos considerados razoáveis pois situam-se para o alfa sem item entre 0.721 e 0.750. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o item 32 é o que menor valor correlacional apresenta (r=0.145) podendo não revelar-se por isso homogéneo face a outros itens, e a correlação máxima é obtida no item 40 com um valor de "r" de 0.492.

Verificamos entretanto, a proporção da variância de cada variável explicada pelos factores que é designada por comunalidade. A comunalidade inicial é para todos os itens igual a 1 e após a extracção classificámo-la de razoável já que oscila entre os 29.8% no item 16 e 65.9% no item 23.

Determinamos o índice de fiabilidade de *split half* ou coeficiente de bipartição que como referimos se obtêm dividindo a escala em duas metades. Este índice tende a produzir valores de fiabilidade mais baixos uma vez que tem em consideração um número mais reduzido de itens. Pelos resultados obtidos, notamos que os valores de *alfa de cronbach* se revelam mais baixos, do que o valor de alfa para a globalidade da escala já que para a primeira metade se obteve um valor de (0.536) e para a segunda de (0.668) conforme resultados expresso na tabela 13, o que nos permite afirmar que a consistência dos itens é razoável para a primeira e segunda metades.

Dos resultados obtidos nas análises da fidelidade e da validade de *constructo* da escala de atitudes face à sexualidade, apresentamos na tabela 13 a versão final da escala unifactorial que será utilizada no estudo empírico.

Tabela 13 – Consistência interna da escala de atitudes face à sexualidade

Nº Item	***Itens***	R/item	R^2	Alpha s/item	H^2
2	Para namorar basta que alguém goste de mim	0.219	0.103	0.739	0.397
10	Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem	0.274	0.121	0.735	0.402
14	A procura da independência faz parte da adolescência	0.252	0.137	0.737	0.495
16	O desgosto amoroso só me acontece a mim	0.265	0.127	0.736	0.298
17	A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo	0.223	0.281	0.739	0.653
19	Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas	0.161	0.174	0.742	0.648
21	Sou agradável no contacto com os outros	0.188	0.195	0.740	0.580
23	Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação	0.277	0.275	0.735	0.659
24	As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis	0.273	0.153	0.735	0.391
25	Só vou ter relações com o meu namorado/a se tiver a certeza que vou casar com ele/a	0.313	0.252	0.733	0.419
26	As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens	0.173	0.099	0.742	0.376
30	Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes	0.090	0.044	0.750	0.530
31	As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos	0.432	0.263	0.726	0.465
32	Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais	0.145	0.068	0.746	0.559
33	A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens	0.315	0.181	0.732	0.495
34	Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade	0.282	0.226	0.735	0.617
35	Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios	0.151	0.102	0.743	0.325
37	A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas	0.321	0.230	0.733	0.642
38	Só os rapazes deveriam ter educação sexual	0.396	0.229	0.729	0.595
39	A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente	0.335	0.182	0.731	0.455
40	A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento	0.492	0.387	0.721	0.606
41	As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais	0.308	0.224	0.733	0.546
42	A masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evito praticá-la	0.279	0.181	0.735	0.535
43	Não consulto livros de sexualidade pois só mostram porcarias	0.270	0.147	0.735	0.371
44	As relações sexuais antes do casamento são um pecado	0.397	0.340	0.728	0.564
45	Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas	0.408	0.378	0.727	0.576
Coeficiente Split-half				**1ª avaliação**	
		Primeira metade		0.796	
		Segunda metade		0.666	
Coeficiente alpha Cronbach global				0.814	

Em suma, a escala de atitudes face à sexualidade ficou constituída por 26 itens. Somados os valores, determina-se o índice de atitudes face à sexualidade e de acordo com a pontuação obtida é possível identificar três grupos de corte tendo por base a fórmula apresentada por Pestana & Gageiro (2005): **(Média ± 0.25 dp).** Do resultado obtido adoptar-se-á a seguinte classificação.

Desfavorável = ≤ M – 0.25dp

Indiferente = ≥ M – 0.25dp ≥ **M** ≤ M + 0.25dp

Favorável = ≥ M + 0.25dp

1.4.2. Escala de conhecimentos sobre planeamento familiar

Apesar da educação sexual poder integrar-se em vários espaços educativos, a realidade vem demonstrar-nos que a forma como tem vindo a ser abordada não é mais eficaz, pois os adolescentes continuam a manifestar atitudes e comportamentos sexuais pouco saudáveis tais como: a antecipação da idade da primeira relação sexual; a duração dos relacionamentos; a existência de parceiros ocasionais e o uso inconsistente dos métodos contraceptivos e do preservativo.

A literatura por outro lado vem afirmando que se os adolescentes possuírem bons conhecimentos e informação acerca do planeamento familiar, facilmente perceberão que a sexualidade pode ser vivida de forma saudável e feliz.

Foi com base nestes pressupostos que decidimos construir uma escala que permitisse avaliar os conhecimentos dos adolescentes sobre o planeamento familiar.

Esta escala consta de 25 perguntas auto-aplicadas que analisam diferentes aspectos a ter em consideração quando se aborda a problemática do planeamento familiar. Elaborada em escala ordinal tipo Likert, a cada um dos componentes é atribuída uma pontuação por ordem decrescente que oscila entre 5 e 1 pontos. Uma pontuação de 5 indica uma concordância total, enquanto que uma pontuação de 1 indica uma discordância total. Os itens 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12, 14, 21, 22, 23, e 25 são cotados inversamente, o que consigna que a primeira opção de resposta é 1 e a última 5.

Apresentamos na tabela 14 as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global da escala de conhecimentos sobre planeamento familiar. No que se refere às estatísticas constatamos que os índices médios na sua maioria estão bem centrados já que se situam acima do valor médio com excepção do indicador 2 “Uma relação sexual sem penetração pode engravidar” que apresenta uma média de 2.40. O indicador 9 “O preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração” é o que apresenta o índice médio mais elevado (média= 4.43)

Foram efectuadas duas correlações com a nota global da escala. Na primeira os itens 10, 11 e 18 foram eliminados por apresentarem valores inferiores a 0.20. Já na segunda correlação os resultados indicaram valores positivos acima do valor de referência. A correlação mais baixa foi encontrada no item 13 “O período fértil na mulher ocorre por volta do 15 dia do ciclo menstrual “ (r= 0.254) que explica 6.45% da sua variabilidade e a mais

elevada nos itens 2 “O planeamento familiar evita a menstruação “ e 3 “Os métodos contraceptivos evitam as menstruações ” com o mesmo valor correlacional (r=0.565) explicam cada 31.92% da sua variabilidade com a nota global.

Tabela 14 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da escala de planeamento familiar

Nº Item	*Itens*	Média	Dp	1º correlação	2ª correlação
1	O planeamento familiar evita gestações indesejáveis	3.73	1.095	0.331	0.334
2	O planeamento familiar evita a menstruação	4.07	1.064	0.551	0.565
3	Os métodos contraceptivos evitam as menstruações	4.00	1.124	0.560	0.565
4	A pílula é um método contraceptivo de barreira	3.04	1.414	0.368	0.370
5	O dispositivo intra-uterino é recomendado a adolescentes	3.59	1.094	0.487	0.512
6	É muito difícil engravidar na primeira relação sexual	3.81	1.111	0.418	0.438
7	Há cuidados especiais na colocação do preservativo	4.27	0.895	0.393	0.384
8	A pílula evita uma gravidez não desejada	3.99	0.990	0.338	0.342
9	O preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração	4.43	0.860	0.399	0.418
10	Quando se tem relações sexuais durante a menstruação pode engravidar-se	2.53	1.274	0.022	
11	Uma relação sexual sem penetração pode engravidar	2.40	1.324	-0.014	
12	O método do gráfico das temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é aconselhado em adolescentes	3.16	1.081	0.362	0.371
13	O período fértil na mulher ocorre por volta do 15 dia do ciclo menstrual	3.38	1.026	0.248	0.254
14	O preservativo só se deve utilizar se não se conhecer bem o parceiro	4.07	1.245	0.419	0.456
15	A laqueação das trompas não é aconselhada a adolescentes	3.71	1.230	0.391	0.388
16	A duração mais frequente do ciclo é de 28 a 30 dias	3.68	1.095	0.379	0.369
17	Se pretendo iniciar a vida sexual devo consultar um profissional de saúde	3.83	1.091	0.392	0.394
18	A pílula do dia seguinte é aconselhada para adolescentes	2.76	1.250	-0.192	
19	Deve-se verificar a validade do preservativo	4.51	0.882	0.456	0.456
20	As raparigas só engravidam se tiverem um orgasmo	3.89	1.137	0.472	0.494
21	O uso de contraceptivos é da responsabilidade da rapariga pois é ela que engravida	4.24	1.135	0.535	0.562
22	Os jovens de hoje têm fácil acesso à informação sobre métodos anticonceptivos	4.26	0.964	0.443	0.459
23	O uso do preservativo diminuiria o prazer sexual e por isso nunca o usaria	4.08	1.073	0.518	0.544
24	Se tiver uma relação sexual não protegida devo tomar a pílula do dia seguinte se não quiser engravidar	3.66	1.162	0.282	0.263
25	Não uso preservativo porque tenho sempre a(o) mesmo parceira (o)	4.10	1.077	0.402	0.414

Seguindo os mesmos procedimentos utilizados no estudo de fiabilidade da escala anterior determinamos a comunalidade que após a extracção pode classificar-se como razoável dado que os valores encontrados se situam entre os 0.336 no indicador 17 “Se pretendo iniciar a vida sexual devo consultar um profissional de saúde” e 0.643 no indicador 3. “Os métodos contraceptivos evitam as menstruações”.

Quanto aos valores de *alfa de Cronbach* podemos considera-los razoáveis pois oscilam entre 0.667 no item 3 “Os métodos contraceptivos evitam as menstruações “e 0.735 no item 18 “A pílula do dia seguinte é aconselhada para adolescentes”. No que respeita aos coeficientes de correlação item total corrigido parece existir pouca homogeneidade nos itens 13 (r=0.145) e 24 (r=0.166) por apresentarem as menores correlações.

Calculado o índice de fiabilidade pelo coeficiente de bi partição os valores de *alfa de cronbach* revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.719) já que para a primeira metade que comportou 13 itens se obteve um valor de 0.514 e para a segunda com 12 itens de 0.577 (cf. tabela 15).

Tabela 15 – Consistência interna da escala de conhecimentos sobre planeamento familiar

Nº Item	***Itens***	R/item	R^2	Alpha s/ item	H^2
1	O planeamento familiar evita gestações indesejáveis	0.225	0.121	0.688	0.565
2	O planeamento familiar evita a menstruação	0.467	0.399	0.669	0.643
3	Os métodos contraceptivos evitam as menstruações	0.472	0.412	0.667	0.686
4	A pílula é um método contraceptivo de barreira	0.232	0.158	0.689	0.477
5	O dispositivo intra-uterino é recomendado a adolescentes	0.394	0.280	0.675	0.463
6	É muito difícil engravidar na primeira relação sexual	0.317	0.196	0.681	0.450
7	Há cuidados especiais na colocação do preservativo	0.311	0.171	0.683	0.438
8	A pílula evita uma gravidez não desejada	0.243	0.140	0.687	0.479
9	O preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração	0.320	0.231	0.683	0.604
12	O método do gráfico das temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é aconselhado em adolescentes	0.259	0.199	0.686	0.577
13	O período fértil na mulher ocorre por volta do 15 dia do ciclo menstrual	0.145	0.117	0.694	0.527
14	O preservativo só se deve utilizar se não se conhecer bem o parceiro	0.305	0.245	0.681	0.566
15	A laqueação das trompas não é aconselhada a adolescentes	0.276	0.139	0.684	0.525
16	A duração mais frequente do ciclo é de 28 a 30 dias	0.276	0.139	0.684	0.504
17	Se pretendo iniciar a vida sexual devo consultar um profissional de saúde	0.290	0.153	0.683	0.336
19	Deve-se verificar a validade do preservativo	0.379	0.254	0.678	0.569
20	As raparigas só engravidam se tiverem um orgasmo	0.373	0.236	0.676	0.451
21	O uso de contraceptivos é da responsabilidade da rapariga pois é ela que engravida	0.444	0.307	0.670	0.505
22	Os jovens de hoje têm fácil acesso à informação sobre métodos anticonceptivos	0.358	0.222	0.679	0.431
23	O uso do preservativo diminuiria o prazer sexual e por isso nunca o usaria	0.430	0.289	0.672	0.475
24	Se tiver uma relação sexual não protegida devo tomar a pílula do dia seguinte se não quiser engravidar	0.166	0.121	0.694	0.599
25	Não uso preservativo porque tenho sempre a(o) mesmo parceira (o)	0.302	0.216	0.682	0.564
Coeficiente Split-half				**1ª avaliação**	
		Primeira metade		0.514	
		Segunda metade		0.577	
Coeficiente alpha Cronbach global				0.719	

A escala final ficou constituída por 22 itens. O índice de conhecimentos sobre planeamento familiar obtém-se somando os 22 itens e de acordo com a pontuação obtida adoptaremos a seguinte classificação com base na fórmula **(Média ± 0.25 dp).**

Insuficientes = ≤ M – 0.25dp

Moderados = ≥ M – 0.25dp ≥ **M** ≤ M + 0.25dp

Bons = ≥ M + 0.25dp

1.4.3. Escala de conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual

As infecções de transmissão sexual (ITS), são actualmente, um problema de saúde pública de grande alcance, já que se tem verificado todos os anos, um aumento do número de pessoas que sofrem destas infecções devido à mudança de hábitos sexuais dos adolescentes e ao aparecimento da SIDA. A falta de informação faz com que se desconheçam os sintomas que se mantêm ocultos, o que contribui para a sua transmissão.

A escala de conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual é uma escala ordinal tipo Likert que foi construída com 24 indicadores possuindo cada um cinco alternativas de resposta. A sua cotação processa-se por ordem decrescente sendo que a primeira é cotada de 5 e a última de 1 atendendo ao seguinte critério: (5) concordo totalmente, (4) concordo muito; (3) nem concordo nem discordo; (2) discordo muito; (1) discordo totalmente. Os itens 2, 7, 9, 17, 18, 19 e 24, 25 são cotados inversamente o que significa que um (1) corresponde a concordo totalmente e (5) a discordo totalmente.

No que se refere às estatísticas constata-se pela tabela 16 que os índices médios na sua maioria estão bem centrados já que se situam acima do valor médio. O indicador 23 “O método contraceptivo mais eficaz na adolescência é a pílula ”é o que apresenta um índice médio mais baixo (média=2.61) e o mais elevado verifica-se no indicador 19 “Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula” (média=4.48).

Foram efectuadas duas correlações dos itens com a nota global. Na primeira, os indicadores 5, 16, 21 e 23 foram eliminados por apresentarem correlações inferiores a (r=0.2). Após a realização da segunda correlação denota-se que o valor mais baixo foi encontrado no item 3 “O preservativo impede sempre a transmissão de doenças sexuais” (r=0.250), que explica 6.25% da sua variabilidade e a mais elevada no item 22 “O uso de preservativo serve apenas para evitar a gravidez” (r=0.564) explicando 31.80% da sua variabilidade com a nota global.

Tabela 16 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da escala sobre infecções de transmissão sexual

Nº Item	*Itens*	Média	Dp	1º correlação	2º correlação
1	Existe uma infecção de transmissão sexual chamada sífilis	3.73	1.076	0.339	0.336
2	A pílula impede a transmissão de doenças sexuais	3.97	1.259	0.487	0.503
3	O preservativo impede sempre a transmissão de infecções sexuais	3.91	1.133	0.261	0.250
4	O vírus da SIDA transmite-se pelo sangue	3.89	1.243	0.386	0.387
5	Ter apenas um(a) namorado(a) diminui a possibilidade de ter infecções de transmissão sexual	3.30	1.264	0.170	
6	O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais	4.41	0.896	0.421	0.432
7	Um beijo na boca pode transmitir infecções sexuais	3.79	1.263	0.342	0.379
8	A hepatite também se transmite sexualmente	3.51	1.145	0.407	0.421
9	A saliva transmite o vírus da SIDA	3.60	1.367	0.428	0.460
10	O herpes genital é uma infecção de transmissão sexual	3.81	1.136	0.430	0.428
11	As infecções sexualmente transmissíveis podem ser transmitidas de pais para filhos	3.63	1.268	0.433	0.424
12	Existem diferentes infecções que podem ser contraídas por contacto sexual, não existindo tratamento eficaz para algumas	3.85	1.059	0.581	0.585
13	A prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis depende muito de nós	4.40	0.865	0.543	0.545
14	Evitar experiências amorosas ocasionais com desconhecidos é uma atitude sensata para prevenir as doenças	3.87	1.226	0.366	0.340
15	Quando inicio as relações sexuais devo ir ao médico regularmente para prevenir as infecções sexualmente transmissíveis	3.97	1.009	0.362	0.357
16	Não devo ter relações sexuais ocasionais	3.22	1.133	0.175	
17	Posso ter relações sexuais ocasionais pois a probabilidade de me transmitirem infecções sexuais é rara	3.55	1.134	0.506	0.521
18	Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo	4.13	1.267	0.527	0.564
19	Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula	3.88	1.208	0.452	0.488
20	O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz	4.48	0.925	0.465	0.460
21	Se usar preservativo mesmo que eu tenha a SIDA, posso ter vários parceiros sexuais	2.94	1.186	0.133	
22	O uso de preservativo serve apenas para evitar a gravidez	3.80	1.347	0.564	0.597
23	O método contraceptivo mais eficaz na adolescência é a pílula	2.61	1.143	-0.135	
24	Pensar que posso contrair uma infecção sexualmente transmissível impede-me de ter relações sexuais	3.17	1.007	0.270	0.304

Determinamos a comunalidade que é razoável conforme pode constatar-se pelos resultados apresentados na tabela 17. Já no que respeita aos índices de *alfa de Cronbach* obtivemos valores razoáveis ao oscilarem entre 0.756 no item 22, e 0.781 no item 3 para um *alfa* global de 0.781. Os *alfas de Cronbach* resultantes dos coeficientes de bipartição também *se* apresentam com valores razoáveis, embora na primeira metade se tenha registado um valor de (α= 0.600) ligeiramente inferior ao da segunda metade (α=0.796). Analisando os coeficientes de correlação item total corrigido observa-se que o indicador menos favorável é o 3 " O preservativo impede sempre a transmissão de infecções sexuais", pois somente explica 7.10% enquanto que o indicador mais favorável para a escala sobre infecções sexualmente transmissíveis é o item 12-"Existem diferentes infecções que podem ser contraídas por contacto sexual, não existindo tratamento eficaz para algumas", ao explicar 34.00% da sua variabilidade (cf. Tabela 17).

Tabela 17 – Consistência interna da escala de conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual

Nº Item	*Itens*	R/item	R^2	Alpha s/ item	H^2
1	Existe uma infecção de transmissão sexual chamada sífilis	0.236	0.139	0.774	0.498
2	A pílula impede a transmissão de infecções sexuais	0.401	0.224	0.764	0.484
3	O preservativo impede sempre a transmissão de infecções sexuais	0.141	0.071	0.781	0.551
4	O vírus da SIDA transmite-se pelo sangue	0.275	0.124	0.773	0.470
6	O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais	0.355	0.216	0.768	0.572
7	Um beijo na boca pode transmitir infecções sexuais	0.264	0.232	0.774	0.621
8	A hepatite também se transmite sexualmente	0.320	0.221	0.769	0.579
9	A saliva transmite o vírus da SIDA	0.343	0.274	0.768	0.602
10	O herpes genital é uma infecção de transmissão sexual	0.329	0.234	0.769	0.568
11	As infecções sexualmente transmissíveis podem ser transmitidas de pais para filhos	0.312	0.181	0.770	0.543
12	Existem diferentes infecções que podem ser contraídas por contacto sexual, não existindo tratamento eficaz para algumas	0.509	0.340	0.758	0.583
13	A prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis depende muito de nós	0.480	0.302	0.762	0.492
14	Evitar experiências amorosas ocasionais com desconhecidos é uma atitude sensata para prevenir as infecções	0.225	0.157	0.776	0.561
15	Quando inicio as relações sexuais devo ir ao médico regularmente para prevenir as infecções sexualmente transmissíveis	0.264	0.165	0.773	0.466
17	Posso ter relações sexuais ocasionais pois a probabilidade de me transmitirem infecções sexuais é rara	0.432	0.282	0.762	0.546
18	Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo	0.469	0.366	0.759	0.600
19	Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula	0.389	0.215	0.765	0.431
20	O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz	0.382	0.194	0.766	0.378
22	O uso de preservativo serve apenas para evitar a gravidez	0.500	0.352	0.756	0.566
24	Pensar que posso contrair uma infecção sexualmente transmissível impede-me de ter relações sexuais	0.209	0.134	0.776	0.449
Coeficiente Split-half				**1ª avaliação**	
		Primeira metade		0.600	
		Segunda metade		0.796	
Coeficiente alpha Cronbach global				0.781	

Em síntese, a escala final ficou constituída por 20 itens, que no seu conjunto, constituem o índice de conhecimentos sobre planeamento familiar. Face à pontuação obtida os conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual serão classificados em conhecimentos insuficientes, moderados e bons, de acordo com o critério **(Média ± 0.25 dp).**

1.4.4. Escala de conhecimentos sobre reprodução

Da concepção até à maturidade, tanto para o homem como para a mulher, o desenvolvimento sexual é um caminho intrincado. Na realidade, a complexidade no desenvolvimento do sistema reprodutor, bem como as implicações sociais decorrentes da construção da sexualidade levam, frequentemente, ao aparecimento de ideias incorrectas gerando mitos, muitas vezes afastados da realidade que podem afectar negativamente o desenvolvimento da sexualidade na adolescência.

A escala de conhecimentos sobre reprodução é, tal como as anteriores, uma escala ordinal tipo Likert que foi construída para o presente estudo com 21 itens tendo cada um cinco alternativas de resposta, cotadas por ordem decrescente de 5 para 1 em que (5) corresponde à resposta concordo totalmente, e (1) a discordo totalmente. Os itens 5, 7, 8, e 18, são cotados inversamente sendo que para estes indicadores o (1) corresponde a concordo totalmente e (5) a discordo totalmente.

No que se refere às estatísticas constata-se pela tabela 18 que os índices médios dos itens, na sua maioria estão bem centrados já que se situam acima do valor médio. O indicador 5 “Os testículos são um órgão sexual externo”é o que apresenta um índice médio mais baixo (média=2.49) e o mais elevado verifica-se no indicador 12 “Os testículos produzem células masculinas chamadas espermatozóides” (média=4.50).

No que respeita ao estudo da homoneneidade, efectuamos três correlações com a nota global. Na primeira os indicadores 5, 7 e 18 foram eliminados por apresentarem correlações inferiores a (r=0.20) e na segunda correlação, pelo mesmo motivo foi eliminado o item 8. A terceira correlação apresenta para todos os itens valores correlacionais superiores a 0.20 denotando-se que o valor mais baixo se situa no item 2 “O aparecimento da menstruação ocorre sempre entre os 10 e os 13 anos” (r=0.275) e o mais elevado no item 18 “Durante a puberdade afirmam-se os caracteres sexuais secundários” (r=0.618) que explica 38.19% da sua variabilidade com a nota global.

Tabela 18 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da escala de conhecimentos sobre reprodução

Nº Item	*Itens*	Média	Dp	1º correla-ção	2º correla-ção	3º correla-ção
1	Através da placenta ocorrem trocas entre a mãe e o filho	3.90	1.021	0.434	0.46	0.466
2	O aparecimento da menstruação ocorre sempre entre os 10 e os 13 anos	3.58	1.182	0.212	0.258	0.275
3	A mulher pode engravidar depois da primeira menstruação se tiver relações sexuais	4.01	0.921	0.471	0.497	0.508
4	Durante a puberdade afirmam-se os caracteres sexuais secundá-rios	4.21	0.893	0.608	0.622	0.618
5	Os testículos são um órgão sexual externo	2.49	1.468	0.065		
6	A menstruação marca o início da idade fértil da mulher	4.22	0.908	0.514	0.556	0.560
7	O período fértil da mulher são os 5 dias após a menstruação	2.95	1.017	0.157		
8	É no ovário que se dá a fecundação	2.91	1.428	0.255	0.199	
9	A vulva é um órgão feminino externo	3.63	1.304	0.392	0.397	0.395
10	Os ovários produzem células femininas chamadas óvulos	4.24	0.977	0.509	0.538	0.551
11	O funcionamento dos órgãos sexuais femininos é caracterizado por formações cíclicas, constituindo o ciclo menstrual	3.73	0.937	0.528	0.537	0.530
12	Os testículos produzem células masculinas chamadas espermato-zóides	4.50	0.890	0.519	0.542	0.549
13	O ovário produz hormonas chamadas estrogénio e progesterona	3.68	1.197	0.379	0.390	0.414
14	Os testículos produzem testosterona que estimula a produção de espermatozóides	4.02	1.004	0.523	0.545	0.556
15	Os espermatozóides têm uma cauda que lhes dá mobilidade	4.47	0.772	0.590	0.608	0.611
16	Os espermatozóides produzem-se constantemente	4.07	1.001	0.446	0.456	0.465
17	O período de maior fertilidade no ciclo menstrual é nos dias antes e depois da ovulação	3.43	0.967	0.265	0.312	0.324
18	A ovulação produz-se nos primeiros dias do ciclo menstrual	2.86	1.036	0.080		
19	Um novo ser forma-se da união de um espermatozóide e de um óvulo	4.34	0.926	0.556	0.570	0.569
20	A fecundação ocorre no terço externo da trompa	3.33	0.930	0.310	0.353	0.359
21	Antes de aparecer a primeira menstruação é difícil engravidar	3.83	1.191	0.367	0.388	0.391

Os resultados psicométricos da escala permitem verificar que os valores de *alfa de Cron-bach* para cada um dos itens que constituem esta escala podem classificar-se de razoá-veis tendo-se verificado o valor mínimo de 0.751 no item 4 e 0.784 no item 2, sendo o alfa global de 0.791. Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de *alfa de Cronbach* revelaram-se mais fracos, já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.683 e para a segunda de 0.617 (cf. tabela 19). Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o item 2 é o mais problemático por apresentar o valor mínimo (r=0.131) explicando apenas 4.7% de variabilidade, e a correlação máxima é obtida no item 16 (r=0.545) que explica 39.5% da sua variabilidade.

No que respeita à comunalidade, após a extracção é razoável conforme revelam os dados apresentados na mesma tabela, oscilando entre os 0.321 no item 1 “Através da placenta ocorrem trocas entre a mãe e o filho” e os 0.669 no item 14 “O ovário produz hormonas chamadas estrogénio e progesterona”.

Tabela 19 – Consistência interna da escala de conhecimentos sobre reprodução

Nº Item	Itens	R/item	R^2	Alpha s/item	H^2
1	Através da placenta ocorrem trocas entre a mãe e o filho	0.357	0.144	0.764	0.321
2	O aparecimento da menstruação ocorre sempre entre os 10 e os 13 anos	0.131	0.047	0.784	0.430
3	A mulher pode engravidar depois da primeira menstruação se tiver relações sexuais	0.415	0.234	0.760	0.424
4	Durante a puberdade afirmam-se os caracteres sexuais secundários	0.542	0.346	0.751	0.509
6	A menstruação marca o início da idade fértil da mulher	0.475	0.287	0.756	0.456
9	A vulva é um órgão feminino externo	0.245	0.088	0.776	0.346
10	Os ovários produzem células femininas chamadas óvulos	0.458	0.306	0.756	0.417
11	O funcionamento dos órgãos sexuais femininos é caracterizado por formações cíclicas, constituindo o ciclo menstrual	0.438	0.256	0.758	0.417
13	Os testículos produzem células masculinas chamadas espermatozóides	0.464	0.315	0.757	0.519
14	O ovário produz hormonas chamadas estrogénio e progesterona	0.279	0.228	0.771	0.669
15	Os testículos produzem testosterona que estimula a produção de espermatozóides	0.460	0.336	0.756	0.623
16	Os espermatozóides têm uma cauda que lhes dá mobilidade	0.545	0.395	0.753	0.573
17	Os espermatozóides produzem-se constantemente	0.358	0.209	0.764	0.421
18	O período de maior fertilidade no ciclo menstrual é nos dias antes e depois da ovulação	0.210	0.073	0.774	0.305
20	Um novo ser forma-se da união de um espermatozóide e de um óvulo	0.483	0.325	0.755	0.440
21	A fecundação ocorre no terço externo da trompa	0.252	0.110	0.771	0.459
22	Antes de aparecer a primeira menstruação é difícil engravidar	0.254	0.124	0.774	0.494
Coeficiente Split-half				**1ª avaliação**	
		Primeira metade		0.683	
		Segunda metade		0.617	
Coeficiente alpha Cronbach global				0.791	

Somados os valores, dos 17 itens a que ficou reduzida a escala, determina-se o índice de conhecimentos sobre reprodução que varia entre 17 e 85, sendo possível identificar os adolescentes com conhecimentos insuficientes, moderados e bons através da fórmula anteriormente referenciada

1.4.5. Escala de avaliação de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes

A **Escala de avaliação de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes** (EEICA), foi construída por Baille, Guillen & Landívar (2003). Após a prévia autorização dos autores da escala original procedemos à sua tradução e adaptação para a língua portuguesa da versão espanhola. Num primeiro momento as questões da escala foram traduzidas do espanhol para o português por três peritos experientes em validação de instrumentos.

Esta tradução foi seguidamente revista com o objectivo de serem detectadas eventuais discrepâncias entre a versão original e a traduzida, o que levou a serem efectuadas algumas modificações julgadas necessárias com especial destaque para a estrutura gramatical dos vários itens. Efectuou-se depois a retroversão para a língua espanhola que não sofreu qualquer modificação importante. Por último, a versão em espanhol foi comparada com o texto original, definindo-se assim a versão final da escala em português.

Composta por 32 questões de auto-preenchimento na forma de escala ordinal tipo Likert, a EEICA tem uma variação com seis categorias de resposta: 1 - nunca; 2 - quase nunca; 3 - algumas vezes; 4 - muitas vezes; 5 - quase sempre; 6 - sempre. O score é calculado da seguinte maneira: as questões com direcção positiva (questões 1-5, 7-9, 11-17, 19, 20, 22-26, 28, 30 e 31) recebem o valor 0 para as respostas nunca, quase nunca e algumas vezes, o valor 1 para a resposta muitas vezes, o valor 2 para a resposta quase sempre e o valor 3 para a resposta sempre. As questões com direcção negativa (questões 6, 10, 18, 21, 27, 29 e 32) assumem o valor 0 para as respostas sempre, quase sempre e muitas vezes, o valor 1 para a resposta algumas vezes, o valor 2 para a resposta quase nunca e o valor 3 para a resposta nunca. O escore é calculado pela soma das respostas e varia de 0 a 96 pontos. Quanto maior a pontuação, maior a insatisfação corporal do adolescente. O ponto de corte sugerido pelos autores situa-se nos 39 pontos.

Iniciamos de seguida a estimação de algumas das suas propriedades psicométricas nomeadamente **os estudos de fiabilidade** e **estudos de validade**. Decidimos contudo, manter a estrutura unifactorial obtida por Baille, Guillen & Landívar (2003).

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, a tabela 20 mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item. Pelos valores médios o índice mais elevado (média=2.37) observa-se no item 32 " com que frequência sentes que gostarias de estar mais gordo (a)", e o mais baixo no item 17 (média=0.14) referente à "frequência com que deixa de fazer coisas porque se sente gordo (a)" O índicador que apresenta maior dispersão de resposta é o item 27 " com que frequência te sentes magra". Com excepção dos itens 6,10, 18, 21, 27, e 32, os valores médios, permitem-nos afirmar que se encontram bem centrados.

Os coeficientes de correlação com o item total corrigido mostram que o item 21 é o que se apresenta mais problemático ao apresentar uma correlação de (r=0.072) não se mostrando homogéneo face aos outros itens pelo que deveria ser retirado, o que se apresenta com maior correlação é o item 16 (r= 0.689) ao explicar 47.47% de variabilidade.

Os valores *de alfa de Cronbach* podem classificar-se de bons em todos os itens pois variam entre 0.840 no item 2 e 0.863 no item 18. Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de *alfa de Cronbach* revelaram-se inferiores, do que o alfa para a globalidade da escala (0.901) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.836 e para a segunda de 0.714.

As comunalidades mostram-se razoáveis já que oscilam entre 0.322 no item 9 "com que frequência usas roupas que dissimulam a forma do teu corpo" e os 0.760 no item 32 " com que frequência sentes que gostarias de estar mais gordo".

Tabela 20 – Consistência interna da escala de avaliação de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes

Nº Item	*Itens*	Média	Dp	R/item	α s/ item	H^2
1	Com que frequência crês que os teus amigos (as), em geral, têm um corpo mais bonito que o teu?	0.39	0.789	0.479	0.870	0.464
2	Com que frequência pensas que te verias melhor se pudesses usar um nº abaixo de roupa?	0.35	0.789	0.667	0.865	0.584
3	Com que frequência consideras que a cirurgia estética é uma opção para melhorar o teu aspecto físico no futuro?	0.23	0.663	0.351	0.873	0.522
4	Com que frequência te sentes rejeitada(o) e/ou ridicularizado(a) pelos outros devido à Com que frequência tua aparência?	0.16	0.524	0.379	0.873	0.697
5	Com que frequência analisas a composição calórica dos alimentos para controlar os que engordam?	0.24	0.646	0.327	0.873	0.368
6	Com que frequência pensas que a forma do teu corpo é a que agora se considera atractiva?	1.51	0.996	0.103	0.881	0.545
7	Com que frequência a tua imagem corporal te fez ficar triste?	0.23	0.615	0.606	0.868	0.588
8	Com que frequência pesar te provoca ansiedade?	0.20	0.595	0.470	0.871	0.362
9	Com que frequência usas roupas que dissimulam a forma do teu corpo	0.20	0.602	0.395	0.872	0.322
10	Com que frequência pensas que o mais importante para melhorar o teu aspecto seria ganhar peso?	2.28	1.028	0.150	0.880	0.735
11	Com que frequência depois de comer te sentes gordo(a)?	0.25	0.712	0.671	0.866	0.584
12	Com que frequência consideraste a possibilidade de tomar algum tipo de pastilha ou medicamento que te ajude a perder peso?	0.16	0.560	0.650	0.868	0.622
13	Com que frequência temes perder o controlo e te converteres num gordo(a)?	0.25	0.683	0.640	0.867	0.644
14	Com que frequência inventas desculpas para evitar comer diante de outras pessoas (família, amigos, etc) e assim controlar o que comes?	0.16	0.538	0.599	0.869	0.657
15	Com que frequência pensas que gostarias de ter mais força de vontade para controlar o que comes?	0.34	0.776	0.632	0.866	0.574
16	Com que frequência sentes rejeitado em relação a alguma parte do teu corpo que tu não gostas (nádegas, coxas, ventre, etc?)	0.28	0.708	0.689	0.866	0.653
17	Com que frequência deixas de fazer coisas porque te sentes gor-do(a)?	0.14	0.512	0.588	0.869	0.573
18	Com que frequência pensas que os homens / mulheres da tua idade parecem estar mais gordos(as) que tu?	1.84	0.989	0.060	0.885	0.445
19	Com que frequência dedicas tempo em pensar como melhorar a tua imagem	0.44	0.768	0.384	0.872	0.408
20	Com que frequência acreditas que se o teu aspecto físico não melhora, terás problemas de relacionamento no futuro?	0.25	0.676	0.601	0.868	0.532
21	Com que frequência te sentes muito bem ao provar roupa antes de a comprares (especialmente calças)?	1.09	1.096	0.072	0.883	0.423
22	Com que frequência te pesas em casa?	0.28	0.659	0.261	0.874	0.533
23	Com que frequência pensas que a roupa de hoje em dia não está feita para pessoas com um corpo como o teu?	0.19	0.582	0.562	0.869	0.494
24	Com que frequência sentes inveja do corpo de modelos ou artistas famosos?	0.33	0.777	0.633	0.866	0.567
25	Com que frequência evitas sair em fotos em que se veja o corpo todo?	0.30	0.743	0.446	0.871	0.454
26	Com que frequência pensas que os outros vêm o teu corpo de uma forma diferente de como tu o vês?	0.23	0.648	0.491	0.870	0.425
27	Com que frequência te sentes magra?	1.82	1.097	0.198	0.879	0.576
28	Com que frequência te sentes mal porque os outros têm visto o teu corpo desnudado ou em banhos (vestiários, praia, piscina, etc.)	0.32	0.703	0.349	0.873	0.565
29	Com que frequência te sentes satisfeita com o teu aspecto físico?	0.94	0.982	0.364	0.873	0.416
30	Com que frequência te sentiste inferior aos outros devido ao teu físico?	0.22	0.636	0.515	0.870	0.457
31	Com que frequência quando vês o teu corpo todo ao espelho, não gostas do que vês?	0.28	0.729	0.644	0.866	0.612
32	Com que frequência sentes que gostarias de estar mais gordo (a)?	2.37	0.989	0.166	0.879	0.760

		1ª avaliação
Coeficiente Split-half	Primeira metade	0.836
	Segunda metade	0.714
Coeficiente alpha Cronbach global		0.901

De acordo com os pontos de corte sugeridos pelos autores obter-se-á a seguinte classificação de ***insatisfação com a imagem corporal em adolescentes***

Satisfeitos = ≤ 39
Insatisfeitos = ≥ 40

1.4.6. Escala de satisfação com o suporte social

O suporte social é actualmente um dos principais conceitos na psicologia da saúde, Dumbar, Ford & Hunt, 1998 citado por Pais Ribeiro 1999). Refere Dunst & Trivette (1990) que o suporte social diz respeito aos recursos que estão ao dispor dos indivíduos e unidades sociais tais como a família em resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

A escala *de* satisfação com o suporte social (ESSS) foi desenvolvida por Pais Ribeiro em 1999. É um instrumento constituído por quinze frases que são apresentadas para auto-preenchimento, como um conjunto de afirmações. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação numa escala ordinal tipo Likert com cinco proposições "concordo totalmente", "concordo na maior parte", "nem concordo nem discordo", "discordo na maior parte" e "discordo totalmente.

A escala de suporte social foi construída para medir a satisfação com o suporte social existente, assumindo com defendem Wethingson & Kessler (1986) citado por Pais Ribeiro (1999), que "as medidas de percepção de suporte social explicam melhor a saúde do que as de suporte inicial tangível.

Os estudos de fidedignidade e validade desenvolvidos pelos autores da escala incidiram numa amostra de 609 sujeitos com habilitações literárias entre os 11º ano e final da universidade e idades compreendidas entre os 15 anos e 30 anos sendo que 47% eram do sexo masculino.

A análise factorial, exploratória, realizada pelo autor, revelou a existência de quatro factores que explicam 63.1% da variância total: O primeiro factor denominado "satisfação com os amigos" mede a satisfação com as amizades/amigos que têm e inclui cinco itens (1, 2, 3, 4, 5). Este factor obteve uma consistência interna (*alfa de Cronbach*) de 0.83 e explica 35% da variância total. O factor dois chamado de "intimidade", mede a percepção da

existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens (6, 7, 8, 9) que têm uma consistência interna de 0.74 e explica 12.1% da variância total.

O factor três que foi denominado de "satisfação com a família", mede a satisfação com o suporte familiar existente. É composto por três itens (10, 11 e 12) com uma consistência interna de 0.74 e explica 8.7% da variância total.

Finalmente o quarto factor é também composto por três itens que têm uma consistência interna de 0.64 e explica 7.3% da variância total.

Decidimos para este estudo não efectuar a análise factorial mantendo por esse facto a estrutura obtida por Pais Ribeiro (1999), dado que se por um lado a mesma se encontra validada para a população portuguesa, por outro tem sido aplicada com frequência em diversos estudos nacionais.

Em relação aos estudos de fiabilidade, a tabela 21 aponta as estatísticas (médias e desvios padrão) bem como as correlações obtidas entre cada item. Os valores médios e respectivos desvios padrões dos diversos itens, permitem-nos dizer que se encontram bem centrados, pois situam-se acima de 2,5 sendo os mais problemáticos os itens 13 e 14 uma vez que as médias são de 2.56 e 2.96 respectivamente.

Os valores de *alfa de Cronbach* oscilam entre o razoável e o bom ao situarem-se entre 0.798 no item 4 "Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos" e 0.822 no item "Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)". Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o item 15 é o que apresenta menor correlação (r=0.342), mas apesar disso, mostra-se homogéneo face a outros itens e a correlação máxima é obtida no item 4 (r=0.624) explicando 38.93% da sua variabilidade.

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de *alfa de Cronbach* apresentam-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.814) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.796 e para a segunda de 0.666 (cf. Tabela 21).

Tabela 21 - Consistência Interna da escala de satisfação com o suporte social

Nº Item	*Itens*	Média	Dp	Correl. Item/total	α s/ item
1	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	3.44	1.18	0.567	0.801
2	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	4.40	0.90	0.526	0.803
3	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	3.96	1.11	0.559	0.801
4	Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	4.26	0.86	0.624	0.798
5	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	4.40	0.86	0.591	0.800
6	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	3.41	1.37	0.580	0.801
7	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	4.03	1.11	0.564	0.801
8	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	4.09	0.97	0.582	0.800
9	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	2.99	1.31	0.480	0.810
10	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	4.08	1.05	0.549	0.802
11	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	3.95	1.12	0.499	0.806
12	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	3.99	1.03	0.574	0.800
13	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	2.56	1.31	0.486	0.809
14	Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	2.96	1.21	0.553	0.802
15	Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	3.09	1.33	0.342	0.822
Coeficiente Split-half				**1ª avaliação**	
		Primeira metade =		0.796	
		Segunda metade		0.666	
Coeficiente alpha Cronbach global				0.814	

Na tabela 22 é apresentada a correlação entre as respostas dadas pelos participantes no estudo a cada um dos itens e o resultado em cada uma das sub-escalas. Com excepção do item 15 que apresenta correlações negativas com satisfação com a família e que pela sua fraca relação que estabelece com as restantes variáveis, deveria ser retirado do modelo, os restantes itens expõem correlações positivas e significativas em todas as sub-escalas. Nota-se também que a correlação é sempre maior com o resultado da sub-escala do qual o item faz parte e com a escala global.

Tabela 22 - Correlação dos itens com as sub-escalas e escala global de suporte social

Nº Item	*itens*	SA	IN	SF	AS	TOTAL
1	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	**0.627**	0.463	0.143	0.317	0.567
2	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	**0.729**	0.348	0.222	0.126	0.526
3	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	**0.716**	0.301	0.305	0.218	0.559
4	Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	**0.796**	0.420	0.308	0.181	0.624
5	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	**0.720**	0.430	0.321	0.148	0.591
6	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	0.353	**0.720**	0.233	0.310	0.580
7	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	0.478	**0.716**	0.215	0.129	0.564
8	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	0.477	**0.695**	0.274	0.157	0.582
9	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	0.269	**0.662**	0.146	0.254	0.480
10	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família0.304	0.304	0.290	**0.843**	0.179	0.549
11	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	0.282	0.218	**0.866**	0.113	0.499
12	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	0.349	0.293	**0.900**	0.142	0.574
13	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	0.246	0.231	0.184	**0.759**	0.486
14	Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	0.287	0.335	0.202	**0.778**	0.553
15	Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	0.128	0.158	-0.005	**0.722**	0.342

SA – satisfação com amigos; In - intimidade; SF - satisfação com família; AS – actividades sociais

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, apresentamos tabela 23 os parâmetros de validade e de precisão das sub-escalas do suporte social.

No que alude à **satisfação com os amigos** que como referimos pretende medir a satisfação com as amizades/ amigos que tem, obtêm-se valores de *alfa* classificados de razoáveis uma vez que oscilam entre os 0.652 no item 4 e 0.776 no item 1 (cf. tabela 23), com um valor global para o total da escala de 0.747, sendo este ligeiramente inferior ao obtido no estudo da escala original. Os valores de *split-half* decaíram quer na primeira quer na segunda metade mas não deixam de se constituírem ainda como bons indicadores da consistência interna da sub-escala. Salienta-se ainda que o item 4 é o que está mais correlacionado com satisfação com os amigos (r=0.671) e o que melhor representa esta sub-escala, sendo também o que exprime maior variabilidade em relação aos restantes itens com 49.5%. O que revela menor variabilidade é o item 1 (r=0.349) que explica 14.1%.

Quanto à **Intimidade,** que mede a percepção da existência do suporte social íntimo, em termos médios, os resultados mais fracos verificam-se no item 8, sendo este que apresenta maior variabilidade de resposta. Quanto à consistência da sub-escala obtiveram-se

valores de alfa a oscilarem entre 0.527 no item 7 e 0.631 no item 9 que podem classificar-se de razoáveis (cf. tabela 23) O alfa total para esta sub-escala também é razoável ao obter um valor de 0.637, mas é ligeiramente inferior ao da escala original, (0.74). Os valores de *split-half*, balanceiam-se entre o fraco e o razoável ao situarem-se na primeira metade em 0.453 e na segunda metade em 0.351 (cf tabela 23). Patente na mesma tabela está o item 8 que é o que mais se correlaciona com os resultados globais da sub-escala, mas o que exprime maior variabilidade (38.9%) com os restantes itens da sub-escala é o item 7. O de menor correlação é o item 9 (r=0.336), sendo também este que apresenta menor variabilidade (12.7%).

A sub-escala **satisfação com a família** procura avaliar o suporte social familiar existente. Analisando os valores médios, nota-se homogeneidade nas respostas dado que entre os três itens que compõem este factor a diferença é de 0.13 pontos centesimais. Já no que respeita à variabilidade de resposta esta ocorre em maior grau no item 12 com 59.8%.

Os coeficientes de *alpha de Conrbach* obtidos oscilaram entre 0.705 no item 12 e 0.817 no item 10, indicam-nos uma boa consistência interna, (cf. tabela 23) o coeficiente *alpha* global (0.838), é ligeiramente superior ao obtido na escala original. Dado o número de itens que constituem este factor não é aplicável o método de *split-half*.

O item que mais se correlaciona com os restantes é o item 12 (r=0.773) que diz respeito ao "estar satisfeito com o que faz em conjunto com a família", com cerca de 59.8% da variabilidade deste item a ser traduzido pelos restantes, comprovando-se assim a forte correlação e importância dos seus resultados para esta sub-escala.

Analisando a sub-escala **actividades sociais** que mede a satisfação com as actividades sociais que realiza, em termos médios o item mais favorável é o 13 e o menos favorável o item 15.

Quanto à validade e consistência desta sub-escala, obtivemos valores de alfa a oscilarem entre o fraco nos itens 13 e 14, 29 e 31 e o razoável no item 15. Os valores do coeficiente *alfa* global tendem também para o razoável (0.615), mas é bastante semelhante ao obtido na escala original (0.64). De igual modo também se verificam semelhanças entre os valores alcançados nos coeficientes *alfa* dos itens desta escala e no coeficiente global. O item 14 (r=0.497) é o que apresenta melhores resultados globais e o que traduz a maior variabilidade em relação aos restantes itens com 49.7%. Já o que exprime menor correlação com os restantes (r=0.0.354) e de menor variabilidade (35.4%) é o item 15.

Tabela 23 – Relações entre itens e sub-escalas do suporte social

Nº Item	Variáveis	Média S/ item	Variância S/item	R/item	R^2	Alpha S/ item
Satisfação com amigos						
1	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	17.02	8.51	0.349	0.141	0.776
2	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	16.06	8.52	0.568	0.352	0.685
3	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	116.50	7.96	0.496	0.336	0.712
4	Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	16.21	8.22	0.671	0.495	0.652
5	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	16.06	8.69	0.564	0.373	0.688
Intimidade						
6	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	11.11	6.38	0.405	0.169	0.583
7	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	10.49	7.01	0.480	0.389	0.527
8	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	10.43	7.53	0.489	0.384	0.535
9	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	11.52	7.02	0.336	0.127	0.631
Satisfação com a família						
10	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família0.304	7.94	3.95	0.655	0.456	0.817
11	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	8.07	3.62	0.678	0.494	0.799
12	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	8.03	3.66	0.773	0.598	0.705
Actividades sociais						
13	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	6.04	4.38	0.428	0.214	0.509
14	Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	5.65	4.42	0.497	0.256	0.415
15	Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	5.52	4.62	0.354	0.132	0.618

Como notamos pela tabela 24 e tal como referimos ao longo do texto os valores de alfa do estudo actual são com excepção do suporte para as actividades sociais, ligeiramente mais baixos que os obtidos no estudo original.

Tabela 24 – Comparação dos valores de alfa do estudo actual com a escala original

Sub escalas	**Nº itens**	**Alfa de Cronbach**			
		(Split-half)		**Total**	
		Parte 1	**Parte2**	**Estudo actual**	**Estudo original**
Satisfação com amigos	5	0.547	0.714	0.747	0.83
Intimidate	4	0.453	0.351	0.637	0.74
Satisfação com a familiar	3	Não aplicável		0.838	0.74
Actividades sociais	3	Não aplicável		0.615	0.64
Suporte social (global)	15	0.796	0.666	0.814	0.850

Em síntese:

- Os estudos psicométricos das diversas escalas apresentam, de uma forma global, bons índices de validade e fidelidade, pelo que se considera a sua utilização, adequada na segunda fase da presente investigação.
- Dos resultados obtidos, verificou-se que os instrumentos de recolha de dados seleccionados dão resposta aos objectivos propostos para o estudo, no âmbito da educação sexual em contexto escolar.

2. Estudo 2 – Estudo Experimental de Campo

A abordagem da sexualidade, em contexto escolar, deve diferenciar-se da realizada pela família a qual é assistemática, transmitida de acordo com os valores familiares. À escola cabe discutir a diversidade de valores existentes na sociedade e ampliar o conhecimento (Vilelas, 2009).

A educação sexual deve integrar de forma harmoniosa as várias facetas da sexualidade humana, promovendo a aquisição de uma postura responsável, flexível e gratificante nos adolescentes, enquanto seres sexuados. Deve ser pensada como um instrumento capacitador, através do qual os indivíduos possam adquirir competências para saberem cuidar e melhorar a sua saúde sexual, possibilitando a aquisição de meios que fomentem o *empowerment* individual e social (Naidoo & Wills, 1998; Ewles & Sinmett, 1999; Hagan *et al*, 2001; Carvalho, 2002; Rifkin & Pridmore, 2002).

Refere Dias, (2006) que se tem vindo a assistir a um esforço para definir, clarificar e analisar os procedimentos envolvidos e compreender como as estratégias educativas se enquadram numa resposta abrangente à saúde comunitária. Para o autor, devem proporcionar-se espaços que privilegiem a discussão aberta e franca, pois só desta forma se consegue ajudar a resolver conflitos, dissipar dúvidas e ultrapassar medos. A quantidade de informação fornecida ao educando em aulas formais deve ser mínima, proporcionando a discussão nos pares, onde o papel do formador passa por coordenar e esclarecer dúvidas ocasionais.

O objectivo deste segundo estudo consiste em testar a eficácia de um programa de intervenção formativa. Nesse sentido, desenvolvemos uma pesquisa experimental de campo, ou seja, um tipo de investigação que ocorre numa situação real ou natural, em que uma ou mais variáveis independentes são manipuladas pelo investigador, em condições tão cuidadosamente controladas como lhe permite a situação (Sampieri, Collado & Lucio, 2003).

Dos três critérios a que obedecem os desenhos experimentais, apenas a randomização não foi tida em consideração. Tal situação prendeu-se com o facto dos horários lectivos não possibilitarem o acesso à amostra no período normal de funcionamento da escola e a educação sexual em contexto escolar ser remetida para as unidades curriculares não

disciplinares. Tanto o grupo controlo como o experimental possuem características semelhantes no que respeita às variáveis sócio-demográficas, concretamente idade, sexo, local de residência e escolaridade.

A intervenção formativa foi estruturada em três áreas temáticas interligadas entre si: desenvolvimento adolescente, destacando neste tópico as atitudes face à sexualidade, planeamento familiar e infecções de transmissão sexual.

No intuito de estabelecer empatia com o grupo e de dinamizar a intervenção, saindo do método expositivo clássico, levámos os adolescentes a debaterem a adolescência enquanto fase do ciclo vital, na qual ocorrem transformações físicas que implicam alterações na imagem corporal, transformações psicossociais e cognitivas. Mais detalhadamente, reflectiram sobre a nova roupagem que a afectividade adquire na adolescência, levando à descoberta do primeiro amor e paixão. Ponderaram a importância do namoro enquanto relação de compromisso que implica conhecimento de si e do outro, confiança, ajuda, partilha, alegria, sentimento, respeito, carinho, afecto e responsabilidade.

Com base na definição de sexualidade da OMS, debateram o significado de cada frase que o conceito integra. Discutiram as implicações biológicas e psicológicas de aceder a ter relações sexuais sem se estar preparado para tal. Nesta temática, discutiram a masturbação feminina e masculina, desmistificando alguns mitos. Analisaram ainda a importância dos amigos, decorrente da necessidade de autonomia em relação à família. Em jeito de conclusão e enquanto moderadores do debate, fizemos uma síntese final.

Antes de iniciarmos a temática do planeamento familiar, procedemos a uma breve revisão sobre anatomia e a fisiologia do sistema reprodutor feminino e masculino, para uma melhor compreensão dos métodos contraceptivos. Aprofundamos detalhadamente os métodos contraceptivos mais adequados aos adolescentes, recorrendo para o efeito ao KIT contraceptivo da Associação de Planeamento da Familia (APF), que inclui todos os métodos e permite a sua visualização e manuseio. Este KIT foi considerado pelos alunos como uma mais-valia, pois referiram ter contacto directo com métodos contraceptivos actuais, sobre os quais nunca ouviram falar ou tivessem manipulado.

Um dos momentos altos da intervenção formativa constou do treino da colocação do preservativo no modelo pedagógico do pénis. Solicitamos aos alunos que referissem quais os cuidados que se deviam ter antes de colocar o preservativo, bem como a conservação e preservação do mesmo. Quando constatamos que estes aspectos estavam apreendi-

dos, pedimos a alguns alunos para treinarem a colocação e remoção do preservativo. Esta actividade foi muito participada tanto por parte dos que a realizaram como daqueles que assistiram. Para vincarmos a necessidade da responsabilidade contraceptiva compartilhada, aproveitamos esta temática para os levarmos a reflectir.

Uma vez que as infecções de transmissão sexual já tinham de algum modo sido abordadas, finalizamos a intervenção formativa recorrendo a imagens de fotografias em slides para ilustrar a genitália com as infecções mais comuns. Esta acção, pareceu-nos ter provocado um impacto perturbador, pois os comentários que se ouviam eram “que horror”, “isso é mesmo assim”, “essas doenças existem mesmo”, ”quando chegar a casa vou logo tomar banho”, entre outros.

Estas três temáticas foram abordadas por turma, por um período de tempo de aproximadamente noventa minutos. O nosso sentimento foi que o tempo para abordar assuntos tão importantes foi manifestamente escasso, pois muito mais havia para dizer e muitas mais dúvidas para colocar. Ficou-nos a sensação que despertámos a atenção e motivamos os adolescentes para reflexões futuras, quer em contexto de sala de aula, quer nos espaços de recreio, ou mesmo com os pais.

Antes de nos retirarmos agradecemos a colaboração prestada e disponibilizamo-nos para voltarmos ao espaço de sala de aula, sempre que solicitado. Relembramos aos adolescentes que decorrido um mês iriam responder novamente ao questionário e tal como no primeiro momento também se lhes exigia que respondessem de forma anónima, sincera e codificada.

2.1. Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 90 adolescentes, que frequentavam, no ano lectivo de 2008/2009, o 9º ano de escolaridade, de Escolas EB2/3, do Distrito de Aveiro. Foram subdivididos em dois grupos a que designamos por um grupo controlo com 48 participantes e um grupo experimental com 42 participantes onde desenvolvemos as actividades acima descrita.

Idade

As estatísticas relativas à idade revelam que no grupo total os alunos apresentam uma idade mínima de 13 anos e uma máxima de 17 anos, ao que corresponde uma idade média de 14,09 anos com um desvio padrão de 0,78 anos. Para o grupo controlo e experimental, as idades mínimas e máximas são de 13 anos e 17 anos, com desvios padrão de 0,74 e 0,84 respectivamente.

Os alunos do grupo controlo representam 53.3% da totalidade da amostra, enquanto os do grupo controle 46.7% da mesma. Pelos valores médios apresentados na tabela 25 denota-se que os adolescentes do grupo controle, são em média mais velhos (M = 14,15 anos) que os do experimental (M = 14,02 anos) mas as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas conforme resultado do teste t para amostras independentes (t=0.731; p=0.467). O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda para os dois grupos e para a totalidade da amostra. Já os coeficientes de variação indiciam uma dispersão baixa face às idades médias encontradas (cf. tabela 25).

Tabela 25 – Estatísticas da idade dos adolescentes por grupos

Idade / Sexo	N	Min	Max	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Controle	48	13	17	14.15	0.743	5.25	4.95	7.14	0.000
Experimental	42	13	17	14.02	0.841	5.99	4.12	5.07	0.000
Total	90	13	17	14.09	0.788	5.59	6.02	7.58	0.000

Dos resultados que se apresentam na tabela 26 constata-se que dos 90 adolescentes que participaram no estudo, 82.2% têm idade compreendida entre os 14 e 16 anos, com uma idade média de 17 anos. Tanto para os do grupo controle como para o experimental, é no grupo etário dos 14-16 anos que se observam os valores percentuais mais elevados com 87.5% e 76.2% respectivamente. Ao invés é no grupo dos adolescentes com idade de 17 anos que se encontram as percentagens mais baixas (2.1%) e (2.4%).

Sexo

No referente ao sexo, a análise da tabela 26 indica-nos que mais de metade da amostra são raparigas (52.2%) com percentagens semelhante entre os participantes do grupo controle e experimental, o mesmo ocorrendo para os 47.8% dos rapazes pertencentes ao grupo controle.

Zona de residência

Nota-se pelos resultados apresentados na mesma tabela que 68.9% dos adolescentes reside em zona rural. No grupo controlo 70.8% reside em zona rural mas sem significância estatística quando comparado com o grupo experimental. Dos 31.1% que residem em zona urbana, 33.3% dos constituintes da amostra pertencem ao grupo experimental. Entre o local de residência e grupo, não foram encontradas diferenças significativas (X^2=0.181; p=0.670).

Coabitação com os pais

Ao questionarmos os nossos adolescentes com quem habitavam, a quase totalidade da amostra (95.6%) respondeu que viviam com os pais. Dos 4.4% que respondeu não viver, 6.3% são adolescentes do grupo controle.

Fratria

Da análise à pergunta se tem irmãos e em caso afirmativo o seu número, mais de três quartos dos adolescentes inquiridos respondeu afirmativamente, sendo que o maior valor percentual (83.3%) é observável entre os inquiridos do grupo experimental. As diferenças entre grupos também não são significativas conforme resultados do teste de qui quadrado e residuos ajustados.

Número de irmãos

Quanto ao número de irmãos a coabitação com um irmão (70.8%) sobressai em relação aos que coabitam com dois ou mais irmãos, o que reforça a tendência actual para a constituição de famílias pouco numerosas. O teste de qui quadrado e os resíduos ajustado não revelam significância estatística.

Tabela 26 - Caracterização sócio-demográfica da amostra em função do grupo

Sexo / Variáveis	Controle Nº (48)	Controle % (53.3)	Experimental Nº (42)	Experimental % (46.7)	Total Nº (90)	Total % (100.0)	Residuais Cont	Residuais Exp	Qui quadrado X^2	Qui quadrado p
Grupos etários										
13 anos	5	10.4	9	21.4	14	15.6	-1.4	1.4	2.104	0.49
14 – 16 anos	42	87.5	32	76.2	74	82.2	1.4	-1.4		
17 anos	1	2.1	1	2.4	2	2.2	Não aplicavel			
Sexo										
Masculino	23	47.9	20	47.6	43	47.8	0.0	0.0	0.001	0.978
Feminino	25	52.1	22	52.4	47	52.2	0.0	0.0		
Zona de residência										
Rural	34	70.8	28	66.7	62	68.9	0.4	-0.4	0.181	0.670
Urbana	14	29.2	14	33.3	28	31.1	-0.4	0.4		
Coabitação com os pais										
Sim	45	93.8	41	97.6	86	95.6	-0.9	0.9	0.790	0.374
Não	3	6.3	1	2.4	4	4.4	0.9	-0.9		
Fratria										
Sim	36	75.0	35	83.3	71	78.9	-1.0	1.0	0.934	0.334
Não	12	25.0	7	16.7	19	21.1	1.0	-1.0		
Número de irmãos										
Um	25	67.6	26	74.3	51	70.8	-0.6	0.6		
Dois	5	13.5	7	20.0	12	16.7	-0.7	0.7	3.586	0.310
Três	2	5.4	-	0.0	2	2.8	1.4	-1.4		
Quatro	5	13.5	2	5.7	7	9.7	1.1	-1.1		

Caracterização familiar dos progenitores

Idade dos progenitores

Evidenciam-se na tabela 27 as estatísticas relacionadas com a idade dos progenitores dos adolescentes que participaram no estudo. Como reparamos a idade mínima para a mãe é de 31 anos e para o pai de 33 anos, sendo a máxima para ambos de 56 anos. Os índices médios anunciam que as mães (média= 40.47 anos ±5.18 anos) são mais jovens que os pais (média= 43.19 anos ±5.18 anos), sem significância estatística.

Os coeficientes de variação são baixos e os valores de assimetria e curtose sugestivos de curvas normais para a idade do pai mas enviezada à direita para a idade da mãe, enquanto o teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov, indica que a distribuição da amostra não é normal.

Tabela 27 – Estatísticas da idade dos progenitores

Idade / Sexo	Min	Max	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Idade mãe	31	56	40.47	5.18	12.79	2.86	0.87	0.000
Idade pai	33	56	43.19	5.18	11.99	1.14	-0.82	0.000

No seguimento do estudo da variável anterior, apresentamos na tabela 28 a idade dos pais agrupadas em classes homogéneas obtidas através das frequências absolutas. Em relação ao pai, a maior percentagem tem uma idade compreendida entre os 41 e 45 anos, sendo que o valor percentual para este grupo etário é maior no grupo experimental (45.2%) quando comparada ao grupo controle. Por outro lado, entre os pais dos adolescentes pertencentes ao grupo controle, verifica-se homogeneidade percentual entre as diferentes classes etárias já que oscilam entre os 31.3% no grupo etário dos 41 a 45 anos e 35.4% no grupo com idades compreendidas entre 33 e 40 anos.

Quanto à idade da mãe 38.1% da totalidade da amostra tem uma idade compreendida entre 38 e 41 anos, com valores percentuais similares para os adolescentes de ambos os grupos. As classes etárias menos representativas, são para as mães do grupo experimental e controle as que têm idades entre 31 e 37 anos com 26.2% e 27.1% respectivamente (cf. tabela 28).

Profissão dos progenitores

Quanto à profissão dos progenitores a tabela 28 dá-nos referência que em metade da amostra o pai dos participantes no estudo exercem uma profissão classificada pela tabela nacional de profissões como trabalhadores de produção industrial e artesão. Denota-se igual percentual entre os pais dos adolescentes do grupo controle e experimental. Como pessoal de serviço são encontrados 16.7% em ambos os grupos.

Já no que concerne à profissão das mães, 42.2% são trabalhadoras não qualificadas, com uma maior incidência percentual (54.2%) entre as mães dos adolescentes do grupo controle. De referir ainda os 31.1% de mães que exercem a actividade profissional como trabalhadoras de produção industrial e artesão, sendo que destes, 38.1% são progenitoras do grupo experimental e 25.0% do grupo controle.

Escolaridade dos progenitores

Na tabela 28 fazemos ainda referência à escolaridade dos progenitores. Ambos os progenitores, com igual percentagem (35.6%), possuem como habilitações literárias o 6º ano ou ciclo preparatório, surgindo em segundo plano os pais com o 4º ano ou antiga quarta classe (21.1%). De um modo geral podemos verificar que o nível de literacia é baixo quer para os progenitores do grupo controlo quer para os do grupo experimental pois somente

18.8% das mães e 22.2% dos pais são detentores de habilitaremos literárias iguais ou superiores ao 12º ano.

Tabela 28 – Caracterização familiar dos progenitores em função do grupo

Sexo / Variáveis	Controle		Experimental		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo etário dos pais						
33 - 40	17	35.4	10	23.8	27	30.0
41 - 45	15	31.3	19	45.2	34	37.8
46 - 56	16	33.3	13	31.0	29	32.2
Grupo etário das mães						
31 -37	16	33.3	11	26.2	27	30.0
38 41	19	39.6	16	38.1	35	38.9
42 - 56	13	27.1	15	35.7	28	31.1
Profissão do pai						
Membros corpos directivos	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Profissões intelectuais	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Profissões técnicas	1	2.1	3	4.1	4	4.4
Emp. administrativos	-	0.0	2	4.8	2	2.2
Pessoal de serviços	8	16.7	7	16.7	15	16.7
Trab. agricultura e pesca	11	22.9	2	4.8	13	14.4
Trab.prod. indust. e artesão	24	50.0	21	50.0	45	50.0
Operadores instalações	2	4.2	2	4.8	4	4.4
Trab. não qualificados	2	4.2	4	9.5	6	6.7
Forças armadas	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Desempregados	-	0.0	1	2.4	1	1.1
Reformados	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Profissão da mãe						
Membros corpos directivos	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Profissões intelectuais	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Profissões técnicas	-	0.0	2	4.8	2	2.2
Emp. administrativos	-	0.0	2	4.8	2	2.2
Pessoal de serviços	3	6.3	5	11.9	8	8.9
Trab. agricultura e pesca	6	12.5	-	0.0	6	6.7
Trab.prod. indust. e artesão	12	25.0	16	38.1	28	31.1
Operadores instalações	1	2.1	3	7.1	4	4.4
Trab. não qualificados	26	54.2	12	28.6	38	42.2
Forças armadas	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Desempregados	-	0.0	2	4.8	2	2.2
Reformados	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Habilitações literárias pai						
Doutoramento	-	0.0	1	2.4	1	1.1
Mestrado	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Licenciatura	1	2.1	2	4.8	3	3.3
Bacharelato	-	0.0	1	2.4	1	1.1
12º ano ou antigo 7º ano	8	16.7	7	16.7	15	16.7
9º ano ou antigo 5º ano	12	25.0	5	11.9	17	18.9
6º ano ou ciclo preparatório	17	35.4	15	35.7	32	35.6
4º ano ou antiga 4ª classe	8	20.8	9	21.4	19	21.1
Inferior à 4ª classe	-	0.0	2	4.8	2	2.2
Habilitações literárias mãe						
Doutoramento	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Mestrado	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Licenciatura	-	0.0	3	7.1	3	3.3
Bacharelato	-	0.0	1	2.4	1	1.1
12º ano ou antigo 7º ano	7	14.6	6	14.3	13	14.4
9º ano ou antigo 5º ano	15	31.3	7	16.7	22	24.4
6º ano ou ciclo preparatório	18	37.5	14	33.3	32	35.6
4º ano ou antiga 4ª classe	8	16.7	11	26.2	19	21.1
Inferior à 4ª classe	-	0.0	-	0.0	-	0.0

Orientação religiosa

A orientação religiosa dos adolescentes que participaram no estudo está patente nos resultados que se apresentam na tabela 29, pois como se observa, apenas 1.1% diz professar outra religião e 3.3% afirma ser agnóstico. Verificamos percentagens de católicos acima dos 95%, tanto no grupo controlo como experimental.

Tabela 29 – Distribuição da amostra segundo a orientação religiosa

	Controle		Experimental		Total		Residuais	
Religião	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**			**1**	**2**
Católica	46	95.8	40	95.2	86	95.6	0.1	-0.1
Nenhuma	2	4.2	1	2.4	3	3.3	0.5	-0.5
Outra	-	0.0	1	2.4	1	1.1	Não aplicável	
Total	48	100.0	42	100.0	90	100.0		

De Entre os 87 adolescentes que responderam professar uma religião, mais de metade da amostra afirma que o faz moderadamente, com valor percentual mais significativo entre os do grupo experimental (58.5%). Dos que praticam pouco, 4 em cada 10 dos inquiridos pertencem ao grupo experimental e 3 em cada 10 ao grupo controle (cf. tabela 30).

Tabela 30 – Frequência da prática religiosa em função do sexo

	Controle		Experimental		Total		Residuais	
Frequência	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**			**1**	**2**
Muito	2	4.3	-	0.0	2	2.3	Não aplicavel	
Moderadamente	24	52.2	24	58.5	48	55.2	-0.6	0.6
Pouco	14	30.4	17	41.5	31	35.6	-1.1	1.1
Nada	6	13.0	-	0.0	9	6.9	Não aplicaveçl	
Total	46	100.0	42	100.0	87	100.0		

Interlocutor sobre sexualidade

Quando questionámos os adolescentes sobre com quem dialogam acerca de assuntos relacionadas com a sexualidade, verificamos pelos dados insertos na tabela 31, que quer os participantes do grupo controlo (79.2%) como os do grupo experimental (64.3%), ou seja, 72.2% da amostra global, procuram primeiramente os amigos. A mãe, é a fonte pri-

vilegiada para 47.7% dos adolescentes, com valor percentual mais elevado no grupo experimental (52.4% vs. 43.8%), mas não significativo entre os do grupo experimental.

Esperávamos um grande contributo como interlocutor por parte dos profissionais de saúde e dos professores já que, na nossa perspectiva, estas entidades seriam as fontes mais credíveis, e no caso dos professores, a que deteria uma função educativa e formativa mais abrangente dada a inter-relação existente entre professor/aluno, mas tal não se verificou neste estudo, atendendo aos valores percentuais registados que se situa no seu conjunto em cerca de 16.0%.

Tabela 31 - Interlocutor dos adolescentes sobre assuntos relacionados com a sexualidade

	Controle		Experimental		Total		X^2	p	Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			1	2
Amigo (a)	38	79.2	27	64.3	65	72.2	2.473	0.006	1.6	-1.6
Namorado (a)	6	12.5	1	2.4	7	7.8	3.198	0.074	1.8	-1.8
Pai	9	18.8	11	26.2	20	22.2	0.717	0.397	-0.8	0.8
Mãe	21	43.8	22	52.4	43	47.7	0.669	0.413	-0.8	0.8
Irmão/irmã	11	22.9	7	16.7	18	20.0	0.547	0.460	0.7	-0.7
Professor (a)	3	6.3	5	11.9	8	8.9	0.884	0.347	-0.9	0.9
Profissional de saúde	3	3.6	3	7.1	6	6.7	0.029	0.865	-0.2	0.2

Fontes de informação sobre sexualidade

Estudos recentes vêm referindo que os adolescentes são as pessoas que mais acedem às páginas de Web. Para o adolescente a internet constitui na actualidade um atractivo, no qual pode explorar e descobrir novas realidades, seja para lazer, para procura de informação ou para comunicação. É pois previsível que a maior percentagem dos adolescentes do nosso estudo (60.0%) afirmassem que recorriam à internet para obter informação acerca da sexualidade sendo que cerca de 7 em cada 10 pertencem ao grupo experimental e 5 em cada 10 ao grupo controlo.

Os livros e revistas são a segunda fonte mais procurada (57.8%) da totalidade da amostra, com valores percentuais similares em ambos os grupos, surgindo a televisão com 50.0% em terceiro plano. Salienta-se ainda que 10.0% dos adolescentes não procuram quaisquer fontes de informação.

Tabela 32 - Fontes de informação dos adolescentes sobre assuntos relacionados com a sexualidade

	Controle		Experimental		Total		X^2	p	Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			1	2
Livros/Revistas	28	58.3	24	57.1	52	57.8	0.013	0.909	0.1	-0.1
Filmes	16	33.3	9	21.4	25	27.8	1.582	0.208	1.3	-1.3
Internet	24	50.0	30	71.4	54	60.0	4.286	0.038	-2.1	2.1
Televisão	29	60.4	16	38.1	45	50.0	4.464	0.035	2.1	-2.1
Experiência própria	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável	
Nenhuma	5	10.4	4	9.5	9	10.0	0.020	0.888	0.1	-0.1

Relações sexuais

No decurso deste estudo os adolescentes foram solicitados a responder sobre se já tiveram relações sexuais e em caso afirmativo a idade da primeira relação sexual. Os resultados a estas questões apresentam-se na tabela 33. Assim, no que se refere à prática de relações sexuais, apenas 2.2% dos adolescentes já teve relações sexuais, pertencendo estes na sua totalidade ao grupo controle. Quanto à idade da primeira relação sexual ocorreu para os dois inquiridos aos 13 anos de idade.

Tabela 33 – Pratica de relações sexuais em função do grupo

	Controle		Experimental		Total		Residuais	
Frequência	Nº	%	Nº	%			1	2
Sim	2	4.2	-	0.0	2	2.2	Não aplicavel	
Não	46	95.8	42	100.0	88	97.8		
Total	48	100.0	42	100.0	90	100.0		

2.2. Instrumentos

Neste segundo estudo utilizamos o questionário que permitiu colher informações para a caracterização sócio-demográfica e sexual dos adolescentes que constituíram o grupo controlo e experimental, as escalas de satisfação com o suporte social de Pais Ribeiro (1999) e de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes de Baille, Gulen & Landívar (2003) e ainda as escalas validadas no primeiro estudo.

A variável independente, “intervenção formativa” inclui os procedimentos descritos nos procedimentos.

2.3. Procedimentos

A fim de diminuir o efeito de Pigmalião, todas as intervenções formativas foram realizadas pelo próprio investigador.

Para programarmos a intervenção formativa solicitamos previamente aos adolescentes que colocassem as suas dúvidas numa caixa de questões e que deveriam ser expressas de forma anónima. Este procedimento foi planeado em harmonia com a direcção de turma e a caixa de questões ficou em local reservado e disponível durante uma semana.

Decorrido o tempo fixado, analisaram-se as questões formuladas e procedemos à planificação da intervenção formativa, no sentido de dar resposta o mais detalhadamente possível à maioria das dúvidas. Algumas, pela sua pertinência, foram respondidas de forma directa durante a intervenção formativa.

Os quadros seguintes permitem-nos visualizar as questões por áreas temáticas que com maior pertinência foram sugeridas:

Quadro 3 – Dúvidas dos adolescentes sobre sexualidade

Atitudes face à sexualidade
Com que idade se deve iniciar a vida sexual/ relações sexuais?
Podemos ter um sexo oposto?
Porque é que os rapazes querem ter mais cedo, do que as raparigas, relações sexuais?
Porque é que as mulheres têm receio de fazer sexo?
Porque é que os rapazes têm mais desejo sexual que as raparigas?
Porque sentimos a atracção pelo sexo oposto?
Quando acabam as mudanças no corpo?
Como acontece uma relação sexual?
O que é a puberdade?
O tabaco e o álcool fazem diferença a ter relações sexuais?
O que poderá acontecer se não tomarmos a pílula?
Após uma relação sexual a rapariga sangra?
Dizem que faz mal lavar o cabelo muitas vezes estamos com o período.
E os rapazes, o que sentem quando sofrem uma ejaculação?
Afinal, nós somos um espermatozóide?
Não sei como um homem faz um filho, não consegui perceber.
No que consiste a virgindade?
O que acontece quando uma rapariga é violada e de seguida fica grávida do agressor?
Como nós homens libertamos esperma quando temos um orgasmo, as mulheres também libertam alguma coisa?
É natural ter erecções frequentemente?
Com que idade as raparigas querem iniciar a vida sexual?
Como se efectua o amor?
Como é que ao praticar amor, a mulher tem prazer se não o demonstra? (Penso que ao fazer amor, só os homens é que têm prazer)
Gostava de saber como é que os rapazes se sentem com os seus órgãos, se tem dores, etc.

Quando uma rapariga está com o período não se pode ter sexo?
Tem consequências perder a virgindade muito cedo (nas raparigas)?
Como é que devemos falar sobre a sexualidade aos pais? Os meus falam pouco sobre isso, mas eu também não gosto de falar no assunto.
Porque muda o corpo humano apenas na adolescência?
Quando se corta os pelos das partes púbicas, é verdade que se pode perder o tesão?
Quando se tem a primeira relação sexual, é muito doloroso? E deita-se sangue?
Porque é que as mulheres se emocionam quando fazem relações sexuais?
O corpo da rapariga altera-se depois de perder a virgindade?
O facto de ser homossexual terá alguma coisa a ver com a formação dos órgãos da pessoa em questão?
A masturbação masculina e feminina podem causar infecções?
O tamanho do pénis interessa para dar prazer?
É verdade que quando temos relações sexuais a vagina fica muito aberta?
Como se pratica uma relação sexual segura?
Como se começa o coito?
Que mudanças ocorrem nos órgãos femininos para os médicos saberem se elas são virgens ou não?
Porque é que um rapaz a partir de uma certa idade começa só a pensar em raparigas e tem curiosidade no corpo da rapariga?
Porque é que quando gostamos de alguém sentimos o nosso coração a acelerar?
Como deve ser a afectividade com os pais?
Como é que nós nos sentimos atraídos por uma pessoa? Como é que isso acontece?
O que leva duas pessoas a atraírem-se?
Para que serve o sexo?
É normal, quando temos uma namorada, o pénis ficar maior e parece que se levanta?
O que é a infertilidade?
Geralmente, as raparigas iniciam a puberdade antes dos rapazes?
Perde-se a virgindade se usarmos tampões?
O que acontece à rapariga durante a relação?
Como é dada a penetração do pénis no órgão sexual da rapariga?
Depois da rapariga perder a virgindade como fica o seu órgão sexual?
Porque se sente dores nos seios e nos testículos?
Penso que as mulheres não se masturbam pois são mais tímidas.
Como sabemos quando estamos preparadas para fazer amor pela primeira vez?
Se um rapaz tiver relações sexuais com preservativo, essa rapariga nunca perde a virgindade?
Porque é que gostamos daquela pessoa mas não conseguimos escolher de quem queremos gostar?
Planeamento Familiar
O que é o preservativo feminino?
Para que serve preservativo feminino?
Dói colocar ao preservativo feminino?
Qual o preservativo que faz mais prazer ao homem?
O que previne a pílula?
Qual o preservativo mais seguro masculino e feminino?
Porque é que os métodos contraceptivos ajudam a proteger de várias doenças?
Fazendo sexo oral, a mulher pode engravidar?
É frequente o preservativo romper no acto sexual?
Porque é que se tem de tomar a pílula do dia seguinte?
Como se faz o teste da gravidez?
O que se deve fazer para não engravidar?
Se o sujeito do sexo feminino tomar a pílula o seu companheiro precisa de usar preservativo?
Para que servem as hormonas?
Será que a pílula previne tanto como um preservativo?
Se o preservativo tiver um pequenino buraco, existe risco de engravidar? Se sim, como se pode saber que o preservativo está sem buracos ou rasgões?
O que é a vasectomia?
De que é que são feitos os preservativos?
Que métodos contraceptivos existem?
Qual será a altura, no acto sexual, para colocar o preservativo?
Se eventualmente, o preservativo ficar retido dentro do útero da mulher, como se retira? É preciso ir ao médico?
Como funcionam os métodos contraceptivos? Como actuam?

A pílula afecta a fertilidade?
A pílula do dia seguinte é mesmo segura?
Qual o método contraceptivo mais seguro, para nãos e apanhar doenças ou se ficar grávida?
O uso de preservativo evita totalmente o acontecimento de uma gravidez?
A pílula faz mal ao corpo?
O preservativo, só serve para evitar doenças ou também serve para não engravidar?
Como actua a pílula para impedir a fecundação no óvulo?
O que é a pílula?
Tomar a pílula durante muito tempo pode provocar doenças na mulher?
Reprodução
A mulher pode engravidar da primeira vez que praticar relações sexuais? Mesmo que essa relação seja apenas duas/três penetrações?
Senhora professora gostava de saber o que é ejaculação?
É possível engravidar uma mulher sem libertar o esperma dentro da vagina da mulher?
Porque é que há mulheres que não conseguem ter filhos? É por causa do sexo feminino, masculino ou pode variar?
Quanto tempo sobrevive o espermatozóide dentro da vagina?
Como funciona o sistema reprodutor?
Quais são os órgãos reprodutores das mulheres?
Porque é que as mulheres têm o período?
Como se forma um bebé dentro da barriga?
É possível ter os ovários exteriores como os testículos?
Como se pode engravidar uma mulher?
O sistema reprodutor tem alguma coisa a haver com o sistema digestivo?
Porque é que alguns rapazes são operados nos sistemas reprodutores?
Como se cria os óvulos?
Porque é que só a partir de certa altura a rapariga é que pode ficar grávida?
Porque é que a menstruação às vezes atrasa?
Em caos de violação, se a pessoa ficar grávida pode fazer um aborto?
A fecundação ocorre no útero?
Porque existem mulheres que não conseguem engravidar?
É possível engravidar na primeira relação sexual?
O período fértil varia de mulher para mulher?
Até que é ano se pode desenvolver o sistema reprodutor?
Infecções de transmissão sexual
Quais as doenças que se pode vir a ter na vagina?
A partir de que idade se tem de fazer rastreios para saber se tem doenças na vagina?
Se numa relação sexual se usar preservativo pode ser transmissível a Sida na mesma?
Que tipos de doenças pode vir a existir numa relação sexual?
As DST provocam a morte?
Como se apanham o herpes genital? E como se trata?
Há doenças secundárias em casos de sexualidade?
Como se pode prevenir para não haver problemas com os órgãos genitais?
Como sei que contraí a SIDA?
Uma pessoa relaciona-se com ele, se ele tiver SIDA?
As DST podem afectar o feto quando uma mulher está grávida?
Que infecções pode um homem ter? E como sabemos que temos?
Se a mulher tiver relações, que infecções pode haver na mulher?
Quais são as DST e o que causam? Como podem ser tratadas?
Como sabe que uma pessoa é portadora DST?
Uma pessoa casada pode apanhar a Sida? Então como faz?

No primeiro contacto com os adolescentes foi apresentado o projecto de intervenção formativa e explicados os objectivos do mesmo. Entre outros aspectos, comunicou-se-lhes que do estudo fazia parte uma recolha de dados, efectuada através da aplicação dum

questionário, que seria aplicado em dois períodos diferentes: Para o grupo experimental o primeiro ocorreria antes do início da actividade formativa e o segundo um mês após esta mesma actividade. Ao grupo controle foi-lhes comunicado que o questionário seria aplicado em dois momentos diferentes. Procuramos que os períodos de aplicação nos dois grupos em estudo fossem coincidentes. Estes procedimentos decorreram nos meses de Maio e Junho de 2009.

Postas estas explicações procedemos neste primeiro contacto à distribuição do questionário e apelamos para que o mesmo fosse preenchido de forma anónima e sincera, devendo cada aluno incluir na primeira folha um número que foi atribuído por nós, que funcionou como código, tendo sido utilizado como critério de numeração o local ocupado pelo adolescente na sala de aula.

Como previsto, um mês após a intervenção formativa retornámos à Escola EB2/3. Foi solicitado a todos os estudantes que colaboraram no estudo na primeira fase, o preenchimento da segunda versão do questionário que sofreu ajustamentos por forma a evitar-se informação repetida. Alertamos para indicarem no questionário o código atribuído.

2.4. Análise de dados

Para a análise dos dados, utilizamos a estatística descritiva e a estatística analítica ou inferencial. Com a estatística descritiva determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central como médias e medidas dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento

As medidas de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre –2 e 2, a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a –2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a +2, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana e Gajeiro, 2005).

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do quociente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre –2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a –2, a distribuição é platicúrtica,

enquanto que para K/EP superior a +2, a distribuição é leptocúrtica. Os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Para a análise bivariada aplicámos o teste da percentagem residual (resíduos ajustados), que nos dará as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de qui quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub - amostras não permitia o uso do referido teste.

Como referem Pestana & Gajeiro (2005, p.141) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que (...)"os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis", ou (...)"os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis".

Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- < 1.96 diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro, (2005), do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

Com a **estatística inferencial**, usamos testes paramétricos e não paramétricos

- **Testes t de Student para amostras independentes -** para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;
- **Teste t de student para amostras emparelhadas** – permite determinar se duas amostras emparelhadas (aos pares) são significativamente diferentes. Usámo-lo para avaliar uma alteração no mesmo grupo de sujeitos em que as medidas antes e após a intervenção formativa, neste caso, constituem os pares de dados.
- **Coeficiente de correlação de Pearson** – é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Ainda em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2005,) sugerem que:
  - $r < 0.2$ – associação muito baixa
  - $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
  - $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
  - $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
  - $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta
- **Teste de qui quadrado (X^2)** - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para p=0.05 (Pestana & Gageiro, 2005, p.127, 128 e 131).

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0$ .01** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efectuou-se com o recurso de tabelas e gráficos, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de recolha de dados aplicado aos estudantes do terceiro ciclo. A descrição e análise dos dados procuraram obedecer à ordem por que foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0 (2009) para Windows.

2.5. Resultados

As avaliações dos instrumentos de medida a que submetemos os participantes no estudo podem diferir pela dificuldade e dispersão. Para D´Hainaut (1975) este problema é resolúvel tomando a nota z, pois elimina-se a diferença de dificuldade, dado que se toma o desvio relativamente à média, e compensa-se a diferença de dispersão visto relacionar-se este desvio com o desvio-padrão da amostra.

Este processo é designado por nota reduzida e resulta do cociente entre o desvio da nota bruta relativamente à média e o desvio padrão da amostra: **(z = (x-m)/s),** de modo a que com a nova distribuição se obtêm uma média de 0 e um desvio padrão de 1.

A vantagem das notas reduzidas é o de permitir comparar dados de natureza diferente e obtidos em diferentes condições e avaliação, de classificar um indivíduo relativamente a um conjunto sem definir qualquer critério exterior e permitir ainda uma maior imparcialidade e equidade.

Uma das situações que ocorre com frequência com as notas reduzidas é a obtenção de scores negativos mas que poderão evitar-se através da estandardização. A nota estan-

dardizada é uma nota reduzida transformada, em que a média é de 50 de preferência a zero. Por definição, a fórmula para o seu cálculo é a seguinte: **Z= 50+ 10z**

Se a distribuição do grupo em que se estandardiza uma nota for normal, esta nota diz-se normal, e, neste caso, 95% da população estão compreendidos entre as notas normais 30 e 70.

Postas estas considerações iremos apresentar os resultados obtidos com as notas estandardizadas na intervenção formativa

Intervenção formativa

Os resultados da tabela 34 explicitam que no grupo controle, no primeiro momento de avaliação, o índice médio mais baixo foi obtido nos conhecimentos sobre planeamento familiar (média=48.27) e a mais elevada no factor do suporte social intimidade (média=50.10) ao qual também está associada a menor dispersão (dp=9.20), enquanto que no grupo experimental o índice mais elevado se adquire nos conhecimentos sobe planeamento familiar (média= 51.95) e o índice mais baixo nos conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual (média= 49.19).

Após a intervenção formativa denota-se que no grupo experimental em todas as variáveis em estudo se registam valores médios mais elevados quando comparados aos obtidos antes da intervenção formativa, com excepção para a insatisfação com a imagem corporal (média = 49.02) e satisfação com a família (média = 49.79). Este grupo obteve a melhor média nos conhecimentos sobre planeamento familiar (média=58.19), correspondendo-lhe também a menor dispersão (d.p.=4.40) e a menor na insatisfação com a imagem corporal, registando também a maior variabilidade. (d.p.=10.71).

Tabela 34 - Médias e desvios padrões antes e após a intervenção formativa entre grupo experimental e controlo

		1ª Avaliação		2º Avaliação	
Variáveis	**Grupos**	**Média**	**d. p.**	**Média**	**d. p.**
Atitudes face sexualidade	**Experimental**	50.57	10.20	54.91	5.96
	Controle	49.50	9.90	45.70	10.85
Conhecimentos sobre Planeamento familiar	**Experimental**	51.95	9.56	58.19	4.40
	Controle	48.27	10.15	42.82	7.74
Conhecimentos sobre Infecções transmissão sexual	**Experimental**	49.69	9.19	57.57	5.12
	Controle	49.67	10.75	43.37	8.38
Conhecimentos sobre Reprodução	**Experimental**	50.46	10.43	57.17	6.10
	Controle	49.60	9.69	43.71	8.39
Insatisfação com a imagem corporal	**Experimental**	50.53	10.57	49.02	10.71
	Controle	49.52	9.55	50.86	9.35
Satisfação suporte social (total)	**Experimental**	50.57	10.23	51.30	9.20
	Controle	49.49	9.86	48.84	10.61
Satisfação com amizades	**Experimental**	50.65	8.28	50.00	3.24
	Controle	49.39	11.31	50.00	3.66
Intimidade	**Experimental**	49.92	10.95	51.26	9.29
	Controle	50.10	9.20	48.89	10.61
Satisfação com família	**Experimental**	50.61	10.80	49.79	10.64
	Controle	49.42	9.32	50.20	9.54
Actividades sociais	**Experimental**	50.01	10.46	52.18	10.24
	Controle	49.99	9.66	48.07	9.50

Na tabela 35 observam-se as diferenças de médias e os resultados do teste t de Student entre grupo experimental e grupo controle. No que respeita ao grupo experimental, a diferença de médias apenas é negativa no factor do suporte social satisfação com a família (dmédio=-0.822) e na insatisfação com a imagem corporal (dmédio=-1.809), o que nos permite afirmar que a intervenção formativa melhorou a percepção da imagem corporal. Estes resultados reforçam a análise da tabela anterior quando afirmamos que os índices médios eram mais elevados após a intervenção formativa. A maior diferença registada verifica-se nos conhecimentos sobre infecções sexualmente transmissíveis (dmédia=7.872) e a menor no factor do suporte social satisfação com amizades (dmédia=0.190), sendo que a maior variabilidade é encontrada no factor intimidade (d.p.=13.20).

Quanto ao grupo controle os índices de diferença de médias são apenas positivos para os factores de suporte social satisfação com amizade (dmédia=0.520) e satisfação com a família (dmédia=0.780), o que vem a demonstrar terem-se registado menores índices após a intervenção formativa. A intimidade (d.p=12.95) e a satisfação com o suporte social (total) com (d.p.=10.89) registam a maior dispersão.

Assumindo o teste de Levenne igualdade de variâncias em todas as variáveis em estudo, o teste t é explicativo para as atitudes face à sexualidade, conhecimentos sobre planeamento familiar, infecções de transmissão sexual e reprodução, o que revela que a intervenção formativa levou à obtenção de melhores atitudes e conhecimentos face à sexualidade nestas temáticas.

Tabela 35 – Diferença de médias e teste t para amostras independentes entre grupo experimental e controlo

Variáveis	Grupos	Diferença entre médias	dp	Levenne (p)	t	p
Atitudes face sexualidade	**Experimental**	4.337	8.46			
	Controle	-3.800	7.20	0.530	-4.927	0.000
Conhecimentos sobre Planeamento familiar	**Experimental**	6.236	9.54			
	Controle	-5.800	7.31	0.174	-6.564	0.000
Conhecimentos sobre Infecções transmissão sexual	**Experimental**	7.872	8.98			
	Controle	-6.306	9.24	0.547	-7.357	0.000
Conhecimentos sobre Reprodução	**Experimental**	6.712	12.27			
	Controle	-5.893	8.83	0.042	-5.519	0.000
Insatisfação com a imagem corporal	**Experimental**	-1.809	5.10			
	Controle	-0.020	6.14	0.659	1.489	0.140
Satisfação suporte social (total)	**Experimental**	0.736	12.85			
	Controle	-0.650	10.89	0.568	-0.554	0.581
Satisfação com amizades	**Experimental**	0.190	2.61			
	Controle	0.520	2.67	0.403	0.591	0.556
Intimidade	**Experimental**	1.343	13.20			
	Controle	-1.216	12.95	0.913	-0.927	0.357
Satisfação com família	**Experimental**	-0.822	8.52			
	Controle	0.780	9.59	0.644	0.833	0.407
Actividades sociais	**Experimental**	2.173	10.18			
	Controle	-1.917	10.16	0.653	-1.903	0.060

Não obstante os resultados apresentados anteriormente e que já deram indicações sobre a importância da intervenção formativa na aquisição de atitudes e conhecimentos em algumas das variáveis em estudo, procuramos também saber se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os momentos. Do resultado do teste t para amostras emparelhadas notamos que a intervenção formativa teve efeitos significativos no referente às atitudes face à sexualidade, conhecimentos sobre planeamento familiar, infecções de transmissão sexual e reprodução. Os valores correlacionais são positivos e significativos, excepto nos conhecimentos sobre reprodução oscilando os coeficientes entre (r= -0.036) nesta variável e os coeficientes (r=0.711) na insatisfação com a imagem corporal, o que nos permite afirmar que a intervenção formativa foi eficaz para as variáveis mencionadas.

Tabela 36 – Teste t emparelhado para comparação de resultados antes e após a intervenção formativa no grupo experimental

Variáveis	r	r^2	p	Diferença médias	dp	t	p
Atitudes face sexualidade	0.559	0.312	0.000	-4.337	8.46	-3.321	0.002
Conh. sobre Planeamento familiar	0.235	0.055	0.133	-6.236	9.54	-4.236	0.000
Conh. sobre Infecções transmissão sexual	0.320	0.102	0.039	-7.872	8.98	-5.680	0.000
Conh. sobre Reprodução	-0.036	0.001	0.822	-6.712	12.27	-3.543	0.001
Insatisfação com a imagem corporal	0.711	0.505	0.000	1.809	8.08	1.211	0.233
Satisfação suporte social (total)	0.128	0.016	0.420	-0.736	12.85	-0.371	0.712
Satisfação com amizades	0.446	0.198	0.003	0.190	7.42	0.572	0.570
Intimidade	0.157	0.024	0.321	-1.343	13.20	-0.659	0.513
Satisfação com família	0.684	0.467	0.000	0.822	8.52	0.625	0.535
Actividades sociais	0.516	0.266	0.000	-2.173	10.18	-1.383	0.174

Em síntese:

- A amostra em estudo é constituída por 90 adolescentes subdivididos em dois grupos o grupo controlo com 48 participantes e o grupo experimental com 42. Apresentam uma idade mínima de 13 anos e uma máxima de 17 sendo a idade média para a amostra global de 14.09 anos e com um desvio padrão de 0.788. O grupo etário mais prevalente para ambos os grupos situa-se entre os 14 e16 anos. As raparigas em ambos os grupos surgem em maior percentagem

- Os adolescentes habitam sobretudo em zona rural e a quase totalidade da amostra coabita com os pais. Cerca de 75% no grupo controle e 83% no grupo experimental têm irmãos.
- A maioria dos pais em ambos os grupos exerce uma actividade profissional relacionada com a produção industrial e artesãos e as mães como trabalhadores não qualificados. Tanto os pais como as mães em ambos os grupos possuem habilitações literárias situadas a nível do 6ª ano ou ciclo preparatório.
- A quase totalidade (cerca de 95%) dos participantes nos dois grupos professa a religião católica.
- Cerca de 64% no grupo experimental e 79% no grupo controlo escolhe o amigo para abordar assuntos relacionados com a sexualidade.
- A fonte de informação privilegiada para o grupo controlo é a televisão (60.4%) e para o grupo experimental é a Internet (71.4%).
- Uma percentagem de 4.2% no grupo controlo já teve relações sexuais, que ocorreram em média aos 13 anos de idade. No grupo experimental não se verificou a existência de prática sexual.
- A intervenção formativa foi eficaz para as variáveis atitudes face à sexualidade, conhecimentos sobre planeamento familiar, infecções de transmissão sexual e reprodução.

3. Estudo 3 – Aplicação da intervenção formativa a uma amostra alargada

Existe cada vez, uma maior consciência por parte de adultos e adolescentes de que os conhecimentos sobre sexualidade, longe de encorajarem a promiscuidade, podem antes servir para desenvolver as capacidades de comunicação, de entendimento mútuo, de ternura, de sensibilidade e de responsabilidade em relação aos outros (Rodrigues, 2003).

O tipo de estudo que delineamos para testar a efectividade da intervenção formativa numa amostra mais alargada de adolescentes, possui as características dos estudos quantitativos, descritivo-correlacionais e explicativos. O seu desenho insere-se no âmbito das investigações empíricas pela sua componente observacional, ao permitir compreender o fenómeno a estudar (Hill & Hill, 2002).

Utilizámos a metodologia quantitativa por se fundamentar no método hipotético dedutivo e pelo qual os dados colhidos fornecem realidades objectivas no que respeita às variáveis em estudo, susceptíveis de serem conhecidas (Sampieri, Collado & Lúcio, 2003).

De uma forma sintética pode afirmar-se que o tipo de pesquisa equacionada para esta investigação engloba as seguintes características:

- Segue métodos do estudo de **análise quantitativa** – pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação;
- Possui as características de um **estudo *descritivo e* correlacional** - pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (Sampieri, Collado & Lúcio, 2003), ou como refere Fortin (1999, p.371) "assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha activamente para influenciar estas variáveis".
- É um **estudo explicativo** – já que o seu propósito é o de responder às causas dos eventos, sucessos e fenómenos físicos e sociais.

3.1. Participantes

Tendo por base os resultados encontrados no segundo estudo (experimental de campo), quisemos colher dados numa amostra mais alargada de adolescentes. Para o efeito, submetemos os participantes do primeiro estudo, utilizados para a análise psicométrica dos instrumentos, à intervenção formativa, colhendo dados um mês após a mesma, tal como no segundo estudo. A caracterização da amostra utilizada está consignada no primeiro estudo de investigação

3.2. Procedimentos

Neste estudo os procedimentos utilizados para aceder aos participantes e recolha de dados, assim como o modelo de intervenção formativa, foram os descritos nos estudos um e dois.

3.3. Análise de dados

Após a recolha de dados, efectuamos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado a sua codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

O passo seguinte consistiu na normalização e estandardização da nota bruta, utilizando-se para o efeito o método descrito no estudo 2.

Na análise dos dados, recorremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão destacando-se dentro destas, a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, em consonância com as características das variáveis em estudo.

No que respeita à **estatística inferencial**, fizemos uso da estatística paramétrica, e não paramétrica. A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a

comparar duas ou mais amostras populações (Maroco, 2007). Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Maroco, 2007).

Este autor acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas, o que aliás, vai de encontro ao referido por Pestana e Gageiro, (2005) quando afirma que-para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

Já a estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja, só recorremos a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.5 (Pestana & Gageiro, 2005). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)**
- **Teste t de student para amostras emparelhadas**.
- **Coeficiente de correlação de Pearson**
- **Teste de qui quadrado (X^2)**
- **Análise de variância a um factor (ANOVA) ou teste de Kruskall Wallis**- para comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes isto é, analisa o efeito de um factor na variável dependente, testando se as médias da referida variável em cada categoria do factor são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova ou de Kruskall Wallis são uma extensão do teste t de Student ou de UMann Whitney que permitem comparar mais de dois grupos em estudo (Pestana e Gageiro, 2005).

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0$ .01** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Acresce referir que no decurso do tratamento do estatístico foram detectadas respostas omissas a várias questões às quais se procedeu ao seu tratamento estatístico no intuito de determinar se as mesmas, ao revelarem-se significativas, poderiam pôr em causa toda a validade do estudo e conclusões.

A apresentação dos resultados efectuou-se com o recurso de tabelas e gráficos, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado aos estudantes do ensino secundário. A descrição e análise dos dados procuraram obedecer à ordem por que foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0 (2009) para Windows.

Postas estas considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

3.4. Resultados

Tem este capítulo como propósito explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos com os dados recolhidos no trabalho de campo. O processo de análise que iniciamos encontra-se estruturado de modo a dar resposta aos diferentes objectivos e questões de investigação estabelecidas.

Para facilitar a compreensão dos resultados, serão os mesmo apresentados de uma forma exaustiva e sequencial procurando seguir tanto quanto possível a disposição das variáveis no instrumento de avaliação.

3.4.1. Atitudes face à sexualidade

Alguns estudos realizados em diversos países, incluindo Portugal, têm evidenciado que os adolescentes são um grupo potencial de risco no que respeita aos comportamentos sexuais mais desajustados, onde se incluem entre outros aspectos o início precoce das relações sexuais, o uso inconsistente do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros. Discutir o tema da sexualidade no seio familiar ainda constituiu para muitos pais embaraço, tabu, e vergonha pois por vezes não sentem competência e informação suficientes para responder às questões dos filhos adolescentes.

Foi para dar corpo a esta problemática que questionamos os adolescentes sobre atitudes face à sexualidade. As estatísticas provenientes da escala aplicada antes e após a intervenção formativa revelam um valor mínimo de 2.7 para antes da intervenção formativa e 11.6 após a intervenção, com valores máximos de 73.3 e 69.4 respectivamente, sendo os valores médios de 50 e desvios padrões de 10, dado dado que efectuamos a estandardização das notas brutas. Os valores de curtose e assimetria indiciam uma curva leptocurtica para o primeiro e mesocúrtica para o segundo momento de intervenção, mas em ambos os momentos a distribuição da amostra apresenta um enviezamento à direita. O teste de Kolmogorov Smirnov, indica-nos que a amostra não segue uma distribuição normal (p=0.000)

Tabela 37 – Estatísticas relacionadas com as atitudes face à sexualidade antes e após intervenção formativa

Estatísticas	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Antes	2.7	73.3	50.0	10.00	20.0	-7.72	5.33	0.000
Após	11.6	69.4	50.00	10.00	20.0	-8.15	1.68	0.000

Foi nossa intenção saber se as atitudes face à sexualidade diferiam relativamente ao género, quer antes quer após a intervenção formativa e nesse sentido, efectuamos o teste t de Student para amostras independentes. Assumindo a homogeneidade de variâncias antes da intervenção (p=0.796) e não homogeneidade após a intervenção, (p=0.009), os resultados revelam que as raparigas possuem valores mais elevados que os rapazes nos dois momentos com diferenças significativas (cf. tabela 38)

Tabela 38 – Teste t para diferenças de médias entre atitudes face à sexualidade antes e após intervenção formativa e sexo

sexo / Intervenção formativa	Masculino		Feminino		Leven,sp	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Antes	49.01	10.18	51.09	9.70	0.796	-3.017	0.003
Após	48.05	10.32	52.16	9.17	0.009	-6.117	0.000

Tornou-se também importante procurar classificar as atitudes face à sexualidade pelo que adoptamos o referenciado por Pestana e Gageiro (2005) no referente ao cálculo dos métodos dos grupos extremos.

Assim, é possível observarmos pela tabela 39 que antes da intervenção formativa, 36.9% da totalidade da amostra foi classificada como tendo uma atitudes face à sexualidade des-favorável e 43.1% favorável. Após a intervenção formativa os valores percentuais obtidos para os dois grupos foram de 28.3% e 53.6% respectivamente.

Tabela 39 – Classificação das atitudes face à sexualidade antes e após intervenção formativa e sexo

Sexo / Classificação	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais		X2	p
	Nº (441)	% (52.5)	Nº (399)	% (47.5)	Nº (840)	% (100.0	1	2		
Antes										
Desfavorável	173	39.2	137	34.3	310	36.9	1.5	-1.5		
Indiferente	87	19.7	75	18.8	162	19.3	0.3	-0.3	3.075	0.215
Favorável	181	41.0	187	46.9	368	43.8	-1.7	1.7		
Após										
Desfavorável	202	45.8	113	28.3	315	37.5	5.2	-5.2		
Indiferente	79	17.9	72	18.0	151	18.0	0.0	0.0	31.245	0.000
Favorável	160	36.3	214	53.6	374	44.5	-5.1	5.1		

Da análise bivariada estabelecida com o sexo, ressalta que entre os classificados com atitudes desfavoráveis face à sexualidade, o maior valor percentual recai sem significância residual estatística nos rapazes com 39.2% antes da intervenção formativa e 45.8% após a mesma. As atitudes favoráveis observam-se sobretudo nas raparigas com 46.9% e 53.6% respectivamente, com diferenças significativas (x^2 = 31.245; p= 0.000) para o momento após a intervenção, situando-se as diferenças nos rapazes com atitudes desafavoráveis e nas raparigas com atitudes favoráveis.

Ainda no que se refere às atitudes face à sexualidade antes e após intervenção formativa os resultados da tabela 40 dão indicações que dos 36.9% de adolescentes que apresen-

tam atitudes desfavoráveis no primeiro momento de avaliação, 56.8% mantiveram a mesma opinião no segundo momento de avaliação e 19.0% progrediram para uma atitude favorável. Já entre os que no primeiro momento foram classificados como tendo uma atitude favorável (43.8%) cerca de um quarto dos adolescentes sofreram um revés, ao serem classificados com atitudes desfavoráveis, mas cerca de 7 em cada 10 adolescentes mantiveram essa classificação. O teste de qui quadrado apresenta diferenças estatísticas (X^2 = 162.674; p= 0.000) situando-se as diferenças na comparação entre os que apresentam nos dois momentos de intervenção atitudes desfavoráveis indiferentes e favoráveis.

Tabela 40 – Relação entre atitudes face à sexualidade antes e após intervenção formativa

Antes \ Após	Desfavorável		Indiferente		Favorável		Total		Residuais		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3
Desfavorável	179	56.8	60	39.7	71	19.0	310	36.9	9.3	0.8	-9.6
Indiferente	66	21.0	43	28.5	53	14.2	162	19.3	0.9	3.2	-3.4
Favorável	70	22.2	48	31.8	250	66.8	368	43.8	-9.8	-3.3	12.1
Total	315	100.0	151	100.0	374	100.0	840	100.0			

Procuramos ainda saber o modo como a idade interferia com as atitudes face à sexualidade. A tabela 41 expressa os resultados obtidos, configurando a mesma que dos 40.6% de adolescentes da amostra global com atitudes desfavoráveis no primeiro momento de avaliação, 40.0% têm idade de 13 anos e 47.7% 17 anos. As atitudes favoráveis ponderam em todos os grupos etários com valores percentuais e não significativos (X^2 = 0.947; p= 0.918) acima dos 47.0%.

Após a intervenção formativa denota-se uma diminuição percentual entre os classificados com atitudes desfavoráveis (37.5%) com especial relevância para os adolescentes com 13 anos (27.3%), mas com ligeiro aumento (52.6%) entre os adolescentes com 17 anos. Nestes grupos etários observamos que as atitudes favoráveis registaram um ligeiro aumento (56.4%) entre os adolescentes com 13 anos e uma diminuição (31.6%) para os adolescentes com 17 anos de idade, mas não é significativa a diferença (X^2 = 4.739; p= 0.315).

Tabela 41 – Relação entre atitudes face à sexualidade e idade

	13 anos		14- 16 anos		17 anos		Total		Residuais		
Idade	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**1**	**2**	**3**
Antes											
Desfavorável	22	40.0	310	40.5	9	47.7	341	40.6	-0.1	-0.2	-0.6
Indiferente	7	12.7	87	11.4	1	5.3	95	11.3	0.3	0.1	-0.8
Favorável	26	47.3	369	48.2	9	47.4	404	48.1	-0.1	0.1	-0.1
Após											
Desfavorável	15	27.3	290	37.9	10	52.6	315	37.5	-1.6	0.7	1.4
Indiferente	9	16.4	116	15.1	3	15.8	128	15.2	0.2	-0.2	0.1
Favorável	31	56.4	360	47.0	6	31.6	397	47.3	1.4	-0.5	-1.4

Como é sabido a sexualidade dos adolescentes insere-se numa cultura sexual de cariz religioso o que a torna por vezes repressiva, no entanto, esta realidade tem vindo a sofrer alterações nos últimos tempos. Na perspectiva de saber de que modo a pratica religiosa interfere com as atitudes face à sexualidade antes e após a intervenção formativa, efectuamos uma análise bivariada. Os resultados apresentados na tabela 42 indicam que são os adolescentes com pouca (54.4% vs. 50.8%) ou que não praticam a religião (54.9% vs. 54.2%) que revelam melhores atitudes face à sexualidade, mas apenas foram encontradas significâncias estatísticas entre os grupos antes da intervenção formativa.

Em oposição, encontramos os adolescentes que referem praticar muito (50.6%) ou moderadamente (46.6%) a religião que apresentam atitudes mais desfavoráveis no primeiro momento de avaliação, mas no segundo os valores percentuais mais elevados para as atitudes desfavoráveis, são encontrados nos que praticam moderadamente (40.1%) e não têm prática religiosa (37.3%). O teste de qui quadrado presenta significância estatística quer para os resultados obtidos antes da intervenção formativa (X^2 = 19.155; p= 0.004) quer após a mesma (X^2 = 15.122; p= 0.019).

Tabela 42 - Relação entre atitudes face à sexualidade e prática religiosa

	Muita		Moderada		Pouca		Nada		Total		Residuais			
Prática religiosa	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**1**	**2**	**3**	**4**
Antes														
Desfavorável	42	50.6	164	46.6	87	34.5	48	31.4	341	40.6	2.0	3.0	-2.3	-2.6
Indiferente	10	12.0	36	10.2	28	11.1	21	13.7	95	11.3	0.2	-0.8	-0.1	1.0
Favorável	31	37.3	152	43.2	137	54.4	84	54.9	404	48.1	-2.1	-2.4	2.4	1.9
Após														
Desfavorável	27	32.5	141	40.1	90	35.7	57	37.3	315	37.5	-1.0	1.3	-0.7	-0.1
Indiferente	19	22.9	62	17.6	34	13.5	13	8.5	128	15.2	2.0	1.6	-0.9	-2.6
Favorável	37	44.6	149	42.3	128	50.8	83	54.2	397	47.3	-0.5	-2.4	1.3	1.9

Indagamos ainda o modo como as práticas religiosas se relacionavam com as atitudes face à sexualidade. Do estudo realizado, apuramos que quer antes quer após a interven-

ção formativa, é nos adolescentes com prática sexual que recaem os maiores valores percentuais relativamente às atitudes favoráveis com 61.8% e 52.8% respectivamente. Todavia o teste de qui quadrado e os resíduos ajustados revelam que as diferenças só são significativas antes da intervenção formativa (cf. Tabela 43), situando-se para os que têm atitudes desfavoráveis e não praticam relações sexuais e os que têm atitudes favoráveis e têm relações sexuais.

Tabela 43 – Relação entre atitudes e práticas sexuais antes e após a intervenção formativa

Práticas sexuais	Sim (1)		Não (2)		Total		Residuais		X2	p
	Nº (89)	% (10.6)	Nº (751	% (89.4)	Nº (840)	% (100.0)	1	2		
Antes										
Desfavorável	24	27.0	317	42.2	341	40.6	-2.8	2.8		
Indiferente	10	11.2	85	11.3	95	11.3	-0.0	0.0	8.442	0.015
Favorável	55	61.8	349	46.5	404	48.1	2.7	-2.7		
Após										
Desfavorável	30	33.7	285	37.9	315	37.5	-0.8	0.8		
Indiferente	12	13.5	116	15.4	128	15.2	-0.5	0.5	1.231	0.540
Favorável	47	52.8	350	46.6	397	47.3	1.1	-1.1		

Parece-nos também pertinente estudar a relação entre a atitude face à sexualidade e zona de residência dos adolescentes. Os resultados do teste t levam-nos a afirmar que quer antes da intervenção formativa (t= -2.289; p= 0.022) quer após a mesma (t=-3.429; p=0.001*)* os residentes em zonas urbanas apresentam índices médios mais elevados condizentes com melhores atitudes face à sexualidade que os congéneres residentes na zona rural, sendo o valor explicativo.

De igual modo, a tabela 44 demonstra que dos 48.1% de adolescentes com atitudes favoráveis antes da intervenção formativa e 47.1% após a intervenção, mais de metade da amostra (52.3% vs. 52.6%) residem em zona urbana, sendo as diferenças entre os grupos estatisticamente significativas, conforme resultados do teste de qui quadrado.

Tabela 44 – Relação entre atitudes face à sexualidade e residência

Residência	Rural (1)		Urbana (2)		Total		Residuais		X2	p
	Nº (412)	% (49.0)	Nº (428)	% (51.0)	Nº (840)	% (100.0)	1	2		
Antes										
Desfavorável	170	41.3	145	33.9	315	37.5	2.2	-2.2		
Indiferente	70	17.0	58	13.6	128	15.2	1.4	-1.4	9.884	0.007
Favorável	172	41.7	225	52.6	397	47.3	-3.1	3.1		
Após										
Desfavorável	178	43.2	163	38.1	341	40.6	1.5	-1.5		
Indiferente	54	13.1	41	9.6	95	11.3	1.6	-1.6	6.929	0.031
Favorável	180	43.7	224	52.3	404	48.1	-2.5	2.5		

Uma questão que se nos colocou foi saber em que medida a iniciação à actividade sexual dos adolescentes com prática de relações sexuais trariam mais valias para as atitudes face à sexualidade. Com esse propósito recorremos ao teste de UMW que nos indicou que os adolescentes com prática de relações sexuais antes da intervenção formativa (OM= 485.76 vs 412.77) tinham índices mais elevados sobre atitudes face à sexualidade com significância estatística (UMW=27611.00; p=0.007), mas após a intervenção formativa denotou-se um decréscimo nos índices das atitudes face à sexualidade dos adolescentes sem prática de relações sexuais, (OM= 448.25 vs 417.21) de tal forma que as diferenças (UMW= 309987.00; p= 0.254) não são suficientemente fortes para produzir significância estatística.

No seguimento da analise anterior, fomos ainda indagar de que modo as atitudes face à sexualidade se relacionavam com a prática de relações sexuais. Dos resultados expressos na tabela 45 ressalta que cerca de 6 em cada 10 adolescentes com atitudes favoráveis face à sexualidade já tiveram relações sexuais completas, embora 42.1% dos que afirmaram não ter relações sexuais também tenham atitudes favoráveis face à sexualidade. Entre os grupos as diferenças são estatisticamente significativas (X^2 = 08.808; p= 0.012).

Tabela 45 – Relação entre atitudes face à sexualidade antes da intervenção formativa e relações sexuais

Relações sexuais	Sim		Não		Total		X^2	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Desfavorável	23	25.8	287	38.2	310	36.9		
Indiferente	14	15.7	148	19.7	162	19.3	8.808	0.012
Favorável	52	58.4	316	42.1	368	43.8		
Total	**89**	**100.0**	**751**	**100.0**	**840**	**100.**		

3.4.2. Conhecimentos sobre planeamento familiar

Um dos aspectos fundamentais para a efectivação das acções de planeamento familiar é o acesso à informação por forma a que lhe possibilite as condições de realizar escolhas conscientes a partir da sua realidade, e promova o desenvolvimento da sua saúde sexual e reprodutiva. Para tal, torna-se necessário que se ofereça aos adolescentes um espaço onde possam expor as suas dúvidas, reflectir sobre as suas escolhas e adoptar atitudes responsáveis.

As estatísticas relacionadas com os conhecimentos sobre planeamento familiar indicam que antes da intervenção formativa, o índice mínimo foi de 18.89 e o máximo de 74.19, enquanto que após a intervenção os valores oscilaram entre os 19.24 e 94.66. Os coeficientes de variação revelam dispersões moderadas e os valores de assimetria e curtose indiciam curvas com tendência gaussiana mas enviesadas à direita, enquanto que o teste de Kolmogorov Smirnov mostra pelas probabilidades apresentadas que a distribuição não é normal.

Tabela 46 – Estatísticas relacionadas com conhecimentos sobre planeamento familiar

Estatísticas	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Antes	18.89	74.19	50.00	10.00	20.00	-2.380	-1.769	0.001
Após	19.24	94.66	50.00	10.00	20.00	-3.26	2.408	0.000

A nossa experiência profissional diz-nos que, as raparigas dadas as características anatómicas inerentes ao papel de género, têm regra geral, mais conhecimentos sobre planeamento familiar que os rapazes. Os resultados do teste t para amostras independentes confirmou este pressuposto ao indicar-nos que na realidade este grupo, quer antes quer após a intervenção formativa revelam índices mais elevados de conhecimentos sobre planeamento familiar sendo a diferença explicativa (cf. Tabela 47)

Tabela 47 – Teste t para diferenças de médias entre conhecimento sobre planeamento familiar e sexo

Sexo / Intervenção formativa	Masculino		Feminino		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Antes	47.65	10.07	52.59	9.27	0.154	-7.373	0.000
Após	47.33	9.62	52.96	9.52	0.172	-7.404	0.000

Tal como o descrito no capítulo da metodologia, a tabela 48 apresenta a classificação dos conhecimentos sobre planeamento familiar. Como se pode observar a maior percentagem dos adolescentes inquiridos antes da intervenção formativa (41.2%) foi classificado como tendo conhecimentos insuficientes, mas após a intervenção formativa o percentual diminuiu para 38.9%. Por outro lado, 38.8% no primeiro momento de avaliação foi classificado como tendo bons conhecimentos sobre planeamento familiar, mas após a referida intervenção o valor registado ascende aos 46.2%.

Analisados os resultados em função do sexo, comprovamos o expresso na tabela anterior já que se denota maior prevalência de fracos conhecimentos sobre planeamento familiar entre os rapazes com 50.8% e 49.9% respectivamente e resíduos ajustados significativos, enquanto que entre os que possuem bons conhecimentos o maior valor percentual é obtido pelas raparigas com 48.6% antes da intervenção e 59.4% após a intervenção, também com significância nos resíduos ajustados. O teste de qui quadrado revela significância estatística quer antes **(X^2 = 39.884; p= 0.000)** quer após **(X^2 = 157.956; p= 0.000)** a intervenção formativa

Tabela 48 – Conhecimento sobre planeamento familiar antes e após intervenção formativa e sexo

Sexo / Planeamento familiar	Masculino Nº (441)	Masculino % (52.5)	Feminino Nº (399)	Feminino % (47.5)	Total Nº (890)	Total % (100.0)	Residuais 1	Residuais 2	X2	p
Antes										
Insuficientes	224	50.8	122	30.6	346	41.2	5.9	-5.9	39.884	0.000
Moderados	85	19.3	82	20.8	168	20.0	0.6	-0.6		
Bons	132	29.9	194	48.6	326	38.8	-5.6	5.6		
Após										
Insuficientes	220	49.9	107	26.8	327	38.9	6.8	-68	57.956	0.000
Moderados	70	15.9	55	13.8	125	14.9	0.8	-0.8		
Bons	151	34.2	237	59.4	388	46.2	-7.3	7.3		

Na comparação da classificação dos conhecimentos sobre planeamento familiar antes e após a intervenção formativa, regista-se que dos 41.2% dos adolescentes com conhecimentos insuficientes antes da intervenção formativa, 63.6% mantiveram essa classificação, 50.4% melhoraram moderadamente os seus conhecimentos e 19.3% passaram a ter bons conhecimentos. Já entre os 38.8% dos adolescentes com bons conhecimentos antes da intervenção formativa, 61.9% mantiveram-se com bons conhecimentos, mas houve retrocesso em 28,8% e 18.3% dos inquiridos que passaram a registar respectivamente moderados e insuficientes conhecimentos sobre planeamento familiar. O teste de qui quadrado apresenta diferenças estatísticas significativas **(X^2= 192.046; p= 0.000)** indicando os resíduos ajustados que as diferenças se situam nos três grupos em estudo.

Tabela 49 – Relação entre conhecimento sobre planeamento familiar antes e após intervenção formativa

Antes / Após	Insuficientes Nº	Insuficientes %	Moderados Nº	Moderados %	Bons Nº	Bons %	Total Nº	Total %	Residuais 1	Residuais 2	Residuais 3
Insuficientes	208	63.6	63	50.4	75	19.3	346	41.2	10.5	2.3	-11.9
Moderados	59	18.0	36	28.8	73	18.8	168	20.0	1.1	2.7	-0.8
Bons	60	18.3	26	20.8	240	61.9	326	38.8	-9.7	-4.3	12.7
Total	327	100.0	125	100.0	388	100.0	840	100.0			

Na tabela 50 mostram-se os resultados obtidos quando procuramos saber se os conhecimentos sobre planeamento familiar eram descriminados pelo local de residência.

Como se observa, antes da intervenção formativa 41.2% dos inquiridos revelaram conhecimentos insuficientes sobre planeamento familiar contribuindo para este valor os 47.1% dos adolescentes residentes na zona rural e os 35.5% da zona urbana. É porém entre os residentes da zona urbana que se regista o maior percentual (42.5%) de adolescentes com bons conhecimentos. As diferenças são significativas **(X^2 = 11.608; p= 0.003)**, localizando-se estas entre os residentes na zona rural e com conhecimentos insuficientes e nos residentes da zona urbana e com bons conhecimentos**.**

Após a intervenção formativa o percentual de adolescentes com bons conhecimentos (46.2%) revela-se ligeiramente superior ao registado na primeira avaliação (38.9%), sendo que 41.0% e 51.2% dos inquiridos, residem respectivamente na zona rural e urbana. As diferenças também são significativas (X^2 = 9.480; p= 0.009) situando-se de acordo com os resíduos ajustados entre os que possuem conhecimentos insuficientes e residentes na zona rural e bons conhecimentos e residentes na zona urbana

Os resultados do teste t, assumindo igualdade de variâncias confirmam que os adolescentes residentes na zona urbana apresentam melhores conhecimentos sobre planeamento familiar, quer antes (t=3.873; p=0.000) quer após (t=-3.544; p= 0.000) a intervenção formativa, que os da zona rural com significância estatística, o que indica que o local de residência influencia a desigualdade de conhecimentos sobre planeamento familiar.

Tabela 50 – Conhecimentos sobre planeamento familiar e zona de residência

Residência	Rural (1)		Urbana (2)		Total		Residuais		X2	p
	Nº (412)	% (49.0)	Nº (428)	% (51.0)	Nº (840)	% (100.0)	1	2		
Antes										
Insuficientes	194	47.1	152	35.5	346	41.2	3.4	-3.4		
Moderados	74	18.0	94	22.0	168	20.0	-1.4	1.4	11.608	0.003
Bons	144	35.0	182	42.5	326	38.8	-2.3	2.3		
Após										
Insuficientes	180	43.7	147	34.3	327	38.9	2.8	-2.8		
Moderados	63	15.3	62	14.5	125	14.9	0.3	-0.3	9.480	0.009
Bons	169	41.0	219	51.2	388	46.2	-2.9	2.9		

Fazendo uma análise em função da idade, o teste de Kruskall Wallis revelou que foram encontradas significâncias estatísticas antes (X^2=8.789; p=0.012) e após (X^2=9.479; p=0.009) a intervenção formativa revelando as ordenações médias que os adolescentes

mais jovens são os que apresentam índices mais elevados de conhecimentos sobre planeamento familiar, figurando em sentido inverso os adolescentes mais velhos.

Estes resultados reforçam os obtidos com a análise bivariada que se apresenta na tabela 51. Infere-se que antes da intervenção formativa dos adolescentes que possuem conhecimentos insuficientes, 52.9% têm idade de 17 anos e 41.6% entre 14 e 16 anos. Efectivamente, são os adolescentes mais jovens (47.3%) que revelam melhores conhecimentos. Este facto também ocorre após a intervenção formativa pois dos que possuem bons conhecimentos sobre planeamento familiar, 50.9% tem 13 anos de idade e 46.5% entre 14 e 16 anos. Ascende a cerca de 70.0%, a percentagem de adolescentes com 17 anos de idade que revelam insuficientes conhecimentos, o que é deveras preocupante, dado que é nestas idades que a maioria dos adolescentes inicia a sua actividade sexual.

Tabela 51 – Relação entre conhecimentos sobre planeamento familiar e idade

	13 anos		14- 16 anos		17 anos		Total		Residuais		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3
Antes											
Insuficientes	17	30.9	319	41.6	10	52.9	346	41.2	-1.6	0.9	1.0
Moderados	12	21.8	152	19.8	4	21.1	168	20.0	0.3	-0.4	0.1
Bons	26	47.3	295	38.5	5	26.3	326	38.8	1.3	-0.6	-1.1
Após											
Insuficientes	17	30.9	297	38.8	13	68.4	327	38.9	-1.3	-0.3	2.7
Moderados	10	18.2	113	14.8	2	10.5	125	14.9	0.7	-0.3	-0.5
Bons	28	50.9	356	46.5	4	21.1	388	46.2	0.7	0.5	-2.2
Total	55	100.0	766	100.0	19	100.0	840	100.0			

Parecer-nos-ia obvio que os adolescentes que já experienciaram relações sexuais tivessem mais conhecimentos sobre planeamento familiar e, nesse sentido, procuramos saber como se relacionavam estas duas variáveis. Notamos pelos resultados expresso na tabela 52 que antes da intervenção formativa, dos inquiridos que revelam insuficientes conhecimentos, cerca de 4 em cada 10 não tiveram relações sexuais completas. Com 38.7% figuram os classificados com bons conhecimentos, denotando-se que o maior valor percentual (39.3%) recai entre os adolescentes que já tiveram relações sexuais. As diferenças são estatisticamente significativas entre os grupos **(X^2 = 10.011; p= 0.007)** situando-se pelos resíduos ajustados entre os que possuem fracos conhecimentos e não experienciaram relações sexuais completas e entre os que tiveram relações sexuais completas e detentores de moderados conhecimentos.

Após a intervenção formativa dos adolescentes classificados com conhecimentos insuficientes sobre planeamento familiar, 44.9% já tiveram relações sexuais e dos com bons

conhecimentos, cerca de metade da amostra não teve relações sexuais. Todavia não são estatisticamente significativas as diferenças encontradas entre os grupos.

Tabela 52 – Conhecimentos sobre planeamento familiar e relações sexuais

Relações sexuais	Sim (1)		Não (2)		Total		Residuais		X2	p
	Nº (89)	% (10.6)	Nº (751)	% (89.4)	Nº (840)	% (100.0)	1	2		
Antes										
Insuficientes	26	29.2	320	42.6	346	41.2	-2.4	2.4		
Moderados	28	31.5	140	18.6	168	20.0	2.9	-2.9	10.011	0.007
Bons	35	39.3	291	38.7	326	38.8	0.1	-0.1		
Após										
Insuficientes	40	44.9	287	38.2	327	38.9	1.2	-1.2		
Moderados	14	15.7	111	14.8	125	14.9	0.2	-0.2	1.989	0.370
Bons	35	39.3	353	47.0	388	46.5	-1.4	1.4		

Nos sistemas religiosos de tradição católica é sabido que existe uma resistência tradicional à contracepção. Esta situação parece reflectir-se no nosso estudo na medida em que antes da intervenção formativa dos adolescentes que apresentam conhecimentos insuficientes sobre planeamento familiar, 42.2% e 44.0% praticam respectivamente muito e moderadamente a religião, mas 41.8% afirma não ter prática religiosa. Entre os adolescentes classificados com bons conhecimentos, 43.8% afirma não ter práticas religiosas e 40.5% revela ter pouca prática religiosa. Entre os grupos as diferenças encontradas não são significativas **(X^2 = 8.026; p= 0.236**). Estes resultados permitem-nos afirmar que os adolescentes com menos prática religiosa são os que possuem mais conhecimentos sobre planeamento familiar

Todavia após a intervenção formativa, parece ter havido mudança de opinião, pois dos 38.9% de adolescentes com conhecimentos insuficientes 42.5% refere não ter prática religiosa e, dos 46,2% dos inquiridos com bons conhecimentos 45.8% e 47.4% tem respectivamente muita ou moderada prática religiosa. Também entre os grupos não foram encontradas significâncias estatísticas **(X^2 = 4.022; p= 0.674).**

Tabela 53 - Relação entre conhecimentos sobre planeamento familiar e prática religiosa

Prática religiosa	Muita		Moderada		Pouca		Nada		Total		Residuais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3	4
Antes														
Insuficientes	35	42.2	155	44.0	92	36.5	64	41.8	346	41.2	0.2	1.4	-1.8	0.2
Moderados	19	22.9	69	19.6	58	23.0	22	14.4	168	20.0	0.7	-0.2	1.4	-1.9
Bons	29	34.9	128	36.4	102	40.5	67	43.8	326	38.8	-0.8	-1.2	0.6	1.4
Após														
Insuficientes	32	38.6	135	38.4	95	37.7	65	42.5	327	38.9	-0.1	-0.3	-0.5	1.0
Moderados	13	15.7	50	14.2	45	17.9	17	11.1	125	14.9	0.2	-0.5	1.6	-1.4
Bons	38	45.8	167	47.4	112	44.4	71	46.4	388	46.2	-0.1	0.6	-0.7	0.1

Finalizamos o estudo desta variável procurando saber em que medida os adolescentes que experienciaram relações sexuais completas antes da intervenção formativa apresentavam mais conhecimentos sobre planeamento familiar que os seus opositores. Ao analisarmos a tabela 54 verificamos que a maior percentagem (39.3%) de adolescentes que afirmaram já ter relações sexuais completas, recai nos que têm bons conhecimentos sobre planeamento familiar. Em sentido inverso, dos 41.2% da totalidade da amostra com conhecimentos insuficientes, 42.6% não tiveram relações sexuais completas. O teste de qui quadradro **(X^2 = 10.011; p= 0.007)** revela existirem diferenças estatísticas significativas.

Tabela 54 - Conhecimentos sobre planeamento familiar antes da intervenção formativa e relações sexuais

Relações sexuais	Sim		Não		Total		X^2	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Insuficientes	26	29.2	320	42.6	346	41.2		
Moderados	28	31.5	140	18.6	168	20.0	10.011	0.007
Bons	35	39.3	291	38.7	326	38.8		
Total	**89**	**100.0**	**751**	**100.0**	**840**	**100.**		

3.4.3. Conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual

As infecções de transmissão sexual (ITS) encontram-se entre as causas mais comuns de doença no mundo e têm, em muitos países, vastas consequências de natureza sanitária, social e económica. Estudamos esta variável aplicando uma escala tipo Likert conforme descrita na metodologia, no intuito de avaliar os conhecimentos dos adolescentes sobre esta temática. Os resultados das estatísticas que se apresentam na tabela 55, indicam-nos que os valores mínimos, máximos e médias antes e após a intervenção formativa, são similares embora o desvio padrão seja ligeiramente superior após a mesma e suficiente para produzir um coeficiente de variação com dispersão moderada. Os valores de assimetria e curtose revelam curvas leptocúrticas e enviesadas à direita e o teste de aderência à normalidade indica que a amostra não segue uma distribuição normal.

Tabela 55 - Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual

Estatísticas	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Antes	22.77	72.52	50.00	10.00	20.00	-1.38	-4.15	0.000
Após	25.42	67.82	50.00	10.00	20.00	-1.16	-6.67	0.000

Analisando os resultados em função do sexo, o teste t para amostras independentes revela-nos que com a primeira aplicação do instrumento de recolha de dados as raparigas registam mais conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual do que os seus congéneres do sexo oposto com valor de t explicativo, reforçando-se estes conhecimentos após a intervenção formativa já que os índices médios são mais elevados e estatisticamente significativos.

Tabela 56 - Teste t entre conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual e sexo

Sexo / Intervenção formativa	Masculino		Feminino		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Antes	48.44	9.98	51.71	9.76	0.610	-4.786	0.000
Após	47.58	9.76	52.68	9.59	0.463	-7.791	0.000

Na tabela 57 mostram-se os resultados obtidos com os grupos de corte estabelecidos para esta variável em função do sexo. Dos adolescentes classificados como tendo insuficientes conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual no primeiro momento de avaliação, 44.2% são rapazes e 32.8% raparigas. Em relação aos adolescentes com bons conhecimentos cerca de metade são raparigas. As diferenças entre os grupos são significativas **(X^2= 12..079; p=0.002)** indicando os resíduos ajustados que se situam entre os adolescentes com insuficientes conhecimentos no sexo masculino e com bons conhecimentos no feminino.

No segundo momento de avaliação os valores percentuais são similares para a totalidade da amostra mas denota-se um aumento considerável entre os rapazes com insuficientes conhecimentos (52.4%) e nas raparigas com bons conhecimentos (57.9%) sendo as diferenças entre os grupos também significativas **(X^2= 41.907; p=0.000)**

Tabela 57 – Relação entre conhecimentos sobre infecções sexualmente transmissíveis e sexo

IST / Sexo	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais		X2	p
	Nº (441)	% (52.5)	Nº (399)	% (47.5)	Nº (840)	% (100.0)	1	2		
Antes										
Insuficientes	195	44.2	131	32.8	326	38.8	3.4	-3.4		
Moderados	73	16.6	71	17.8	144	17.1	-0.5	0.5	12.079	0.002
Bons	173	39.2	197	49.4	370	44.0	-3.0	3.0		
Após										
Insuficientes	231	52.4	127	31.8	358	42.6	6.0	-6.0		
Moderados	51	11.6	41	10.3	92	11.0	0.6	-0.6	42.598	0.000
Bons	159	36.1	231	57.9	390	46.4	-6.3	6.3		

Na comparação dos conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual antes vs. após intervenção formativa apontamos que 67.0% dos adolescentes mantiveram conhecimentos insuficientes após o segundo momento de avaliação e 20.4% classificados com bons conhecimentos no primeiro momento consideraram ter conhecimentos insuficientes após a intervenção formativa. Contudo, cerca de 7 em cada 10 adolescentes com bons conhecimentos antes da formação continuaram a manifestar esses conhecimentos após a mesma. O teste de qui quadrado **(X^2= 210.849; p= 0.000)** revela significâncias estatísticas que se situam, pelos resíduos ajustados, entre os possuidores de fracos conhecimentos e com bons conhecimentos antes e após a intervenção formativa.

Tabela 58 – Comparação entre conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual antes e após a intervenção formativa

	Insuficientes		Moderados		Bons		Total		Residuais		
Classificação	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**1**	**2**	**3**
Insuficientes	250	67.0	37	48.1	69	17.7	356	42.4	12.9	1.1	-13.5
Moderados	47	12.6	12	15.6	55	14.1	114	13.6	-0.7	0.5	0.4
Bons	76	20.4	28	36.4	266	68.2	370	44.0	-12.4	-1.	13.1
Total	373	100.0	77	100.0	390	100.0	840	100.0			

À semelhança do que efectuamos para a variável planeamento familiar também analisamos a relação entre grupos etários e conhecimento sobre infecções de transmissão sexual. Os resultados por grupos foram estatisticamente significativos antes (X^2= 8.789; p= 0.012) e após a intervenção formativa (X^2= 9.478; p= 0.009) revelando o teste de Kruskalll Wallis que são os mais novos que apresentam ordenações médias mais elevadas, sendo secundados pelos adolescentes entre os 14-16 anos. È com alguma preocupação e de certo modo nos parece imprevisível que sejam os adolescentes mais velhos a protagonizarem as menores ordenações médias, já que na nossa perspectiva, não só por toda a experiência prática que adquiriram, como ainda pelos conhecimentos acumulados deveriam ser aqueles com mais conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual.

Procuramos determinar em que grupos de idades se localizam as diferenças encontradas pelo teste acima referido. Dos resultados insertos na tabela 59 nota-se que antes da intervenção formativa, dos adolescentes com insuficientes conhecimentos, a maior percentagem (39.7%) tem uma idade compreendida entre os 14 e 16 anos mas o valor percentual para os adolescentes com 17 anos é similar, ao situar-se em cerca de 37.0%. Já para os que possuem bons conhecimentos mais de metade da amostra têm 17 anos, sendo também de salientar os 49.1% de adolescentes com 13 anos. Denota-se contudo pelo teste de qui quadrado **(X^2= 4.629; p= 0.328)** e pelos resíduos ajustados que as diferenças entre os grupos não são significativas

Analisando os resultados após a intervenção formativa confirma-se pelo teste de qui quadrado a inexistência de significância estatística **(X^2=6.104; p=0.192)** entre os grupos. Por outro lado, verifica-se um aumento substancial dos valores percentuais em todos os grupos etários de adolescentes com conhecimentos insuficientes sobre infecções de transmissão sexual com especial destaque para os cerca de 6 em cada 10 adolescentes com 17 anos e consequente diminuição entre os que possuíam bons conhecimentos sobre

esta temática. Destaca-se ainda os valores percentuais alcançados (56.4%) entre os adolescentes mais novos com bons conhecimentos.

Tabela 59 – Conhecimentos sobre infecções sexualmente transmissíveis e idade

	13 anos		14- 16 anos		17 anos		Total		Residuais		
Idade	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3
Antes											
Insuficientes	15	27.3	304	39.7	7	36.8	326	38.8	-1.8	1.7	-0.2
Moderados	13	23.6	129	16.8	2	10.5	144	17.1	1.3	-0.7	-0.8
Bons	27	49.1	333	43.5	10	52.6	370	44.0	0.8	-1.1	0.8
Após											
Insuficientes	21	38.2	326	42.6	11	57.9	358	42.6	-0.7	-0.1	1.4
Moderados	3	5.5	86	11.2	3	15.8	92	11.0	-1.4	0.8	0.7
Bons	31	56.4	354	46.2	5	26.3	390	46.4	1.5	-0.4	-1.8
Total	55	100.0	766	100.0	19	100.0	840	100.0			

Na tabela 60 descriminam-se as distribuições das respostas dos adolescentes relativos aos conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual em função da zona de residência. Como se observa, os adolescentes com insuficientes conhecimentos residem com significativa prevalência na zona rural com percentagens de (46.4% vs 48.8%) nos dois momentos de avaliação e em oposição os adolescentes com bons conhecimentos habitam na zona urbana sendo os valores percentuais de 50,0% e 53.3% respectivamente, com resíduos ajustados significativos.

Tabela 60 - Conhecimentos sobre infecções sexualmente transmissíveis e zona de residência

Residência	Rural (1)		Urbana (2)		Total		Residuais		X2	p
	Nº (412)	% (49.0)	Nº (428)	% (51.0%)	Nº (840)	% (100.0)	1	2		
Antes										
Insuficientes	191	46.4	135	31.5	326	38.8	4.4	-4.4		
Moderados	65	15.8	79	18.5	144	17.1	-1.0	1.0	10.775	0.000
Bons	156	37.9	214	50.0	370	44.0	-3.5	3.5		
Após										
Insuficientes	201	48.8	157	36.7	358	42.6	3.5	-3.5		
Moderados	49	11.9	43	10.0	92	11.0	0.9	-0.9	16.670	0.000
Bons	162	39.3	228	53.3	390	46.4	-4.1	4.1		

Reportando-nos aos conhecimentos sobre infecções sexualmente transmissíveis e a sua relação com a prática religiosa, o teste de Kruskall Wallis veio indicar-nos que os adolescentes que não possuem prática religiosa efectiva (OM= 477.67) ou praticam pouco (OM=422.88) são os que desfrutam de melhores conhecimentos antes da intervenção formativa. Após a intervenção encontramos nos adolescentes com moderada prática religiosa os que mais conhecimentos manifestam (OM= 428.20) secundados pelos que não

praticam a religião (OM=424.64). As diferenças entre os grupos não são suficientemente fortes para produzir significâncias estatísticas, quer antes (X^2 12.625; p=0.060) quer após (X^2 1.251; p=0.741) a intervenção formativa.

Olhando para os resultados expressos, na tabela 61 nota-se que 56,2% que possuem bons conhecimentos, não praticam actividade religiosa e em 44.8% a prática religiosa é pouco relevante. Regista-se no entanto, que 44.6% dos adolescentes com bons conhecimentos afirmam ter uma prática religiosa muito intensa. Pela mesma tabela podemos observar a existência de significância estatística **(X^2= 16.515; p= 0.001)** situando-se a diferença entre os adolescentes com conhecimentos insuficientes e com prática religiosa moderada e nos que possuem bons conhecimentos mas não têm prática religiosa.

No segundo momento de avaliação os resultados do teste de qui-quadrado **(X^2= 1.819; p=0.936)** atesta a inexistência de significâncias e os valores percentuais registam um aumento dos conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual em todos os grupos em estudo, com excepção dos que professam pouco ou nada a religião.

Tabela 61 - Relação entre conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual e prática religiosa

	Muita		Moderada		Pouca		Nada		Residuais			
Prática religiosa	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**1**	**2**	**3**	**4**
Antes												
Insuficientes	32	38.6	153	43.5	100	39.7	41	26.8	-0.1	2.4	0.3	-3.4
Razoáveis	14	16.9	65	18.5	39	15.5	26	17.0	-0.1	0.9	-0.8	-0.1
Bons	37	44.6	134	38.1	113	44.8	86	56.2	0.1	-3.0	0.3	3.4
Após												
Insuficientes	37	44.6	147	41.5	113	44.8	62	40.5	0.4	-0.6	0.9	-0.6
Razoáveis	7	8.4	39	11.1	29	11.5	17	11.1	-0.8	0.1	0.3	0.1
Bons	39	47.0	167	47.4	110	43.7	74	48.4	0.1	0.5	-1.1	0.5

Na tabela 62 estabelece-se a relação entre os conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual e relações sexuais. Os resultados, testemunham que os adolescentes que já experienciaram relações sexuais antes da intervenção formativa são os que possuem bons conhecimentos sobre o assunto em análise, registando um valor percentual de 50.6%. A prevalência dos adolescentes com bons conhecimentos mas que não tiveram relações sexuais completas (43.3%) é ligeiramente menor e não significativa.

Tabela 62 – Conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual antes da intervenção formativa e relações sexuais

Relações sexuais	Sim		Não		Total		X^2	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Insuficientes	29	32.6	297	39.5	326	38.8		
Moderados	15	16.9	129	17.2	144	17.1	1.958	0.376
Bons	45	50.6	325	43.3	370	44.0		
Total	**89**	**100.0**	**751**	**100.0**	**840**	**100.0**		

3.4.4. Conhecimentos sobre reprodução

Alguns estudos nacionais e internacionais, realizados no sentido de investigar o conhecimento dos adolescentes sobre o funcionamento do sistema reprodutivo vêm confirmar a pouca informação e o fraco nível de conhecimento relacionados com estes temas, alertando para a necessidade de intervenção formativa.

Uma realidade com que nos deparamos no nosso país é a falta de serviços de saúde disponíveis para atender especificamente as necessidades próprias dos adolescentes, o que se configura num potencial obstáculo para o acesso às informações e às acções que protejam a saúde destes adolescentes.

Foi com base nestes pressupostos que procuramos saber que conhecimentos os adolescentes possuem sobre reprodução, tendo-se para o efeito aplicada uma escala tipo Likert constituída por 21 itens conforme descrito na metodologia.

Os resultados das estatísticas revelam antes da intervenção formativa um índice mínimo de 16 e um máximo de 72.25 com uma média e um desvio padrão estandardizado de 50 e 10 respectivamente. Após a intervenção formativa registou-se uma maior amplitude nos índices mínimos e máximos já que foram respectivamente de 20.05 e 104.35. Os coeficientes de variação apresentam dispersões moderadas face aos índices médios encontrados e os valores de assimetria e curtose indicam para antes da intervenção formativa uma curva leptocúrtica e enviezada à direita e após a intervenção formativa uma curva gaussiana para os índices obtidos. No que se refere ao teste de Kolmogorov Smirnoff as probabilidades mostram que a variável não segue uma distribuição normal.

Tabela 63 - Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre reprodução

Estatísticas	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Antes	16.00	72.25	50.00	10.00	20.00	-2.84	-3.07	0.000
Após	20.05	104.36	50.0	10.00	20.00	-0.26	-1.43	0.000

Será de todo comum que as raparigas se preocupem mais com a aquisição de conhecimentos sobre reprodução dado o risco de uma gravidez adolescente. No intuito de confirmarmos tal pressuposto efectuamos um teste t para amostras independentes. Não assumindo a homogeneidade das variâncias, de acordo com as probabilidades do teste de Levene quer antes quer após a intervenção formativa, os resultados apontam, com significância estatística, para um maior nível de conhecimentos sobre reprodução entre as raparigas, o que vem de algum modo confirmar o nosso pressuposto. (cf. tabela 63)

Tabela 64 - Teste t de student entre conhecimentos sobre reprodução e sexo

Sexo / Intervenção formativa	Masculino		Feminino		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Antes	49.35	10.44	50.72	9.44	0.033	-2.007	0.045
Após	48.14	10.32	52.05	9.22	0.014	-5.793	0.000

Também para esta variável efectuamos grupos de corte que nos permitiram classificar os conhecimentos dos adolescentes sobre reprodução em insuficientes, moderados e bons. Analisados em função do sexo, notamos que antes e após a intervenção formativa é o sexo feminino que apresenta percentuais mais elevados no que se refere a bons conhecimentos (42.6% vs 516%), o que vem certificar os resultados descritos na tabela anterior, enquanto que no sexo masculino ponderam com bons conhecimentos no primeiro momento de aplicação da escala 38.3% dos inquiridos, decrescendo este valor para 34.1% no segundo momento, com a evidente ascensão percentual entre os classificados com insuficientes conhecimentos (50.6%).

O teste de qui quadrado **(X^2= 1.715; p= 0.424)** e os resíduos ajustados não comprovam a existência de significância estatística antes da intervenção formativa, mas após a intervenção verifica-se uma probabilidade altamente significativa **(X^2= 29.426; p= 0.000),** situando-se a diferença entre os adolescentes com insuficientes conhecimentos e do sexo masculino e com bons conhecimentos e sexo feminino.

Tabela 65 – Conhecimentos sobre reprodução antes e após a intervenção formativa em função do sexo

Reprodução	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais		X2	p
	Nº (441)	% (52.5)	Nº (399)	% (47.5)	Nº (840)	% (100.0)	1	2		
Antes										
Insuficientes	188	42.6	155	38.8	343	40.8	1.1	-1.1		
Moderados	84	19.0	74	18.5	158	18.8	0.2	-0.2	1.715	0.424
Bons	169	38.3	170	42.6	339	40.4	-1.3	1.3		
Após										
Insuficientes	223	50.6	131	32.8	354	42.1	5.2	-5.2		
Moderados	64	14.5	62	15.5	126	15.0	-0.4	0.4	29.426	0.000
Bons	154	34.9	206	51.6	360	42.9	-4.9	4.9		

Ainda com base na classificação obtida sobre reprodução relacionamos os conhecimentos dos adolescentes antes e após a intervenção formativa. Ressalta dos valores apresentados na tabela 66 que dos 40.8% da totalidade da amostra classificados com conhecimentos insuficientes antes da intervenção formativa cerca de 7 em cada 10 mantiveram essa classificação com diferença estatística. Contudo, passaram de insuficientes a razoáveis47.6% da amostra e 15.9% a bons.

Dos que opinaram ter bons conhecimentos antes da intervenção formativa 63.9% manteve com significância estatística esse padrão de conhecimentos mas 32.5% e 19.2% passaram a ter razoáveis e fracos conhecimentos respectivamente. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas, conforme comprova o teste de qui quadrado **(X^2= 218.515; p= 0.000)** e os resíduos ajustados.

Tabela 66 – Relação entre conhecimentos sobre reprodução antes e após a intervenção formativa

Após / Antes	Insuficientes		Moderados		Bons		Total		Residuais		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3
Insuficientes	234	66.1	60	47.6	49	13.6	343	40.8	12.7	1.7	-13.9
Moderados	52	14.7	25	19.8	81	22.5	158	18.8	-2.6	0.3	2.4
Bons	68	19.2	41	32.5	230	63.9	339	40.5	-10.7	-1.9	12.0
Total	354	100.0	103	100.0	383	100.0	840	100.0			

Mas será que os conhecimentos sobre reprodução estabelecem alguma relação com a idade? Para dar resposta a esta inquietação efectuamos o teste de Kruskall Wallis que revelou que os adolescentes mais jovens apresentam índices mais elevados de conhecimentos nos dois momentos de avaliação e os mais velhos menores índices com signifi-

cância estatísticas quer antes **(X^2= 6.699; p=0.035)** quer após **(X^2= 6.449; p=0.040)**a intervenção formativa.

Contudo quando realizamos a análise bivariada entre as mesmas variáveis, constatamos pelo teste de qui quadrado **(X^2= 6.512; p= 0.164)** vs **(X^2= 6.981; p= 0.137)** e resíduos ajustados que não se comprova a existência de significância estatística entre grupos antes e após a intervenção formativa, embora após a intervenção formativa se observe dentro do grupo dos adolescentes com 17 anos e com insuficientes conhecimentos, um resíduo ajustado significativo. De qualquer modo, os valores percentuais dão-nos a confirmação que os adolescentes mais jovens são os que possuem mais conhecimentos sobre reprodução (49.1% vs 50-9%) nos dois momentos de avaliação e os mais velhos (57.9% vs 68.4% menor nível de conhecimentos.

Tabela 67 - Conhecimentos sobre reprodução e idade

	13 anos		14- 16 anos		17 anos		Total		Residuais		
Idade	Nº (55)	% (6.5)	Nº (766)	% (91.2)	Nº (19)	% (2.3)	Nº (840)	% (100.0)	1	2	3
Antes											
Insuficientes	19	34.5	313	40.9	11	57.9	343	40.8	-1.0	0.1	1.5
Moderados	9	16.4	144	18.8	5	26.3	158	18.8	-0.5	0.0	0.8
Bons	27	49.1	309	40.3	3	15.8	339	40.4	1.4	0.0	-2.2
Após											
Insuficientes	20	36.4	321	41.9	13	68.4	354	42.1	-0.9	-0.4	2.3
Moderados	7	12.7	117	15.3	2	10.5	126	15.0	0.5	0.7	-0.6
Bons	28	50.9	328	42.8	4	21.1	360	42.9	1.2	-0.1	-1.9

A tabela 68 reporta-se à distribuição dos conhecimentos dos adolescentes sobre reprodução em função do local de residência. Dos valores expressos, ressalta que os adolescentes com bons conhecimentos antes intervenção formativa residem em maior percentagem na zona rural (45.4%). Igualmente, é também na zona rural que encontramos o maior percentual de adolescentes com bons conhecimentos, (40.2%). O teste de qui quadrado **(X^2= 0.405; p= 0.0.817)** e os resíduos ajustados não revelam significância estatística.

Após a intervenção formativa realça-se que os adolescentes com conhecimentos insuficientes continuam a ponderar entre os residentes da zona rural (48.3%) e os possuidores de bons conhecimentos (47.7%) figuram sobretudo **(X^2= 12.712; p=0.002)** entre os residentes da zona urbana.

Tabela 68 - Conhecimentos sobre reprodução e local de residência

Residência	Rural (1)		Urbana (2)		Total		Residuais		X2	p
	Nº (412)	% (49.0)	Nº (428)	% (51.0%)	Nº (840)	% (100.0)	1	2		
Antes										
Insuficientes	171	41.5	172	40.2	343	40.8	0.4	-0.4		
Moderados	74	18.0	84	19.6	158	18.8	-0.6	0.6	0.405	0.817
Bons	167	40.5	172	40.2	339	40.4	0.1	-0.1		
Após										
Insuficientes	199	48.3	155	36.2	354	42.1	3.5	-3.5		
Moderados	57	13.8	69	16.1	128	15.0	-0.9	0.9	12.712	0.002
Bons	156	37.9	204	47.7	307	42.9	-2.9	2.9		

O estado de abstinência sexual é um fenómeno complexo de desenvolvimento individual influenciado quer pela biologia quer pelos relacionamentos interpessoais sociais e religiosos. Para comprovar estes pressupostos foi elaborada a tabela 69 que nos indica que nos adolescentes com muita prática religiosa o maior percentual recai quer antes quer após a intervenção formativa (44.6% vs 47.0%) nos que possuem bons conhecimentos, o mesmo ocorrendo entre os de moderada prática religiosa. Já os que praticam pouco ou nada a religião são os que apresentam índices mais baixos de conhecimentos nos dois momentos de avaliação. O teste de qui quadrado e os resíduos ajustados não revelam significância estatística quer antes **(X^2= 4.638; p=0.591)** quer após **(X^2= 7.278; p= 0.296)** a intervenção formativa.

Tabela 69 - Conhecimentos sobre reprodução e prática religiosa

Prática religiosa	Muita		Moderada		Pouca		Nada		Residuais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3	4
Antes												
Insuficientes	30	36.1	136	38.6	114	45.2	63	41.2	-0.9	-1.1	1.7	0.1
Moderados	16	19.3	73	20.7	44	17.5	25	16.3	0.1	1.2	-0.7	-0.9
Bons	37	44.6	143	40.6	94	37.3	65	42.5	0.8	0.1	-1.2	0.6
Após												
Insuficientes	33	39.8	133	37.8	115	45.6	73	47.7	-0.5	-2.2	1.3	1.5
Moderados	11	13.3	54	15.3	38	15.1	23	15.0	-0.5	0.2	0.0	0.0
Bons	39	47.0	165	46.9	99	39.3	57	37.3	0.8	2.0	-1.4	-1.5

Terminamos o estudo desta variável fazendo referência à relação entre conhecimentos sobre reprodução e relações sexuais completas antes da intervenção formativa. Da análise da tabela 70 verifica-se que o teste de qui quadrado não apresenta diferenças estatísticas, mas os índices percentuais indicam que os adolescentes que já tiveram relações sexuais completas (46.1%) são os que possuem melhores conhecimentos.

Tabela 70 - Conhecimentos sobre reprodução antes da intervenção formativa e relações sexuais

Relações sexuais	Sim		Não		Total		X^2	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Insuficientes	34	38.2	309	41.1	343	40.8		
Moderados	14	15.7	144	19.2	158	18.8	1.475	0.478
Bons	41	46.1	298	39.7	339	40.4		
Total	**89**	**100.0**	**751**	**100.0**	**840**	**100.0**		

3.4.5. Insatisfação com a imagem corporal

Os adolescentes, em geral, não estão suficientemente informados sobre as mudanças físicas que experimentam e ficam com o sentimento de que não são atraentes ou normais. A imagem corporal é importante para o adolescente e faz parte da nossa identidade. Daí que o trabalho com adolescentes sobre a aquisição de uma imagem corporal positiva seja fundamental, pois esta irá fortalecer o sentido de atractividade, de aceitação social e a capacidade de dar e receber afecto.

Para este estudo e dado que a escala foi validade pelos seus autores não procedemos à normalização e estandardização.

Ao questionarmos os adolescentes sobre a satisfação com a imagem corporal, as estatísticas apontam para um índice mínimo de 3 antes da intervenção formativa e um máximo de 82 com uma média de 18.31 e desvio padrão de 11.13. Após a intervenção formativa os índices mínimos e máximos foram respectivamente de 1 e 78 sendo a média de 18.08 e desvio padrão de 10.65. Os coeficientes de variação nos dois momentos de avaliação revelam dispersão elevada e os valores de assimetria e curtose curvas leptocurticas e enviesadas à esquerda, enquanto que as probabilidades do teste de aderência à normalidade indicam que esta variável não tem uma distribuição normal.

Tabela 71 - Estatísticas relativas à percepção da insatisfação com a imagem corporal

Estatísticas	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Antes	3.00	82.00	18.31	11.13	60.78	29.13	44.74	0.000
Após	1.00	78.00	18.08	10.65	58.90	26.94	40.07	0.000

Procuramos saber se os índices médios da percepção da insatisfação com a imagem corporal eram descriminados pelo sexo. Assumindo as probabilidades do teste de Levene que as variâncias não são homogéneas, nota-se pelos resultados apresentados na tabela 72 que o sexo feminino apresenta índices médios mais elevados, condizentes com uma maior insatisfação com a imagem corporal antes e após a intervenção formativa com diferenças estatísticas, o que confirma o pressuposto referido.

Tabela 72 - Teste t de student entre percepção da insatisfação com a imagem corporal e sexo

Intervenção formativa	Masculino		Feminino		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Antes	17.28	9.19	19.44	12.85	0.000	-2.778	0.006
Após	17.37	9.34	18.87	11.90	0.000	-2.024	0.043

Entretanto, tendo em conta os grupos de corte estabelecidos pelo autor da escala, apresentamos na tabela 73 os resultados obtidos e a sua variabilidade em função do sexo. Assim, antes da intervenção formativa 94.2% da totalidade da amostra consideram estar satisfeitos com a sua imagem corporal, sendo que 96.8% são rapazes e 91.2% raparigas. Valores percentuais similares são encontrados após a intervenção formativa, registando-se um ligeiro decréscimo entre os insatisfeitos. As diferenças entre os grupos nos dois momentos são significativas **(X^2= 11.948; p= 0.001)** vs **(X^2= 7.964; p= 0.005)** situando-se de acordo com os resíduos ajustados entre o grupo dos satisfeitos e sexo masculino e insatisfeitos e feminino.

Tabela 73 – Percepção da insatisfação com a imagem corporal em função do sexo

Insatisfação	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais		X2	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Antes										
Satisfeitos	427	96.8	364	91.2	791	94.2	3.5	-3.5	11.948	0.001
Insatisfeitos	14	3.2	35	8.8	49	5.8	-3.5	3.5		
Após										
Satisfeitos	427	96.8	369	92.5	796	94.8	2.8	-2.8	7.964	0.005
Insatisfeitos	14	3.2	30	7.5	44	5.2	-2.8	2.8		

Procuramos também estabelecer a relação entre a insatisfação com a imagem corporal antes da intervenção com a insatisfação após a intervenção. Pela tabela 74, notamos que 97.7% se mantêm satisfeitos quer antes quer após a intervenção formativa mas 29.5 % ficaram insatisfeitos após a intervenção. Dos 5.8% de adolescentes que manifestaram insatisfação antes da intervenção 70.5%, mantiveram a mesma opinião após a mesma. O

teste de qui quadrado e os resíduos ajustados revelam significâncias estatísticas (X^2= 352.984; p= 0.000).

Tabela 74 – Relação entre percepção da insatisfação com a imagem corporal antes e após a intervenção formativa

Após / Antes	Satisfeitos		Insatisfeitos		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2
Satisfeitos	778	97.7	13	29.5	791	94.2	18.8	-18.8
Insatisfeitos	18	2.3	31	70.5	49	5.8	-18.8	18.8
Total	796	100.0	44	100.0	840	100.0		

Ao analisarmos a mesma variável em função da idade o teste de KW dá-nos indicações pelas ordenações médias que os mais insatisfeitos com a percepção da sua imagem são os adolescentes com 17 anos de idade antes e após a intervenção formativa e os mais satisfeitos são os mais jovens antes da intervenção e os de idade compreendida entre os 14 e 16 anos após a intervenção. As diferenças entre os grupos são apenas significativas **(X^2= 6.496; p=0.039)** para o primeiro momento de intervenção formativa.

Apresentamos na tabela 75 a percepção dos adolescentes sobre a insatisfação com a imagem corporal em função dos grupos etários. Quer antes da intervenção formativa **(X^2= 0.787; p= 0.675)** quer após a mesma **(X^2= 3.820; p= 0.148),** o teste de qui quadrado não apresenta significância estatística, mas os resultados revelam que dos adolescentes que percepcionam com satisfação a sua imagem corporal antes da intervenção formativa 94.5% têm 13 anos e 94.3% entre os que têm 14 a 16 anos de idade.

Após a intervenção formativa observa-se que dos 94.8% satisfeitos com a percepção da imagem corporal, 89.1% têm 13 anos, mas os mais satisfeitos com a imagem (95.2%) têm idades compreendidas entre 14 e 16 anos. Os resíduos ajustados indicam significância estatística entre os insatisfeitos com a percepção da imagem corporal e os adolescentes com 13 anos de idade.

Tabela 75 – Percepção da Insatisfação com a imagem corporal e idade

Idade	13 anos		14- 16 anos		17 anos		Total		Residuais		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3
Antes											
Satisfeitos	52	94.5	722	94.3	17	89.5	791	94.2	0.1	0.4	0.9
Insatisfeitos	3	5.5	44	5.7	2	10.5	49	5.8	-0.1	-0.4	0.9
Após											
Satisfeitos	49	89.1	729	95.2	18	94.7	796	94.8	-2.0	1.7	0.0
Insatisfeitos	6	10.9	37	4.8	1	5.3	44	5.2	2.0	-1.7	0.0

Ao analisarmos a relação entre a insatisfação com a imagem corporal, aferimos pelos resultados da tabela 76 que os mais satisfeitos com a imagem corporal são os residentes na zona rural (94.7% vs 95.6%). A percentagem dos adolescentes insatisfeitos com a imagem corporal é insignificante tanto para os residentes da zona rural como urbana.

Tabela 76 - Percepção da insatisfação com a imagem corporal e residência

Residência	Rural (1)		Urbana (2)		Total		Residuais		X2	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Antes										
Satisfeitos	390	94.7	401	93.7	791	94.2	0.6	-0.6	0.359	0.549
Insatisfeitos	22	5.3	27	6.3	49	5.8	-0.6	0.6		
Após										
Satisfeitos	394	95.6	402	93.9	796	94.8	1.1	-1.1	1.231	0.267
Insatisfeitos	18	4.4	26	6.1	44	5.2	-1.1	1.1		

Quando se examina a relação entre a percepção da insatisfação com a imagem corporal e prática religiosa antes e após a intervenção formativa, observa-se qua a percentagem dos adolescentes satisfeitos com a sua imagem corporal, oscila entre os 93% a cerca de 98% em todos os grupos. De entre os insatisfeitos os maiores valores percentuais recaem nos que praticam pouco, com igual percentagem nos dois momentos de avaliação (7.1%), ou nada (5.9% vs 6.5%) respectivamente, mas as diferenças entre grupos não são significativas tanto antes **(X^2=1.275; p= 0.735),** como após **(X^2= 4.826; p= 0.185)**, a intervenção formativa (cf. tabela 77).

Tabela 77 – Percepção da insatisfação com a imagem e prática religiosa

Prática religiosa	Muita		Moderada		Pouca		Nada		Residuais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3	4
Antes												
Satisfeito	79	95.2	334	94.9	234	92.9	144	94.1	0.4	0.8	-1.1	0.0
Insatisfeito	4	4.8	18	5.1	18	7.1	9	5.9	-0.4	-0.8	1.1	0.0
Após												
Satisfeito	81	97.6	338	96.0	234	92.8	143	93.5	1.2	1.4	-1.6	-0.8
Insatisfeito	2	2.4	14	4.0	18	7.1	10	6.5	-1.2	-1.4	1.6	0.8

Tem ainda interesse saber o modo como os adolescentes que antes da intervenção formativa já tiveram relação sexuais percepcionam a insatisfação com a imagem corporal. Pelos resultados insertos na tabela 78 não se vislumbram diferenças percentuais, já que para os satisfeitos com a imagem corporal, valores percentuais similares (95.5% vs

94.0%) são encontrados respectivamente entre os que já tiveram ou não relações sexuais completas.

Tabela 78 – Relação entre a percepção da insatisfação com a imagem corporal antes da intervenção e relações sexuais

Relações sexuais	Sim		Não		Total		X^2	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Satisfeito	85	95.5	706	94.0	791	94.2	0.325	0.569
Insatisfeito	4	4.5	45	6.0	49	5.9		
Total	**89**	**100.0**	**751**	**100.0**	**840**	**100.0**		

3.4.6. Satisfação com o suporte social

Tal como nos estudos das variáveis anteriores, começamos por determinar as estatísticas descritivas para o suporte social. Para esta variável também não efectuamos o processo de normalização e de estandardização, pelos motivos já invocados quando abordamos a insatisfação com a imagem corporal.

Dos resultados apresentados na tabela 79 observa-se que os valores médios das subescalas oscilam entre os 8.60 nas actividades sociais e os 20.46 na satisfação com as amizades, o que é compreensível dado o número de itens que compõe cada uma das subescalas. O índice mínimo e máximo da satisfação com o suporte social total é de 19 e 75 respectivamente a que corresponde uma média de 55.60 e desvio padrão de 8.94,:

Os coeficientes de variação revelam dispersões moderadas em todos os factores com excepção das actividades sociais em que a dispersão é alta. Para três subescalas e valor global o índice da curtose, aproxima-se do normal, com excepção da satisfação com as amizades, mas com enviesamentos à direita. Já o teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov indica a existência de significância estatística.

Após a intervenção formativa os índices mínimos (15) são encontrados na satisfação com a família e actividades sociais e o máximo (31) na satisfação com amizades, sendo que as médias par as mesmas sub-estalas são de 11.73, 8.55 e 19.69. No suporte social total os índices mínimos e máximos são de 21 e 77 com um valor médio ligeiramente inferior (média 54.11± 8.98) ao obtido antes da intervenção. Para os índices da curtose as curvas tendem a ser normais, mas os valores de skwness indicam assimetria à direita, excepto com a satisfação total. O teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov apre-

senta para todas as subescalas significância estatística o que nos mostra que a amostra não segue uma distribuição normal.

Tabela 79 - Estatísticas relativas à satisfação com o suporte social antes e após a intervenção formativa

Estatísticas	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Antes								
Satisfação amizades	5	25	20.46	3.51	17.15	- 5.63	9.78	0.000
Intimidade	4	20	14.51	3.33	22.94	- 4.60	-0.55	0.000
Satisfação família	3	15	12.01	2.79	23.23	- 10.32	1.61	0.000
Actividades sociais	3	15	8.60	2.90	33.62	-2.35	- 1.55	0.000
Suporte total	19	75	55.60	8.94	16.07	- 3.15	1.60	0.014
Após								
Satisfação amizades	5	31	19.69	3.70	18.79	- 4.59	- 2.03	0.000
Intimidade	4	20	14.13	3.14	22.22	- 0.23	0.710	0.000
Satisfação família	3	15	11.73	2.75	23.44	- 7.42	- 0.52	0.000
Actividades sociais	3	15	8.55	2.77	32.39	-1.30	- 0.01	0.000
Suporte total	21	77	54.11	8.98	16.59	0.11	0.82	0.000

Dada a possibilidade de ocorrer a influência do sexo sobre o suporte social antes e após a intervenção formativa, realizamos testes t para cada uma das subescalas, cujos resultados estão explanados na tabela 80. Nota-se que antes da intervenção formativa, o sexo feminino apresenta uma maior satisfação com o suporte social em relação à satisfação com as amizades, intimidade, actividades sociais e suporte social total, que o masculino, sendo o valor explicativo apenas para a satisfação com as amizades. O teste de Levenne assume igualdade de variâncias em todas as subescalas.

No que respeita à satisfação com o suporte social após a intervenção, o sexo feminino continua a manifestar maior satisfação em todas as subescalas e suporte social total. Com igualdade de variâncias, o teste t para amostras independentes revela significâncias estatísticas em relação à satisfação com amizades e suporte social total.

Tabela 80 - Teste t de student entre satisfação com o suporte social antes e após a intervenção formativa e sexo

	Masculino		Feminino		Leven,sp	t	p
Intervenção formativa	Média	Dp	Média	Dp			
Antes							
Satisfação amizades	20.17	3.64	20.78	3.33	0.177	-2.521	0.012
Intimidade	14.45	3.32	14.58	3.33	0.677	-0.536	0.592
Satisfação família	12.10	2.74	11.92	2.84	0.467	0.943	0.346
Actividades sociais	8.43	2.80	8.79	3.00	0.093	-1.791	0.074
Suporte total	55.17	8.99	56.08	8.87	0.814	-1.474	0.141
Após							
Satisfação amizades	19.22	3.67	20.21	3.67	0.673	-3.900	0.000
Intimidade	13.86	3.06	14.43	3.20	0.245	-2.631	0.009
Satisfação família	11.67	2.70	11.80	2.81	0.709	-0.663	0.507
Actividades sociais	8.38	2.77	8.74	2.77	0.961	-1.860	0.063
Suporte total	53.14	8.77	55.18	9.09	0.620	-3.311	0.001

Examinamos de seguida a interacção entre a idade e a satisfação com o suporte social. O teste de Kruskall Wallis utilizado para o efeito, revelou a inexistência de significância estatística para todas as subescalas e valor global antes da intervenção formativa, embora as ordenações médias indiciem que os adolescentes com 17 anos estejam mais satisfeitos com as amizades e os de 13 anos com as intimidades, satisfação com a família, actividades sociais e suporte social total.

Após a intervenção são os adolescentes com 13 anos que revelam maior satisfação em todas as dimensões do suporte social secundados pelos adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e 16 anos, surgindo em último lugar os mais velhos, mas as diferenças entre os grupos não são significativas. (cf. tabela 81)

Tabela 81 - Teste de Kruskall Wallis entre satisfação com o suporte social e idade

Idade	13 Ordenação Média	14- 16 Ordenação Média	17 Ordenação Média	X^2	p
Antes					
Satisfação amizades	430.39	418.54	470.76	0.966	0.617
Intimidade	481.99	416.40	407.76	3.838	0.147
Satisfação família	472.43	416.55	429.63	2.837	0.242
Actividades sociais	428.21	420.90	381.87	0.546	0.761
Suporte total	470.69	416.85	422.55	2.532	0.282
Após					
Satisfação amizades	461.54	420.00	321.71	4.760	0.093
Intimidade	449.76	420.76	325.39	3.769	0.152
Satisfação família	512.15	415.73	347.58	10.105	0.006
Actividades sociais	405.85	423.18	355.05	1.707	0.426
Suporte total	466.52	420.22	298.55	6.789	0.034

Passando a examinar as variações das dimensões do suporte social face ao local de residência apuramos que antes da intervenção formativa, os adolescentes residentes na zona urbana revelam maiores índices de satisfação com o suporte social no que se refere à satisfação com as amizades, intimidade, actividades sociais e suporte social total e menor em relação à satisfação com a família que os residentes na zona rural. Assumindo homogeneidade de variâncias, o teste t não apresenta diferenças significativas, ou seja, a zona de residência não interage com o suporte social.

Após a intervenção mantêm-se os níveis mais elevados de satisfação com o suporte social nas diversas dimensões nos adolescentes residentes na zona urbana com signifi-

cância estatística para a satisfação com a amizade, intimidade e suporte social total, sendo que as variâncias são homogéneas (cf. tabela 82)

Tabela 82 - Teste t de student entre satisfação com o suporte social antes e após a intervenção formativa e residência

Residência	Rural		Urbana		Leven,sp	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Antes							
Satisfação amizades	20.42	3.41	20.49	3.60	0.695	-0.281	0.779
Intimidade	14.45	3.35	14.57	3.30	0.889	-0.494	0.621
Satisfação família	12.09	2.76	11.94	2.82	0.850	0.806	0.420
Actividades sociais	8.50	3.00	8.70	2.81	0.218	-1.037	0.300
Suporte total	55.48	8.76	55.71	9.11	0.838	-0.379	0.704
Após							
Satisfação amizades	19.39	3.66	19.97	3.72	0.864	-2.286	0.023
Intimidade	13.82	3.00	14.43	3.24	0.081	-2.830	0.005
Satisfação família	11.76	2.71	11.70	2.79	0.851	0.323	0.747
Actividades sociais	8.43	2.67	8.67	2.87	0.032	-1.232	0.218
Suporte total	55.41	8.56	54.78	9.32	0.159	-2.215	0.027

Na tabela 83 sintetizam-se os resultados do teste de Kruskall Wallis utilizado para estudar a relação entre a satisfação com o suporte social e a prática religiosa. Pelos resultados apresentados, salienta-se que quer antes quer após a intervenção formativa, apenas a satisfação com a família regista diferenças significativas entre os grupos. Todavia, antes da intervenção formativa os adolescentes que praticam muito a religião são os mais satisfeitos com o suporte social em relação à satisfação com as amizades, intimidade, satisfação familiar e satisfação social total. Recai nos que não têm prática religiosa a melhor satisfação relacionada com as actividades sociais.

Após a intervenção formativa continua a verificar-se melhor satisfação com as amizades, satisfação familiar e suporte social total no grupo de adolescentes com muita prática religiosa, mas ao invés a satisfação com a intimidade e actividades sociais manifestam-se sobretudo no grupo que não tem práticas religiosas.

Tabela 83 - Teste Kruskall Wallis entre satisfação com o suporte social antes e após a intervenção formativa e pratica religiosa

Prática religiosa	Muito	Moderada	Pouco	Nada	X^2	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Antes						
Satisfação amizades	443.52	395.55	439.78	433.66	6.574	0.087
Intimidade	431.99	414.70	410.06	444.81	2.412	0.491
Satisfação família	456.49	432.58	423.27	368.63	10.032	0.018
Actividades sociais	402.58	410.70	420.42	452.89	3.798	0.284
Suporte total	427.25	410.29	427.13	429.42	1.084	0.781
Após						
Satisfação amizades	442.93	419.98	406.06	433.32	2.046	0.563
Intimidade	437.04	426.74	395.74	437.96	4.087	0.252
Satisfação família	461.64	437.59	407.18	380.82	9.206	0.027
Actividades sociais	411.70	418.29	414.31	440.56	1.373	0.712
Suporte total	440.20	426.82	403.75	422.85	2.000	0.571

Terminamos a análise desta variável fazendo referência à interacção que possa existir entre a satisfação com o suporte social com a existência de relações sexuais completas antes da intervenção formativa. Pelas ordenações médias obtidas com o teste de UMW, denota-se que os adolescentes que já tiveram relações sexuais completas, revelam melhor suporte social em relação à satisfação com as amizades, intimidade, actividades sociais e satisfação com o suporte social total mas menores no concernente à satisfação familiar, face aos adolescentes que não experienciaram relações sexuais. O mesmo teste indica ainda que diferenças são apenas significativas na satisfação com amizades, o que comprova que as relações sexuais completas apenas descriminam este factor.

Tabela 84 - Teste UMW entre satisfação com o suporte social antes da intervenção formativa e relações sexuais

Relações sexuais	Sim	Não	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Antes				
Satisfação amizades	505.84	410.39	25824.000	0.000
Intimidade	455.56	416.35	30299.500	0.148
Satisfação família	380.54	425.24	29863.500	0.095
Actividades sociais	465.07	415.22	29452.500	0.065
Suporte total	465.11	415.21	29449.500	0.066

Intervenção formativa na amostra alargada

Após a análise de cada uma das variáveis em particular, procuramos saber se a intervenção formativa teve influência na mudança de comportamentos e atitudes dos adolescentes tendo-se efectuado para o efeito o teste t emparelhado. Confrontando os resultados

apresentados na tabela 85, verifica-se que a intervenção formativa só produziu efeito nos conhecimentos sobre planeamento familiar e infecções de transmissão sexual mas as diferenças encontradas não são suficientemente fortes para produzir significância estatística. O coeficiente de correlação de Pearson revela para todas as variáveis correlações positivas e significativas o que nos permite afirmar que a melhores dos índices antes da intervenção formativa corresponde a melhores índices após a intervenção em todas as variáveis.

Tabela 85 – Teste t emparelhado para comparação de médias antes e após a intervenção formativa

Variáveis	r	r^2	p	Diferença médias	dp	t	p
Atitudes face sexualidade	0.419	0.175	0.000	0.00035	10.78	0.001	0.999
Conh. sobre Planeamento familiar	0.492	0.242	0.000	-0.00598	10.06	-0.017	0.986
Conh. sobre Infecções transmissão sexual	0.530	0.280	0.000	-0.00410	9.70	-0.012	0.990
Conh. sobre Reprodução	0.505	0.255	0.000	0.00213	9.94	0.006	0.995
Insatisfação com a imagem corporal	0.462	0.213	0.000	0.77143	3.74	5.969	0.000
Satisfação suporte social (total)	0.529	0.279	0.000	0.38214	3.14	3.519	0.000
Satisfação com amizades	0.484	0.234	0.000	0.28214	2.81	2.901	0.004
Intimidade	0.490	0.240	0.000	0.05119	2.87	0.517	0.606
Satisfação com família	0.589	0.346	0.000	1.48690	8.12	5.302	0.000
Actividades sociais	0.697	0.485	0.000	0.22143	8.49	0.755	0.450

A partir dos índices obtidos em cada uma das variáveis em estudo antes e após a intervenção formativa foi criado o módulo de diferenças de médias. Na tabela 86 expressam-se as estatísticas relativas às diferentes variáveis, que foram objecto de intervenção formativa. Como se observa os valores mínimos em todas as variáveis apresentam índices negativos que oscilam entre os -12.00 na satisfação com a intimidade, satisfação com a família e actividades sociais e os -72.00 na insatisfação com a imagem corporal. Os valores máximos por sua vez situam-se entre os valores 10.00 na intimidade e actividades sociais e os 55.86 nos conhecimentos sobre reprodução. Já os valores de assimetria e curtose são sugestivas de curvas leptocúrticas e enviezadas à direita para todas as variáveis em estudo.

Tabela 86 – Estatísticas relativas à diferença de médias das variáveis objecto de intervenção formativa

Estatísticas	Min	Max	Média	D.P.	Sk/erro	K/erro	K/S
Atitudes face sexualidade	-52.5	42.50	0.070	10.59	-7.87	14.44	0.000
Conh.Planeamento familiar	-39.54	31.01	0.012	10.08	-6.76	6.26	0.000
Conh. Infec. transm sexual	-33.15	28.31	0.104	9.64	-4.51	3.64	0.000
Conh. Reprodução	-38.01	55.86	0.042	9.93	-4.11	12.18	0.000
Insatisfação imagem corporal	-72.00	47.00	-0.17	8.48	-9.63	64.64	0.000
Satisfação suporte social (total)	-36.00	33.00	-1.43	8.09	-6.10	9.75	0.000
Satisfação com amizades	-18.00	12.00	-0.748	3.73	-4.18	7.62	0.000
Intimidade	-12.00	10.00	-0.380	3.14	-2.09	5.97	0.000
Satisfação com família	-12.00	11.00	-0.255	2.80	-1.31	7.28	0.000
Actividades sociais	-12.00	10.00	-0.053	2.87	-2.29	6.04	0.000

Para finalizar, procuramos saber se a diferença de médias encontradas para todas as variáveis em análise eram descriminadas pelo sexo. A tabela 87 dá-nos a sinopse dos resultados obtidos com o teste t para amostras independentes. Da sua análise extrai-se que o sexo feminino apresenta índices mais elevados que o masculino em todas as variáveis, exceptuando a insatisfação com a imagem corporal e actividades sociais, mas as diferenças só produziram efeitos significativos em relação às atitudes face à sexualidade, conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual, conhecimentos sobre reprodução, satisfação com o suporte social total, e satisfação com a intimidade.

Tabela 87 - Teste t de student para amostras independentes entre as variáveis em estudo e sexo

Intervenção formativa	Masculino		Feminino		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Atitudes face sexualidade	-0.96	11.78	1.07	9.45	0.000	-2.778	0.006
Conh.Planeamento familiar	-0.31	10.34	0.36	9.79	0.123	-0.097	0.332
Conh. Infec. transm sexual	-0.86	10.22	0.96	9.01	0.009	-2.764	0.006
Conh. Reprodução	-1.20	10.66	1.32	8.90	0.004	-3.742	0.00
Insatisfação imagem corporal	0.09	8.08	-0.56	8.92	0.988	1.120	0.263
Satisfação suporte social (total)	-2.02	8.84	-0.89	7.22	0.000	-2.041	0.042
Satisfação com amizades	-0.95	4.08	-0.57	3.31	0.000	-1.488	0.137
Intimidade	-0.59	3.23	-0.14	3.03	0.086	-2.056	0.040
Satisfação com família	-0.42	2.98	-0.12	2.61	0.003	-1.595	0.111
Actividades sociais	-0.04	3.06	-005	2.64	0.007	-0.017	0.989

Em síntese:

Dos resultados obtidos verificamos que:

- As raparigas apresentam melhores atitudes face à sexualidade que os rapazes antes e após a intervenção formativa. São os adolescentes mais jovens, com pouca prática religiosa, que já iniciaram a actividade sexual e os residentes em meio urbano que apresentam atitudes mais favoráveis.
- As raparigas têm mais conhecimentos sobre planeamento familiar, do que os rapazes. São os adolescentes residentes em meio urbano, mais jovens que já iniciaram a actividade sexual e que não praticam a religião que têm melhores conhecimentos sobre planeamento familiar.
- As raparigas têm mais conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual quando comparadas com os rapazes. São os adolescentes mais velhos, residentes em meio urbano, que não praticam a religião e que já iniciaram a actividade sexual que detêm melhores conhecimentos.
- As raparigas têm melhores conhecimentos sobre reprodução quando comparadas com os rapazes. Os adolescentes mais novos, residentes em meio rural, que praticam muito a religião e que já iniciam relações sexuais detêm mais conhecimentos.
- Relativamente à imagem corporal, são as raparigas, os adolescentes mais jovens, residentes em meio rural e que já iniciaram relações sexuais os mais insatisfeitos.
- Quanto à satisfação com o suporte social (índice global) são as raparigas, os adolescentes mais jovens, residentes em meio urbano, que não praticam a religião e que já iniciaram relações sexuais os mais satisfeitos.
- Relativamente à efectividade da intervenção formativa esta foi verificada para as variáveis imagem corporal e suporte social.

CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO

Nos capítulos três, quatro e cinco, analisámos a informação fornecida pelos participantes nos estudos, e fomos introduzindo alguns comentários aos resultados obtidos sempre que tal se foi justificando e considerado oportuno. Reservamos para este capítulo uma discussão mais detalhada, dando especial ênfase aos resultados mais significativos, confrontando-os em simultâneo com o quadro conceptual que deu suporte ao estudo, com os objectivos e questões de investigação enunciadas e ainda com os resultados de outros estudos publicados sobre a problemática, enquadrando-os no contexto nacional e internacional.

Numa primeira fase debruçamo-nos sobre a discussão metodológica para seguidamente abordarmos os argumentos de confiabilidade e validade dos instrumentos de medida por nós construídos, passando finalmente às análises exploratórias realizadas.

Consideramos que a análise de confiabilidade e validade dos instrumentos é um aspecto fundamental, pois, tendo sido estes utilizados para operacionalizar a variável central do estudo, o valor dos resultados obtidos, assim como das conclusões deles retiradas, dependem naturalmente das suas qualidades conceptuais e psicométricas.

Discussão dos resultados

A sexualidade enquanto variável individual, sócio-demográfica, política e económica, tem vindo a sofrer transformações na última década. As transformações sociais, ao fazerem desmoronar normas rígidas de comportamento existente outrora, geraram insegurança e ambivalência, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade dos adolescentes.

A par destas transformações, continuamos a verificar, nas abordagens formativas que efectuámos a adolescentes, em contexto de sala de aula, falsos conceitos, mitos e desinformação. A revisão da literatura indica que 85 a 90% dos adolescentes valorizam a edu-

cação sexual e gostariam de participar em acções relativas a essa temática (Sampaio, 2000).

Face a este enquadramento, parece-nos pertinente desenvolver programas de educação sexual, nos quais se percebam as expectativas dos adolescentes, se experimentem estratégias e metodologias inovadoras e se avaliem os resultados. Tendo em consideração os riscos para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, decorrentes de um inicio da vida sexual pouco informada, a análise de variáveis como as atitudes face à sexualidade e os conhecimentos sobre reprodução, planeamento familiar e infecções de transmissão sexual devem ser contempladas. Findas estas considerações, passamos a discutir os resultados obtidos nas análises estatísticas efectuadas nos três estudos realizados.

Nesta óptica, um dos principais pontos de discussão relaciona-se com a estrutura dimensional dos instrumentos de recolha de dados.

Estrutura dimensional dos instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados confrontamos os adolescentes com uma lista de 115 itens, divididos por quatro escalas, construídas propositadamente para avaliar as atitudes face à sexualidade (45 itens) e os conhecimentos sobre planeamento familiar (25 itens), infecções de transmissão sexual (24 itens) e conhecimentos sobre reprodução (21 itens). Para concebermos estas escalas, recorremos aos resultados de diversas investigações de tipo fenomenológico a que tivemos acesso e à análise de um conjunto de literatura considerada por nós relevante.

O primeiro aspecto que nos parece de realçar é a boa receptividade manifestada pelos adolescentes aos instrumentos aplicados, aos quais, de um de um modo geral responderam sem dificuldades de maior e só muito raramente necessitaram de algum esclarecimento suplementar.

No seu conjunto, os itens seleccionados, em função de várias razões oportunamente justificadas para as quatro escalas, apresentam-se com bons argumentos de fidelidade e de validade. Entre eles sublinhamos os seguintes:

A consistência interna obtida nas quatro escalas pode considerar-se em ciências sociais (Leal & Maroco, 2010) boa e aproxima-se dos valores obtidos por outros inventários de uso comum em investigações de fenómenos subjectivos. Com efeito, para a escala de atitudes, os valores de *alfa de Cronbach* encontrados variam dentro dos intervalos considerados razoáveis, ao situarem-se entre 0.721 e 0.750 com um *alfa* global de 0.814.

Quanto à escala de conhecimentos sobre planeamento familiar parece-nos, pelos valores de *alfa* encontrados, ser a mais problemática, no que se refere à sua utilização, mas mesmo assim com *alfas* considerados razoáveis ao oscilarem entre 0.667 e 0.694, e um *alfa* global de 0.719. Já no que respeita aos índices de *alfa de Cronbach* da escala de Infecções de transmissão sexual, obtivemos valores bastante satisfatórios, pois situam-se entre 0.756 0.781 com um *alfa* global de 0.781. Finalmente os resultados psicométricos da escala de conhecimento sobre reprodução revelaram valores de *alfa de Cronbach* bastante razoáveis, sendo o valor mínimo de 0.751 e o máximo de 0.784, com um *alfa* global de 0.791.

Em suma, os estudos psicométricos das diversas escalas, apresentam de uma forma global bons índices de validade e fidelidade, dando resposta aos objectivos propostos para o estudo no âmbito da educação sexual em contexto escolar.

Educação sexual em contexto escolar e variáveis sócio-demograficas

Todos vivemos a sexualidade desde que nascemos, cada um de forma diferente, com sensações, emoções, sentimentos e ritmos distintos. Esta, é influenciada pelos modelos educativos e contextos de vida imediatos. Assim, os comportamentos, os desejos e os sentimentos, têm uma ligação directa com a forma como as relações de género estão organizadas na sociedade, ou seja, a sexualidade humana é tecida nas malhas da cultura.

A afectividade, que até ao período da adolescência era circunscrita à família, passa a orientar-se mais intensamente noutro sentido, as relações estendem-se aos amigos e a outros adultos. O adolescente ao viver a sua sexualidade, vê-se confrontado com uma série de contradições, por um lado, o impulso sexual como fonte motivadora, e em oposição um sistema de valores e crenças limitativas. A afectividade faz-nos reflectir sobre os modelos de formação neste domínio, que actualmente devem assentar em práticas refle-

xivas que promovam a vivência da afectividade e da sexualidade adulta de forma consciente, responsável e equilibrada e ainda contribuam para a formação da personalidade (Bastos, 2003).

A educação para a sexualidade deve ser desenvolvida em rede, onde família, pares, professores e profissionais de saúde agilizam estratégias de sucesso.

Desta forma, a nossa discussão visa precisamente realçar a formação sobre sexualidade em contexto escolar. Adoptamos algumas estratégias para promover a mudança atitudinal nos adolescentes, através de intervenções formativas reflexivas. São o conhecimento das próprias atitudes, a substituição de crenças erróneas por conhecimentos suportados cientificamente, o reconhecimento das atitudes dos outros face sexualidade, o enriquecimento da comunicação sobre conteúdos sexuais, a leitura e visualização de filmes educativos de conteúdo sexual que cumpram as condições atitudinais desejadas, a utilização do *role-play* para demonstrar condutas adequadas em situações simuladas e ainda o incentivar os adolescentes a participar na elaboração de argumentos que fundamentem a postura considerada adequada, que sustentam o desenvolvimento harmonioso da sexualidade

Os principais intervenientes na educação sexual dos adolescentes, a nível da construção de um sistema de valores, de atitudes e de condutas no âmbito da sexualidade são conforme refere Afonso & Lucas (2001) a família, os amigos, a escola, os profissionais de saúde e os meios de comunicação social. Assim, é necessário que estes intervenientes ajam e interajam, formando e informando os adolescentes, permitindo-lhes a possibilidade de escolhas assertivas. Os professores, no contexto da transdisciplinaridade, enquanto parceiros de formação sobre educação sexual, também garantem as condições para o sucesso, ao envolverem-se na implementação de programas e na organização espaços de debate e de reflexão.

É objectivo da educação sexual integrar de uma forma harmoniosa as várias facetas da sexualidade humana, promovendo nos adolescentes a aquisição de uma postura responsável, flexível e gratificante. Salientam Ewles & Sinmett, (1999), Naidoo & Wills, (1998) Hagan *et al.* (2001), Carvalho, (2002) e Rifkin & Pridmore, (2002) que ela deve ser pensada como um instrumento capacitador, através do qual os indivíduos possam adquirir competências para saberem cuidar e melhorar a sua saúde sexual, possibilitando a aquisição de meios que fomentem o *empowerment* individual e social

A abordagem da problemática da sexualidade deve ser ligada às dúvidas e problemas formulados. A intervenção formativa, se bem implementada, será uma boa oportunidade de trabalho, desenvolvendo novos projectos e desafios. Uma vez que na actualidade a puberdade se inicia mais cedo, é aconselhável encetar estas intervenções precocemente, desenvolvendo competências para a vida (BZgA/WHO, 2006).

Apesar do tipo de abordagem implementado, concordamos com Sampaio (2006), quando diz que se devem ajudar os adolescentes a tomar decisões, a resolver os dilemas, a optar com algum grau de liberdade no seu quotidiano afectivo. Foi nesse sentido que desenvolvemos uma intervenção formativa, onde levámos os adolescentes a debaterem a adolescência enquanto fase do ciclo vital, com transformações físicas que implicam alterações na imagem corporal, transformações psicossociais e cognitivas. Procurámos durante a intervenção que reflectissem sobre a afectividade e questões relacionadas com o planeamento familiar, infecções de transmissão sexual e reprodução. A realização desta actividade, decorreu no primeiro estudo e num estudo alargado numa amostra de 840 adolescentes do 3º ciclo, a frequentarem o 9º ano de escolaridade, de ambos os sexos, notando-se um ligeiro predomínio do sexo masculino quando comparado com o sexo feminino. No segundo estudo, designado estudo experimental de campo, a amostra foi de 90 adolescentes, também do 9º ano de escolaridade, sendo 48 do grupo controlo e 42 do grupo experimental, também este último grupo alvo de intervenção formativa.

Quando pensamos em educação sexual em contexto escolar, logicamente que pensamos nos intervenientes, ou seja, a turma de alunos. Acreditamos que a constituição mista da turma facilita o sucesso das intervenções formativas, a compreensão das atitudes e comportamentos dos dois sexos simultaneamente, possibilita o treino da comunicação entre eles (Linhas Orientadoras, 2000). Durante o período de tempo em que decorreu a intervenção formativa, em ambos os estudos e nas diferentes temáticas abordadas, usamos metodologias participativas. Mencionam Ramiro, Matos & Vilar (2008) que de um modo geral, se os alunos não forem cooperantes e pró-activos, não há pré - requisitos para o sucesso da educação sexual, pois, para que adoptem estilos de vida saudáveis têm que estar motivados para a mudança, implicando tal, a aquisição de conhecimentos preventivos, a percepção de vulnerabilidade e a avaliação da eficácia do comportamento protector.

As matérias respeitantes à educação sexual, ao planeamento familiar e à saúde reprodutiva têm vindo a merecer, nos últimos anos, particular atenção da sociedade portuguesa,

no quadro de uma progressiva afirmação dos direitos dos cidadãos à educação e à saúde. Temos vindo a assistir a alguns investimentos legislativos no domínio da educação sexual nas escolas. Parece-nos porém, pelos resultados obtidos no nosso estudo, que não basta legislar e muito mais há a fazer, pois verificamos que a intervenção formativa só produziu efeito nos conhecimentos sobre planeamento familiar e infecções de transmissão sexual no estudo da amostra alargada.

Não existe idade ideal para se falar sobre sexualidade. Importantes organizações não governamentais referem que a educação sexual deveria ser obrigatória, argumentando que a educação gradual, iniciada na infância, ajudaria as crianças a não se anteciparem para iniciar a sua vida sexual. Parece-nos porém, pela pesquisa realizada, que a maioria dos estudos se centra apenas na abordagem e impacto da sexualidade na adolescência.

De forma mais ou menos consensual, a adolescência encontra-se dividida em fase inicial dos 10 aos 13 anos; fase intermédia, dos 14 aos 16 anos e fase tardia depois dos 16 anos (Fonseca, 2002). Foi nessa perspectiva que realizamos o nosso estudo em duas amostras cujas idades oscilaram entre os 13 e os 17 anos, com uma idade média de 14.4 anos para a amostra global, 14.5 anos para o sexo masculino e 14.3 anos para o sexo feminino. Cerca de 9 em cada 10 inquiridos encontravam-se na fase intermédia da adolescência, sendo que 91.8% são rapazes e 90.5% raparigas. No estudo experimental de campo, a oscilação manteve-se dentro dos mesmos limites, pois a idade média foi de 14.1 anos para o grupo controlo e 14.0 anos para o grupo experimental, o que se enquadra no preconizado pelo Ministério da Educação para os estudantes que frequentam o 3º ciclo ou seja o 9º ano de escolaridade.

No referente a outras variáveis sócio-demográficas utilizadas na caracterização da amostra, tais como, sexo, local de residência, cohabitação, escolaridade profissão dos pais e fratria, os resultados dos nossos estudos estão em conformidade com os obtidos por Matos *et. al.* (2000); Nodin (2001) e Matos *et al.* (2006). Efectivamente 52.5% dos inquiridos são do sexo masculino, 47.5% do feminino, metade da amostra reside em meio urbano, e 93.2%.coabita com os pais.

Uma pesquisa realizada por Nodin (2001) concluiu que os indivíduos do sexo masculino, residentes em zonas semi-urbanas e rurais, apresentam factores de risco mais elevados, existindo diferenças em relação ao sexo. Esse mesmo estudo indica que as raparigas de um modo geral estão mais conscientes do risco sexual que os rapazes. Parece-nos pelos

resultados obtidos no estudo que realizamos, também existir alguma tendência nesse sentido, pois constatamos que as raparigas, quer antes quer após a intervenção formativa, possuem mais conhecimentos sobre planeamento familiar, reprodução e infecções de transmissão sexual.

Na sociedade ocidental, até há bem pouco tempo, a sexualidade e os comportamentos com ela relacionados eram fortemente regulados pelas leis, moral e opinião pública, pelo que ainda hoje, alguns *tabus* não vêm com bons olhos as relações sexuais na adolescência, apesar da vaga de erotismo existente. Portugal é devido às suas raízes históricas um país católico, embora se observe pouca prática religiosa, como por exemplo a frequência do culto religioso. No nosso estudo 93.2% dos adolescentes afirmaram ter orientação religiosa, dos quais 91.2% declararam praticar a religião católica. Percentual menos significativo foi encontrado no estudo de Vilar & Ferreira (2009), quando ao questionarem os adolescentes sobre religião, cerca de 73.0% disseram ser católicos, sendo que destes 40.0% eram não praticantes e 33.0% católicos praticantes.

Haglund (2002), através de um estudo qualitativo onde incluiu 14 raparigas adolescentes sexualmente abstinentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, cujo objectivo foi investigar os contextos em que estas adolescentes eram sexualmente abstinentes e descrever como os mesmos promoviam ou inibiam a abstinência, concluiu que entre as inquiridas, onde a característica central da religiosidade era a fé em Deus, a abstinência sexual era uma forma das mesmas demonstrarem a sua fé.

Lock (1990), num estudo que pretendeu determinar os efeitos directos e indirectos dos factores demográficos e psicossociais, sobre as decisões de adolescentes do sexo feminino de terem ou não relações sexuais antes do casamento e da utilização de contracepção eficaz ou ineficaz na relação sexual mais recente, verificou que a cidade, a idade, a estrutura familiar, a influência dos pares, o compromisso com parceiros e as atitudes sexuais, tiveram efeitos directos importantes sobre as relações sexuais antes do casamento. Também, as atitudes relativas ao controlo da natalidade e da comunicação entre pais e adolescentes, tiveram efeitos directos significativos sobre o uso de anticoncepcionais. Por outro lado, a religiosidade não influenciou a decisão de ter ou não relações sexuais antes do casamento. Embora o nosso estudo não tenha sido conduzido de forma a contrapor os estudos apresentados, pareceu-nos pertinente salientá-los por forma a reforçar a relevância da religião na educação sexual do adolescente.

Educação sexual em contexto escolar e variáveis sexuais

A sexualidade é caracterizada por diferentes aspectos consoante a fase de desenvolvimento vital em que nos encontramos, as manifestações da sexualidade na infância são diferentes das encontradas na adolescência e ambas diferem das do adulto e do idoso. Esta, é influenciada pelos modelos educativos, contextos de vida imediatos, como sejam a família e as relações sociais mais próximas e o contexto cultural envolvente, mediatizado pelos *media*.

Rapazes e raparigas vão modelando a sua sexualidade enquanto processo de desenvolvimento, em função das experiencias e aprendizagens, assumindo esta os papéis específicos de género (Nodin, 2001). No nosso estudo, quando se considera a amostra global concluímos que 10,6% já tiveram relações sexuais, sendo que ao procedermos a uma análise por sexo, verificamos que estas ocorreram em 12.2% em rapazes e 8.8% nas raparigas. Sabemos que muitos adolescentes iniciam a vida sexual de forma precipitada mais para responder a uma exigência de grupo do que a uma escolha pessoal e informada.

Numa pesquisa que envolveu 2.684 adolescentes, realizada por Nascimento & Lopes (2000), as percentagens encontradas entre os que já tiveram relações sexuais é bastante mais elevada 48.9%, sendo que para o sexo masculino o início mais frequente ocorreu aos 13 anos, representando 34.3% e para o feminino aos 16 anos, com 31,0%. Este início da prática sexual diverge dos resultados encontrados no nosso estudo, ao apurarmos que 78,7% tinham idade superior a 14 anos, sendo que 28,6% das raparigas iniciaram a actividade sexual com idade inferior ou igual a 13 anos. Resultados mais aproximados são encontrados por Borges & Schor (2002), que num estudo transversal com uma amostra de 406 adolescentes de 15 a 19 anos de idade, verificaram que cerca de metade dos adolescentes já tinha iniciado a vida sexual, em média aos 15 anos de idade, independentemente do género mas divergentes dos obtidos na nossa pesquisa. O estudo revelou ainda que o início da vida sexual ocorreu, em grande parte, de forma não planeada (72.7%) e dentro de casa (86.1%). O uso de um método contraceptivo na primeira relação sexual foi idêntico entre rapazes e raparigas (61.0%), no entanto, foi observado um aumento maior na proporção de utilização de algum anticonceptivo entre os adolescentes na última relação sexual.

Idade similar para o início da actividade sexual é também encontrada no estudo realizado em Portugal por Matos *et al*. (2008), no qual foram seleccionadas aleatoriamente 136 escolas públicas Portuguesas do ensino regular, que veio mostrar que dos 3331 adolescentes inquiridos do 8º e 10º anos de escolaridade, 81,2% nunca teve relações sexuais e entre os que já tiveram, mais de metade menciona que a primeira relação sexual ocorreu com14 anos ou mais, resultados que estão mais concordantes com os da nossa pesquisa.

Também Reis & Monteiro (2007) verificaram que no grupo pesquisado com adolescentes entre os 12 e 20 anos de idade, maioritariamente do género feminino, cerca de 60% das raparigas e 62% dos rapazes já tinham iniciado a sua actividade sexual. Entre as raparigas, 82% iniciaram actividade sexual antes dos 14 anos de idade, e para o sub-grupo dos 12-15 anos, a percentagem de rapazes que iniciaram actividade sexual é superior (72%) à das raparigas (42%), o que indica uma maior precocidade da coitarca nos adolescentes do género masculino neste grupo. Na nossa investigação, verificamos que 21.3% dos adolescentes tiveram a primeira relação sexual com menos de 13 anos, 78.7% tinham ente 14 e 16 anos. Em média os rapazes (média = 14.22anos) tiveram um início de actividade sexual mais tardio que as raparigas (média = 13.74 anos), e para a totalidade da amostra a média foi de 14.03 anos.

Já no estudo realizado por Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo & Polónia (2008) verificou-se que aos 14 anos, 4,5% dos adolescentes já teriam experienciado relações sexuais coitais, valores percentuais inferiores aos obtidos no nosso estudo.

A sexualidade faz parte do quotidiano das pessoas e é consumida no decorrer das horas, no rádio do carro, na televisão, na Internet, nos jornais e nas revistas. (Pereira, 2007). Os programas voltados para adolescentes, bem como o acesso à internet, destacam-se como um meio de informação *(*Castro, Abramovay & Silva, 2004).

Para Nogueira, Alves & Ferreira (2007), a pessoa de referência em informação sobre sexualidade são os amigos (90,1%). Num inquérito aplicado em 1996, sob a coordenação de Daniel Sampaio, numa amostra de 9608 estudantes de Portugal continental entre os 13 e os 19 anos, apurou-se que mais de 50% dos estudantes inquiridos afirmaram que esclarecem as dúvidas sobre sexualidade através do contacto com o grupo de amigos, o que salienta bem a importância do contexto grupal na sexualidade adolescente. Os resultados por nós obtidos, na investigação que realizamos, convergem para os apresentados,

pois cerca de 80.0% dos adolescentes da totalidade da amostra escolhe como interlocutor o amigo aumentando para cerca de 90.0% a percentagem relativamente às raparigas.

A resultados semelhantes chegaram Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo & Polónia (2008), ao concluírem que os rapazes falam com mais pessoas sobre a sexualidade que as raparigas, emitem mais opiniões, sendo que o amigo do mesmo sexo, com idade semelhante e mais próximo socialmente é o perfil do interlocutor para ambos os grupos. Os autores revelam ainda no seu estudo que os temas menos falados diferem entre sexos são no caso dos rapazes a "homossexualidade" e a "gravidez", e nas raparigas as "revistas… e temas de pornografia" e "homossexualidade". Em relação aos assuntos mais falados, nas raparigas, foi o "namorar" e nos rapazes as "relações Sexuais" e em ambos os sexos, o segundo tema mais abordado foram os "assuntos sobre o outro sexo".

Também Anastácio (2010), num estudo realizado com adolescentes no final do 9º ano de escolaridade, verificou que estes falavam mais sobre sexualidade com os pares do que com a restante família, apesar de revelarem satisfação com o seu relacionamento familiar. Comungamos da mesma opinião expressa pelo autor, pois no nosso estudo atestamos que a mãe é a interlocutora privilegiada para 38.5% dos inquiridos, sendo o valor percentual mais prevalente (46.9%) entre as raparigas.

Percentagens mais baixas são encontradas por Pais (1996), na sua pesquisa realizada com adolescentes do Concelho de Loures ao constatar que em 60,6% da amostra, os amigos constituíam a fonte de informação sobre sexualidade. Tal como no nosso estudo, a percentagem dos adolescentes que afirmaram obter informação junto dos pais é menor (46,1%) e mais saliente ainda é entre aqueles que procuram a informação junto dos professores (15,5%), valor este semelhante ao obtido no nosso estudo (11.3%), mas divergente ao apontado por Nodin (2001) com (23,4%). Reis & Monteiro (2007) verificaram que as fontes de informação sobre sexualidade mais utilizadas pelos adolescentes foram os amigos com 34%, seguidos dos irmãos/primos com 20%, os pais/tios/avós eram procurados por 16% dos adolescentes e a escola apenas por 10%.

Para além da procura dos interlocutores, que como vimos pelos resultados apresentados na investigação é o amigo o principal recurso, os adolescentes procuram hoje, outras fontes de acesso fácil, a fim de se documentarem sobre assuntos relacionados com a sexualidade. No nosso estudo, destacamos a internet como o recurso mais privilegiado para mais de metade da amostra (55.7%), sendo que cerca de 7 em cada 10 são rapazes

e 4 em cada 5 raparigas. Valor percentual similar (55.4%), foi encontrado para os adolescentes que procuram os livros. Estes são mais procurados pelas raparigas 59.9%. A televisão, outrora a fonte mais procurada, ainda é recurso para 44.5% da amostra, mas no estudo realizado por Reis & Monteiro (2007) o valor percentual decresce para19,0%.

As atitudes não nascem connosco, aprendem-se no processo de socialização onde os pais, os meios de comunicação, o grupo de pares e a escola têm um papel relevante. Assim questionámo-nos:

Qual a influência de um programa de intervenção formativa nas atitudes e conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade?

Educação sexual em contexto escolar e atitudes face à sexualidade

A adesão dos adolescentes a práticas de saúde é relevante, não só do ponto de vista do bem-estar físico e psicológico, mas também pelo efeito que estes comportamentos poderão ter noutros adolescentes, na vida adulta, e nos estilos de vida adoptados. Muito do que o indivíduo é, pensa e faz foi aprendido ou sedimentado na segunda década da vida, (Gaspar *et al.*,2006). Os resultados do nosso estudo evidenciaram que as raparigas possuem mais conhecimentos sobre sexualidade, o que poderá estar relacionado com melhores atitudes face à sexualidade quando comparadas com os rapazes. A autora citada refere ainda que se revestem de particular importância os programas dirigidos aos adolescentes. Concordamos com esta opinião pois dos resultados que apuramos, verificamos que antes da intervenção formativa, 36.9% da amostra tinha atitudes desfavoráveis face à sexualidade e 43.1% favoráveis, mas após a intervenção formativa os valores percentuais obtidos para os dois grupos foram de 28.3% e 53.6% respectivamente.

Kouta & Tolma (2008), desenvolveram um estudo onde procuraram analisar os conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e saúde reprodutiva dos adolescentes grego-cipriotas, numa amostra aleatória de 697 participantes com idade média de 14 anos, cujos resultados assinalaram que os adolescentes têm poucos conhecimentos sobre saúde sexual e que existem diferenças de género em relação às expectativas no papel da sexualidade. Tais resultados vão de encontro aos do nosso estudo, pois como apuramos é entre os adolescentes que já tiveram relações sexuais, que recaem os maiores valores percentuais em relação às atitudes favoráveis com 61.8% e 52.8% respecti-

vamente para rapazes e raparigas. Os autores do referido estudo, propõem, que para promover uma sexualidade e comportamentos sexuais saudáveis entre os adolescentes, os profissionais envolvidos devem incluir perspectivas de género e cultura. Também referem que investigações de carácter qualitativo são necessárias para explorar em profundidade como os adolescentes vivem e perspectivam a sexualidade e a saúde sexual e reprodutiva.

Por sua vez, Lou & Chen.(2009), com o objectivo de testar um modelo de causa e efeito, de factores que afectam a saúde sexual entre os adolescentes de Taiwan, em que participaram 823 adolescentes e no qual foram utilizadas as Escala de Conhecimento Sexual e de Atitudes Sexuais, constataram que o conhecimento sexual teve um efeito negativo sobre as atitudes sexuais mas não tendo efeito significativo sobre o comportamento relativo ao sexo seguro. De facto, os adolescentes com mais conhecimento sobre sexualidade tinham atitudes menos positivas face à mesma, não revelando melhores práticas no que concerne ao comportamento do sexo seguro. Também não foram encontradas correlações significativas entre o conhecimento e o comportamento. Os autores reforçam que para promover a saúde sexual é indispensável que os adolescentes aprendam a ser responsáveis pelos seus comportamentos e atitudes

De igual modo Edwards, Fehring, Jarrett & Haglund (2008) através de um estudo cujo objectivo foi determinar a influência da religiosidade sobre a actividade sexual em 570 adolescentes latinos verificaram que os adolescentes que viam a religião como muito importante, tinham atitudes mais tradicionais face à sexualidade, comparativamente com os adolescentes menos religiosos. Aqueles que praticavam a religião com frequência tiveram menos parceiros sexuais recentes e a idade de iniciação sexual mais tarde. Para os autores, a religiosidade teve um amortecimento da actividade sexual entre os adolescentes latinos. Estas variáveis não foram consideradas no nosso estudo, mas quando comparamos as atitudes face à sexualidade com a prática religiosa concluímos que os adolescentes com moderada (31.5%) ou pouca prática religiosa (33.7%) e que já iniciaram a actividade sexual, têm melhores atitudes face à sexualidade.

Não encontramos estudos que evidenciassem a relação entre a prática de relações sexuais, a idade, o sexo e a zona de residência com as atitudes face à sexualidade. Contudo os resultados por nós obtidos levam-nos a inferir que os adolescentes com prática de relações sexuais, antes e após a intervenção formativa tinham melhores atitudes face à sexualidade. No que se refere à idade, 40.6% dos adolescentes foram classificados

como tendo atitudes desfavoráveis no primeiro momento de avaliação, sendo que 40.0% tinham idade de 13 anos e 47.7% 17 anos, mas as atitudes favoráveis ponderavam em todos os grupos etários. Após a intervenção formativa, registou-se uma diminuição percentual entre os classificados com atitudes desfavoráveis (37.5%) com especial relevância para os adolescentes com 13 anos (27.3%). Quanto ao sexo, as atitudes desfavoráveis face à sexualidade recaem antes e após a intervenção formativa nos rapazes Por outro lado os residentes em zonas urbanas apresentam índices médios mais elevados, condizentes com melhores atitudes face à sexualidade que os congéneres residentes na zona rural, antes e após a intervenção formativa, sendo o valor explicativo, provavelmente pelo facto de se encontrarem inseridos num meio onde a acessibilidade à informação e a diversidade de interacções próprias da cultura urbana são maiores.

Educação sexual em contexto escolar e conhecimentos sobre sexualidade

O comportamento sexual é uma área de potencial risco para os adolescentes, decorrente de uma actividade sexual precoce, algumas vezes não desejada ou não planeada, ou mesmo sem efectiva ponderação dos riscos possíveis, como por exemplo, contrair infecções sexualmente transmissíveis ou uma gravidez não desejada. A este propósito, dados da UNICEF revelam que Portugal é o terceiro país da Europa com maior taxa de gravidez adolescente.

Os diferentes métodos contraceptivos são conhecidos pela maioria da população em idade fértil, porém, a sua eficácia e a correcta utilização nem sempre é explorada, principalmente no que se refere ao grupo dos adolescentes, os quais revelam iniciar a actividade sexual em idades cada vez mais jovens, sem contudo receberem ou procurarem informações sobre a contracepção.

Num estudo de Bié *et al.* (2006), os adolescentes referiram que o planeamento familiar deveria ser um tema a introduzir na família, através do diálogo, enquanto parte integrante da educação dos filhos. Os autores concluíram que havia um deficit de conhecimentos sobre as especificidades dos métodos contraceptivos, fortalecido pela insuficiência escolar e familiar em abordar estes assuntos, o que aumenta a vulnerabilidade dos adolescentes, relativamente à sexualidade e à reprodução. Os resultados do nosso estudo estão em consonância com o referido, pois a maior percentagem dos adolescentes inquiridos antes da intervenção formativa (41.2%) foi classificado como tendo conhecimentos insufi-

cientes mas após a intervenção formativa o percentual diminuiu para 38.9%. Por outro lado, 38.8% no primeiro momento de avaliação, foi classificado como tendo bons conhecimentos sobre planeamento familiar, mas após a intervenção formativa o valor registado ascendeu aos 46.2%.

O nível de conhecimentos dos pais sobre temas no âmbito da sexualidade pode ser impeditivo do diálogo entre pais e filhos. Vilar (2009) associou os níveis de conhecimentos dos adolescentes à escolaridade dos pais, tendo verificado que existia uma associação entre os piores níveis de conhecimentos dos adolescentes em matéria de educação sexual e os graus de escolaridade mais baixos do pai e da mãe. Provavelmente este é um dos motivos pelos quais os adolescentes do nosso estudo procuram pouco os pais como fonte de informação para abordar assuntos relacionados com a sexualidade.

Segundo Pereira (2007) existem factores facilitadores para um sexo responsável: família, escola, instituições (clubes, igrejas, centros culturais etc.), meio socioeconómico, equipe de saúde (com trabalho integral à saúde do adolescente) e factores de risco para o sexo responsável*:* família ausente, abandono escolar, meios de comunicação (vídeos, clips, novelas, propagandas etc.), tempo livre /mau uso, condutas de risco (fumo, álcool, uso de drogas, actividade física inadequada etc.), falta de oportunidade (falta de projecto de vida, falta de referências adultas, condições socioeconómicas adversas, falta de ideais). Embora o estudo que realizamos não procurasse analisar estes variáveis, constatamos que o local de residência poderá constituir-se como factor de risco. Efectivamente apuramos que os residentes da zona urbana registam melhores conhecimentos sobre planeamento familiar do que os residentes na zona rural, quer antes ($t=3.873$; $p=0.000$) quer após ($t=-3.544$; $p= 0.000$) a intervenção formativa.

Por outro lado, também não nos parece que a religiosidade possa ser um factor facilitador para uma prática sexual responsável, na medida em que ao analisarmos a relação entre a prática religiosa e conhecimentos sobre planeamento familiar, inferimos que antes da intervenção formativa 41.2% dos adolescentes revelaram conhecimentos insuficientes, sendo que destes 42.2% e 44.0% praticavam muito e moderadamente a religião. Entre os adolescentes classificados com bons conhecimentos, a que correspondiam 38.8% da amostra, 43.8% não tinha práticas religiosas e 40.5% pouca prática religiosa. Registou-se porém uma modificação após a intervenção formativa, já que se verificou uma diminuição dos adolescentes com conhecimentos insuficientes e com prática religiosa. Estes resultados vêm reforçar a opinião de vários autores que relacionam as sessões de educação

para a saúde programadas com o aumento dos conhecimentos dos adolescentes nesta área.

Vilar (2009), salienta que as raparigas têm melhores conhecimentos sobre sexualidade, sobressaindo nos níveis de conhecimento "Bom" e "Muito Bom". Os rapazes sobressaem mais nos níveis "Insuficiente" e "Mau". No total da amostra, cerca de metade dos adolescentes encontram-se no nível "Bom" e "Muito Bom", seguido do "Aceitável". Ainda neste estudo verificou-se que os adolescentes mais novos (têm melhores conhecimentos do que os mais velhos. Resultados similares foram obtidos no nosso estudo pois apuramos que as raparigas quer antes quer após a intervenção formativa apresentavam índices mais elevados de conhecimentos sobre planeamento familiar, sendo a diferença explicativa. Por outro lado, os adolescentes mais jovens, 47.3% antes da intervenção formativa e 46.2% após a intervenção formativa, foram os que revelaram melhores conhecimentos. Ascendeu a cerca de 70.0%, a percentagem de adolescentes com 17 anos de idade que revelaram insuficientes conhecimentos, o que é deveras preocupante, dado que é nestas idades que a maioria dos adolescentes inicia a sua vida sexual activa.

O nosso estudo mostra ainda os resultados relativos ao conhecimento sobre planeamento familiar em adolescentes que já experienciaram relações sexuais. Concluiu-se que antes da intervenção formativa, 38.7% da amostra figuram os adolescentes com bons conhecimentos, sendo que o maior valor percentual (39.3%) recai entre que já tiveram relações sexuais Após a intervenção formativa a percentagem obtido é semelhante.

Quando analisada a questão sobre infecções de transmissão sexual, a literatura diz-nos que contrariamente a algumas décadas atrás, actualmente, é fácil obter informação sobre os riscos que acarreta o sexo não protegido (Matos *et al.*, 2008). Para os autores, os adolescentes são um grupo preferencial para contraírem infecções de transmissão sexual, dada a sua vulnerabilidade biológica, psíquica e social. A avaliação que efectuamos sobre conhecimentos relacionados com infecções de transmissão sexual antes e após a intervenção formativa é que foram bons para (44.0% vs 46.4%), moderados para (17.1% vs. 16.0%) e insuficientes para (38.8% vs. 42.6%). Dos que possuíam conhecimentos insuficientes no primeiro momento de avaliação, 44.2% eram rapazes e 32.8% raparigas, enquanto que para o segundo se registou um aumento significativo entre os rapazes (52.4%). Não possuímos literatura científica que nos permita justificar este resultado, mas na nossa perspectiva, parece-nos que a intervenção formativa que encetamos contribuiu para levantar questões e suscitar dúvidas que os adolescentes até então não questiona-

vam. Em relação aos adolescentes com bons conhecimentos que se traduzem em 44.0%, cerca de metade são raparigas no primeiro momento de avaliação, mas após a intervenção formativa os valores percentuais registados aumentaram ligeiramente (57.9%) o que denota a importância da intervenção formativa, na assimilação e aquisição de novos conhecimentos.

As pesquisas que realizamos não objectivava determinar os conhecimentos dos adolescentes sobre a utilização de métodos contraceptivos como barreira à prevenção das infecções de transmissão sexual, nomeadamente a SIDA, mas é curioso verificar que variados estudos que consultamos abordam estas temáticas. Por exemplo Martins *et al.* (2006), pretendeu comparar o conhecimento sobre DST/AIDS e avaliar os factores associados ao conhecimento adequado e ao uso consistente do preservativo masculino, em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo. Utilizaram uma amostra populacional de 1.594 adolescentes entre 12 e 19 anos, de 13 escolas públicas e 5 privadas, tendo atestado que o uso consistente de preservativo foi de 60% nas escolas privadas e 57,1% nas públicas. O sexo feminino, os adolescentes de maior escolaridade, da escola privada, de cor branca e solteiros associaram-se ao maior conhecimento sobre DST.

Também Brêstas; Ohara; Jardim & Muroya (2009) no estudo realizado em três instituições de ensino fundamental e médio do município de Embu, em que participaram 1087 adolescentes concluíram que, quanto à forma de prevenção, 92% do grupo feminino e 78% do grupo masculino referiram utilizar preservativo, enquanto 42% do grupo feminino e 43% do grupo masculino responderam lavar os genitais após relação sexual; 75% do grupo feminino e 52% do grupo masculino citaram a televisão como fonte para obtenção de informações e quanto ao conhecimento sobre DST, ambos os sexos demonstraram ter pouca informação. O nosso estudo dá-nos indicações que as raparigas registam maior nível de conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual do que os seus congéneres do sexo oposto e que esses conhecimentos são reforçados após a intervenção. Dados divergentes aos da pesquisa aqui apresentada foram encontrados por Castro, Abramovay & Silva, (2004) ao constatarem que mais de um terço dos adolescentes afirma não ter conhecimento suficiente sobre conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual. As diferenças de género também chamam a atenção, sendo que os rapazes surgem como mais informados que as raparigas.

É consentâneo o início da actividade sexual dos adolescentes do nosso estudo com o de Trajman *et al.* (2003), ao verificaram que o inicio da vida sexual ocorreu cerca dos 15 anos. De igual modo, o percentual dos adolescentes que referenciaram ter iniciado actividade sexual, 10.6%, aproxima-se dos resultados obtidos no estudo do autor citado, mas apartam-se em relação ao nível de conhecimentos face à idade dos intervenientes em estudo. Com efeito, os resultados no nosso estudo indicam que são os adolescentes mais jovens que apresentam ordenações médias mais elevadas, sendo secundados pelos adolescentes entre os 14-16 anos, ao invés do resultado obtido pelo referido autor. Parece-nos algo preocupante e de certo modo imprevisível que os adolescentes mais velhos protagonizem menores índices de conhecimentos já que na nossa perspectiva, não só por toda a experiência adquirida, como ainda pelas vivências acumuladas deveriam ser aqueles com mais conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual.

Ressalta ainda do nosso estudo, que dos 36.8% de adolescentes com insuficientes conhecimentos antes da intervenção formativa, a maior percentagem (39.7%) tem uma idade compreendida entre os 14 e 16 anos. Já para os que possuem bons conhecimentos (44.0%), mais de metade da amostra, têm 17 anos, sendo também de salientar os 49.1% dos adolescentes com 13 anos. Após a intervenção formativa, registou-se um aumento dos valores percentuais em todos os grupos etários com conhecimentos insuficientes sobre infecções de transmissão sexual com especial destaque para os cerca de 6 em cada 10 adolescentes com 17 anos e consequente diminuição entre os que possuíam bons conhecimentos sobre esta temática. Os resultados também testemunham que os adolescentes que já experienciaram relações sexuais antes da intervenção formativa, são os que possuem bons conhecimentos sobre a temática em análise.

Não foram encontradas evidências científicas que relacionem os conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual com a residência e a prática religiosa. O nosso estudo, mostra que os adolescentes com insuficientes conhecimentos residem em zona rural com percentagens de 46.4% e de48.8% respectivamente, antes e após a intervenção formativa e em oposição os adolescentes com bons conhecimentos residem na zona urbana, sendo os valores percentuais de 50,0% e 53.3%. Quanto à prática religiosa, são os adolescentes que não praticam a religião ou que a praticam pouco, que antes da intervenção formativa fruíam de melhores conhecimentos. Após a intervenção formativa encontramos os adolescentes com moderada prática religiosa os que mais conhecimentos apresentaram, secundados pelos que não praticam a religião

Relativamente aos conhecimentos sobre reprodução, existem poucos estudos que abordem esta temática na sua globalidade, procurando outro sim, analisar per si, situações individualizadas referentes a fisiologia e anatomia humanas tal como a pesquisa desenvolvido por Carvalho, Silva & Mello (2008), com uma amostra de 200 adolescentes primigestas, tendo verificado que a maioria tinha conhecimento insatisfatório sobre anatomia (55.5%), fisiologia dos órgãos (61%); e aspectos fisiológicos da reprodução (76.5%). Foram estabelecidas algumas associações significativas entre o conhecimento e a idade dos parceiros, filiação religiosa e escolaridade da adolescente. Não foram encontradas associações entre os indicadores de conhecimento estudados com a utilização de método anticoncepcional na primeira relação sexual e a intenção de ter um filho naquele momento. Na nossa investigação, apuramos que quer antes quer após a intervenção formativa, são as raparigas que detêm um maior nível de conhecimentos sobre reprodução antes e após a intervenção formativa (42.6% vs 516%), Ao analisarmos a influência da variável religião constatamos que os adolescentes com bons níveis de conhecimento não professam qualquer tipo de religião, ou pertencem a uma religião não católica

A primeira relação sexual é considerada um marco na vida reprodutiva de qualquer indivíduo e tem ocorrido como já referimos e como atestam os resultados do nosso estudo, cada vez mais precocemente. Nem sempre o primeiro contacto ocorre de forma de forma assertiva e com conhecimentos sobre sexualidade, mas os índices percentuais obtidos no nosso estudo indicam que os adolescentes que já tiveram relações sexuais completas (46.1%) são os possuidores de melhores conhecimentos. Atestam também que são os adolescentes mais jovens e residentes na zona urbana que possuem mais conhecimentos sobre reprodução. Ao longo da intervenção formativa que efectuamos, atribuímos grande significado à naturalidade com que abordamos as temáticas programadas. Fomos isentos de juízos de valor e baseamos a intervenção em teorias e factos científicos. Tivemos em consideração os objectivos previstos para a educação sexual no 3º Ciclo (Frade, *et al.*, 2001) que duma forma sintética aponta para o aumento e consolidação das várias dimensões da sexualidade, mecanismos de reprodução e contracepção, para o desenvolvimento de atitudes favoráveis face à sexualidade e para o desenvolvimento de competências que capacitem para a tomada de decisões assertivas.

Da intervenção formativa que efectuamos no estudo experimental de campo (2º estudo) apuramos que este produziu eficácia relativamente às atitudes face à sexualidade, conhecimentos sobre planeamento familiar, infecções de transmissão sexual e reprodução. Na intervenção formativa a uma amostra alargada (3º estudo), verificou-se um

aumento de conhecimentos sobre planeamento familiar e infecções de transmissão sexual.

Questionámo-nos ainda de que modo a intervenção formativa modificou a imagem que o adolescente tem do seu corpo?

Educação sexual em contexto escolar e imagem corporal

A satisfação com a imagem corporal é factor preponderante na auto-aceitação do adolescente e pode gerar atitudes inadequadas que prejudicam o seu crescimento e desenvolvimento. Os resultados obtidos num estudo de Gaspar (1999), revelaram que mais de metades dos adolescentes inquiridos manifestaram desagrado e desejo de mudar aspectos corporais, no entanto, apenas 10% consideraram que algo no seu corpo não era normal. Na citada pesquisa os resultados apontavam que o aspecto mais saliente para os adolescentes na avaliação da satisfação com o corpo era a aparência, sendo que a insatisfação com a gordura foi o aspecto mais vezes mencionado. Não encontraram diferenças significativas na frequência e conteúdos das respostas de insatisfação dos adolescentes urbanos e rurais. No que se refere à influência da idade na insatisfação corporal, verificou-se que as raparigas no final da adolescência revelaram maior probabilidade de desejar modificar aspectos do seu corpo. Estes resultados consubstanciam os obtidos no nosso estudo ao depararmos que os mais satisfeitos com a imagem corporal são os residentes na zona rural não sendo significativa a diferença. No referente à idade constatamos que os mais insatisfeitos com a percepção da sua imagem são os adolescentes com 17 anos de idade, antes e após a intervenção formativa e os mais satisfeitos os mais jovens antes da intervenção e os de idade compreendida entre os 14 e 16 anos após a intervenção

Conti, Frutuoso & Gambardella (2005), desenvolveram um estudo com o objectivo de verificar a associação entre excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes numa amostra de 147 adolescentes, sendo 35.40% do sexo masculino e 64.60% do sexo feminino. Verificaram existir associação significativa entre excesso de peso e insatisfação para as áreas do estômago, cintura e peso corporal, nos adolescentes do sexo masculino e para as áreas do cabelo, nádegas, anca, coxas, pernas, estômago, ombros/costas, tonos muscular, peso e aparência geral, para as raparigas. Estes resultados vão de encontro aos de Ferriani; Dias; Silva & Martins (2005) que ao investigar 14 adolescentes

obesos de ambos os sexos, na faixa etária dos 10 a 13 anos, identificou dois núcleos temáticos contidos nas falas dos adolescentes: "A relação entre o corpo obeso e o espelho" e a "As influências na vida social" tendo concluído que os adolescentes obesos apresentaram sentimentos conflituosos em relação ao seu corpo, manifestando o receio explícito de se olharem no espelho, devido à insatisfação corporal e à rejeição do próprio corpo. Além disso, vivenciaram experiências estigmatizantes que são reflectidas de modo negativo nas suas relações sociais.

Também uma pesquisa realizada com 580 adolescentes por Campagna & Souza (2006), concluiu que 80% das adolescentes não gostam da própria aparência e 50% procuram dietas porque acham que são gordas. Comprovamos pelos resultados do nosso estudo que é o sexo feminino que apresenta índices médios mais elevados, condizentes com uma maior insatisfação com a imagem corporal antes e após a intervenção formativa com diferenças estatísticas significativas. Contudo, a quase totalidade dos inquiridos antes e após a intervenção formativa manifestaram satisfação com a sua imagem corporal, sendo que os maiores valores percentuais se observaram entre os rapazes. Resultados divergentes são documentados por Conti; Costa; Peres & Toral (2009), que ao avaliar a satisfação corporal de um grupo de adolescentes e as possíveis diferenças entre os sexos, verificaram que entre as adolescentes se destacou a idealização do corpo magro e os discursos vinculados às ideias do desejo de diminuir ou aumentar áreas corporais.. As ideias centrais de satisfação corporal apenas foram verificadas em 1.8% e 23.3% dos discursos de raparigas e rapazes, respectivamente. Os dados indicam que a insatisfação corporal estava presente na vivência destes jovens.

Valle, Røysamb, Sundby, & Klepp, (2009), ao estudarem as associações entre a primeira relação sexual e a imagem corporal em função do género e etnia e ajustando para as variáveis susceptíveis de influenciar os resultados, tais como a percepção do suporte social, abuso sexual e idade, numa amostra de 7187 adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos de idade, verificaram que a imagem corporal foi independentemente associada com o intercurso sexual nos adolescentes. Os que apresentaram altos *scores* na preocupação com a imagem corporal já tinham experimentado a primeira relação sexual. Foram também encontradas associações independentes entre o início da actividade sexual, educação dos pais e rendimento familiar. Apuraram que a primeira relação sexual, entre os 15 e os 16 anos de idade, estava associada com uma maior pontuação nas questões da imagem corporal das adolescentes. Os resultados também permitem deduzir que há associação independente entre a satisfação com a

imagem corporal e os adolescentes que já tiveram relações sexuais completas e com a prática religiosa.

É necessário que todos aqueles que acompanham o desenvolvimento dos adolescentes estejam atentos para as características dessa fase e dêem um suporte para que o desenvolvimento ocorra com menos angústia e sofrimento. É também função de todos lutar por uma sociedade mais inclusiva, onde o conceito de beleza não seja representado apenas por uma parcela mínima da população. O suporte da sociedade, família, escola e dos pares deve ir no sentido do desenvolvimento do corpo harmoniosos e saudável.

A relevância do suporte social sobre os factores de saúde e bem estar nos quais a sexualidade se inclui e também nos comportamentos dos adolescentes são em nosso entender de considerar na investigação, pelo que quisemos saber:

Em que medida a percepção do suporte social se modificou após a intervenção formativa?

Educação sexual em contexto escolar e suporte social

Um outro ponto de discussão respeita ao suporte social dos adolescentes. Tanto as redes sociais com o apoio social percebido têm um papel fundamental no desenvolvimento e bem-estar dos adolescentes (Helgeson, 2003), pelo que se torna importante conhecer a satisfação com o suporte social, tanto ao nível das relações familiares como das sociais, nomeadamente as estabelecidas no grupo de pares. Gaspar, Ribeiro, Leal & Matos (2008), efectuaram um estudo com uma amostra de adolescentes dos 5° e 7º anos de escolaridade do ensino público regular de cinco regiões de Portugal Continental. O estudo envolveu 95 escolas, incluindo 162 turmas, num total de 3185 crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos. Os resultados evidenciaram que os participantes do sexo masculino apresentam uma média na dimensão necessidade de actividades ligadas ao suporte social, significativamente mais baixa do que a amostra do sexo feminino. No que concerne à variável idade, são os indivíduos da faixa etária inferior que apresentam valores superiores na dimensão satisfação com o suporte social, relativamente aos indivíduos com 12 ou mais anos. Na dimensão necessidade de actividades ligadas ao suporte social invertem-se os papéis, ou seja, os indivíduos da faixa etária superior, são os que apresentam índices médios superiores neste factor da escala. Na variável, estatuto socioeconómico só foram verificadas diferenças significativas para a dimensão de necessidade de actividades ligadas ao suporte social. Constata-

mos no nosso estudo que antes e após a intervenção formativa são os adolescentes do sexo feminino que apresentam uma maior satisfação com o suporte social em relação à satisfação com as amizades, intimidade actividades sociais e suporte social total, que o masculino

Também, apesar de as ordenações médias indiciarem antes da intervenção formativa que os adolescentes com 17 anos são os mais satisfeitos com as amizades e os de 13 anos com as intimidades, satisfação com a família, actividades sociais e suporte social total, as diferenças não apresentam significância estatística. Apuramos que após a intervenção, são os adolescentes mais jovens que apresentam maior satisfação em todas as dimensões do suporte social, secundados pelos adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e 16 anos. No nosso estudo, a zona de residência não interage com o suporte social, no entanto, os adolescentes residentes na zona urbana revelam maiores índices de satisfação com o suporte social, no que se refere à satisfação com as amizades, intimidade actividades sociais e suporte social total e menor em relação à satisfação com a família que os residentes na zona rural.

Os adolescentes que praticam muito o culto religioso são os mais satisfeitos antes da intervenção formativa com o suporte social, em relação à satisfação com as amizades, intimidade, satisfação familiar e satisfação social total. Foi entre os que não praticam a religião que se observou melhor satisfação relacionada com as actividades sociais. Após a intervenção formativa registou-se melhor satisfação com as amizades, satisfação familiar e suporte social total, no grupo de adolescentes com muita prática religiosa, mas a satisfação com a intimidade e, actividades sociais, manifestaram-se sobretudo no grupo que não tem práticas religiosas. Detectamos também que os adolescentes que já tiveram relações sexuais, apresentaram uma maior percepção de suporte social nas dimensões satisfação com as amizades, intimidade, actividades sociais e satisfação com o suporte social total, mas menor em relação com a satisfação familiar.

Resultados similares foram encontrados por Cordeiro; Claudino & Arriaga (2006), em algumas das variáveis por nós estudadas. Com efeito, ao estudarem uma amostra de 262 adolescentes concluíram que os indivíduos do sexo masculino apresentavam um valor médio de suporte social mais elevado do que os indivíduos do sexo feminino, sendo significativa a diferença entre sexos. Os autores argumentam que esta diferença possa ser devida ao facto dos indivíduos do sexo masculino se apresentarem mais envolvidos em actividades sociais e lúdicas, sendo-lhe dadas de certa forma, mais liberdade. Os rapa-

zes desprendem-se mais da família, criando laços mais fortes com o seu grupo de pares, exprimindo o desejo de sair do seu espaço familiar. Já as raparigas procuram mais rapidamente a autonomia interna e só mais tarde sentem a necessidade de exteriorizar esses sentimentos, criando laços fora do círculo familiar. Das dimensões do suporte social constatou-se que a dimensão satisfação com a amizade apresentava o valor médio mais elevado (4.12; s = 0.73) e que a dimensão actividades sociais apresentava um valor médio mais baixo (3.27; s = 0.96), resultados estes, coerentes com os encontrados no nosso estudo.

Em síntese, pensamos que os resultados obtidos constituem um contributo para a compreensão dos factores que influenciam a educação sexual em contexto escolar. Os resultados do presente estudo demonstram a influência das variáveis sócio demográficas e da sexualidade na educação sexual dos adolescentes. Por último, importa reconhecer que dada a escassez de estudos relacionados directamente com as variáveis supracitadas, estes resultados poderão contribuir para produzir conhecimento sobre a temática " educação sexual em contexto escolar, possibilitando a escolha de modelos de formação eficazes e efectivos.

CAPÍTULO 5: CONCLUSÕES

Para melhor consecução do estudo procurámos abordar o desenvolvimento inerente à adolescência, debruçando-nos particularmente no desenvolvimento da sexualidade e nas atitudes face à mesma. Esta, reflecte a história pessoal de educação sexual, sendo difícil assumir comportamentos apenas para seguir padrões considerados certos.

Os adolescentes, na actualidade, têm cada vez mais acesso à informação, no entanto, parece existir um certo desajustamento entre a informação disponibilizada e o assumir de atitudes promotoras de saúde sexual e reprodutiva, pelo que os programas formativos devem incluir os vários agentes de formação, como sejam a escola na figura dos seus professores, os pais, e os pares. Estas intervenções formativas devem ser sensíveis aos anseios e preocupações dos adolescentes, pois só captando e "enamorando" o público–alvo poderemos angariar ganhos em saúde.

A revisão de literatura e o estudo empírico que realizámos permitiu-nos retirar algumas conclusões, contributos que nos pareceram válidos para a elaboração de uma síntese clarificadora da problemática em análise e para a sugestão de formas complementares de intervenção que visem a implementação de estratégias de promoção de comportamentos saudáveis e atitudes face à sexualidade responsáveis em adolescentes. Conscientes da limitação que um estudo desta natureza pode suscitar procuraremos, também, sugerir novas linhas de acção/intervenção para futuras investigações.

Desta forma, o presente estudo procurou verificar a eficácia e efectividade de um programa de intervenção formativo ao nível dos conhecimentos e atitudes no âmbito da sexualidade e analisar o papel das variáveis sociodemográficaficas e sexuais na percepção do suporte social e imagem corporal.

O trabalho de campo desenvolveu-se em três estudos distintos, no primeiro e terceiro participaram 840 adolescentes e no segundo 90.

No primeiro estudo construímos e validamos os instrumentos para recolha de dados, no segundo, experimental de campo, testamos a eficácia de um modelo da intervenção formativa no âmbito da sexualidade e no terceiro testamos a efectividade numa amostra alargada.

Os estudos psicométricos das diversas escalas apresentam, de uma forma global, bons índices de validade e fidelidade, pelo que se considera a sua utilização, adequada na segunda fase da presente investigação.

Dos resultados obtidos, verificou-se que os instrumentos de recolha de dados seleccionados dão resposta aos objectivos propostos para o estudo, no âmbito da educação sexual em contexto escolar.

As raparigas e residentes na zona urbana são as que têm mais conhecimentos sobre planeamento familiar e possuem atitudes face á sexualidade mais favoráveis. Os interlocutores preferenciais sobre sexualidade são os amigos, seguidos da mãe.

São os adolescentes com pouca ou moderada prática religiosa que já iniciaram a actividade sexual.

São as raparigas que têm maior satisfação com o suporte social nas dimensões, satisfação com as amizades, intimidade actividades sociais e suporte social total.

Os adolescentes com relações sexuais completas revelam maior percepção de suporte social na dimensão satisfação com a amizade.

Após a intervenção formativa denota-se que no grupo experimental, em todas as variáveis em estudo, se registam valores médios mais elevados quando comparados aos obtidos antes da intervenção formativa, com excepção para a insatisfação com a imagem corporal (média = 49.02) e satisfação com a família (média = 49.79). Este grupo obteve a melhor média nos conhecimentos sobre planeamento familiar (média=58.19), correspondendo-lhe também a menor dispersão (dp=4.40) e a menor na insatisfação com a imagem corporal, registando também a maior variabilidade. (dp=10.71).

Do nosso ponto de vista, pensamos ser urgente a aplicação de programas de intervenção formativos em contexto escolar, ou outro, que integrem de uma forma harmoniosa as várias facetas da sexualidade humana e que promovam nos adolescentes a aquisição de uma postura responsável, flexível e gratificante enquanto seres sexuados. Este investimento formativo terá de ser arquitectado e realizado de modo a que tenha o máximo efeito no público-alvo, que no caso, os adolescentes.

Mas como se tornará isso possível? Embora seja difícil responder a esta questão, pensamos ser fundamental que o conteúdo e a forma de transmissão da mensagem seja compreensível e lógica para o adolescente, ou seja, não adianta insistir no aconselhamento de um tipo de comportamento que não lhes faça sentido, ou que de algum modo seja incompatível com a sua realidade.

Em quaisquer dos estudos analisados e que serviram de suporte teórico à nossa pesquisa, conclui-se que é preciso direccionar os esforços no sentido de incrementar a educação para a saúde, pelo que é nossa sugestão investir-se na educação contínua e integrada desde o ensino primário. Esta, deve ser leccionada sobretudo por profissionais de saúde e da educação de forma multidisciplinar. Os formadores envolvidos devem formar e informar os adolescentes, permitindo-lhes desta forma a possibilidade de escolhas assertivas.

Aprender sobre sexualidade faz parte do processo de aprendizagem, devendo ser iniciada na infância, dirigida a toda a população, levando em consideração as características de cada etapa do desenvolvimento, uma vez que existem evidências de que a comunicação aberta desde uma idade precoce é uma das mais eficazes medidas para promover a saúde sexual.

Como podemos constatar pela avaliação do modelo formativo colocado no terreno, este revelou-se eficaz e efectivo na melhoria dos conhecimentos dos adolescentes sobre planeamento familiar, infecções de transmissão sexual e reprodução e também na melhoria da percepção da imagem corporal.

Investigações Futuras

Em suma, podemos dizer que são necessárias alterações nos modelos de formação para a saúde no âmbito da sexualidade. Na nossa perspectiva estes deve ser mais dinâmicos, utilizando *role play* e multidisciplinares. Por outro lado, desconhecemos a existência em Portugal de uma educação para a saúde estruturada e organizada, que motive os adolescentes à mudança de comportamentos, pois apesar de muitos dos adolescentes terem conhecimentos, não se regista alteração nos comportamentos de risco. Nesse sentido sugerimos as seguintes intervenções:

- Promover debates entre e com adolescentes do terceiro ciclo sobre a problemática da sexualidade responsável, nos seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e afectivos;
- Criar gabinetes de apoio, dinamizados pelos adolescentes com colaboração de profissionais da área da saúde
- Criar protocolos interinstitucionais que promovam formação para pais, professores e demais comunidade que interaja com adolescentes;
- Elaborar projectos de educação pelos pares em contexto escolar;
- Divulgar o nosso estudo a entidades responsáveis pela educação/formação neste campo, com a finalidade de criar estratégias cada vez mais activas e eficazes para promover a vivência da sexualidade responsável nos adolescentes.

Em futuros projectos aconselhamos dar continuidade a todos os temas das formações, com especial atenção à "Sexualidade responsável". Também se deve apostar na educação pelos pares pela eficácia demonstrada em outros contextos. Como fomos constatando ao longo da nossa pesquisa, as teorias do comportamento sugerem que os indivíduos recebem e aprendem grande parte da informação através dos pares e que a influência destes é extremamente importante nas expectativas, atitudes e comportamentos. Vários são os autores referem que os indivíduos confiam, dão mais credibilidade e são mais influenciados por um educador com o qual se identifiquem.

Limitações do estudo

A estratégia metodológica utilizada teve em consideração o tipo de estudo e os objectivos traçados. Tais objectivos levaram-nos a seleccionar uma amostra suficientemente ampla que conseguisse traduzir resultados fiáveis e a eleger como instrumentos de medição questionários de auto-resposta, que como refere (Sampieri, Collado & Lúcio, 2003), são os mais adequados para se estudar no mais curto espaço de tempo um grande número de participantes.

Em todas as situações do dia-a-dia nunca deixamos transparecer completamente aquilo que somos e sentimos. Quando adoptamos determinado papel social, assumimos uma determinada imagem durante a interacção. É evidente, que a utilização dos questionários de auto-resposta com uma única aplicação para avaliar os resultados da educação para a saúde na área da sexualidade adolescente, permitem-nos apenas um grau de precisão

subjectivo, que a nosso ver, seria ultrapassado com a aplicação de instrumentos objectivos, o que no nosso estudo seria impraticável face ao tamanho da nossa amostra.

Por outro lado, há ainda a considerar as limitações que encontramos quando trabalhamos com o público em geral e neste particular com adolescentes, já que os resultados dependem da honestidade e sinceridade do respondente, isto é, as suas respostas são habitualmente dirigidas mais a condutas desejáveis e não tanto às que na realidade acontecem.

Face à problemática em análise, consideramos pertinente estruturar o nosso desenho de investigação em três estudos. O primeiro de características exploratórias e descritivas, permitiu-nos construir e validar as escalas que foram utilizadas para colher dados no âmbito dos conhecimentos e atitudes face à sexualidade. Procedemos igualmente ao estudo psicométrico de duas outras escalas utilizadas, a Escala de Satisfação com o Suporte Social e a Escala de Insatisfação com a Imagem Corporal em Adolescentes.

Como era objectivo desta pesquisa testar a eficácia de um programa de intervenção formativo, efectuamos um segundo estudo, experimental de campo, mediante a inclusão de um grupo controlo e outro experimental. Dos três critérios a que obedecem os desenhos experimentais, apenas a randomização não foi considerada, por questões associadas ao funcionamento das instituições escolares. No entanto, quer o grupo controlo quer o grupo experimental possuem características semelhantes relativamente às variáveis em estudo.

O terceiro estudo, insere-se no tipo descritivo e correlacional e teve como objectivo testar a efectividade do programa de intervenção formativo a uma amostra mais alargada de adolescentes. Os participantes nele incluídos foram os mesmos do estudo de validação dos instrumentos.

Apesar dos esforços encetados junto dos Conselhos Executivos das Escolas EB 2/3 do distrito de Viseu, no sentido de viabilizar a intervenção formativa e conhecermos a realidade do distrito em causa no âmbito da sexualidade adolescente, tal não foi possível, pelo que tivemos que recorrer ao distrito de Aveiro para obtermos uma amostra mais alargada.

Tal como afirma Sampieri, Collado & Lucio (2003), a validade externa refere-se “à possibilidade de generalizar os resultados de um experimento ou situações não

experimentais bem como a sujeitos ou outras populações" e esta só seria possível se tivéssemos recorrido a uma amostra que fosse representativa e proporcional dos estudantes do 9º ano de escolaridade. Face a estes factos limitativos, a pesquisa está condicionada às nossas opções metodológicas, o que nos impede de generalizar os resultados à população adolescente que frequentava o 9º ano de escolaridade e carece de confirmação em outros estudos do mesmo âmbito com amostras mais alargadas.

No que se refere aos instrumentos de avaliação utilizados, após análise dos resultados, entendemos terem sido adequados. Primeiro, porque como referido na metodologia, mede um constructo das fontes de informação dos conhecimentos relacionados com a sexualidade adolescente e, segundo, por ter viabilizado outra perspectiva na dinâmica da prática da educação para a saúde, conforme se verificou no modelo de análise.

Ainda relacionado com o instrumento de recolha dados, após análise dos resultados, parece-nos que seria de todo vantajoso a inclusão de outras variáveis, que permitissem melhor caracterizar a actividade sexual dos adolescentes, nomeadamente o motivo de inicio da vida sexual, a prática de sexo seguro, conversa com o par sexual, percepção da idade das relações sexuais dos colegas, tomada de decisão nas relações sexuais e métodos contraceptivos escolhidos na última relação sexual, entre outras.

Contudo, achamos que é um ponto forte do nosso estudo a inclusão de outras variáveis para além das relacionadas com a educação sexual e que habitualmente não são contempladas num estudo desta natureza as quais nos permitirão um conhecimento mais aprofundado sobre esta temática, concretamente, o suporte social e a insatisfação com a imagem corporal.

Outra preocupação presente desde o início do estudo foi a de obviar os enviesamentos nos resultados obtidos, controlando, nomeadamente, as variáveis ditas "concorrentes" ou "parasitas". Temos consciência que tal nem sempre foi conseguido pois é quase impossível dispor, em meio escolar, de condições que permitam recolher nas diferentes escolas a informação em completa paridade, pelo que reconhecemos não terem sido reunidas as condições para poder afirmar que os dados obtidos foram adequadamente controlados.

Apesar das eventuais limitações consideramos que os resultados obtidos, nos permitem, por um lado, adquirir um conhecimento mais real sobre a problemática da sexualidade adolescente no que se refere aos conhecimentos e às atitudes e, por outro, poderão

constituir um contributo valioso ao nível da prevenção primária, já que a sua divulgação poderá sustentar uma intervenção pedagógica focalizada no adolescente, porque é nesta fase de vida que ele atravessa momentos de ruptura e de novas adaptações, nem sempre fáceis, tanto a nível psicossocial como fisiológico. Somente uma acção conjunta de todas as estruturas sociais será capaz de produzir ganhos para a saúde sexual e reprodutiva e de promover comportamentos saudáveis, embora não existam dúvidas que o primeiro passo é a consciencialização individual e uma prática assertiva da actividade sexual.

Apesar das limitações inerentes, o nosso estudo foi ao encontro dos nossos objectivos e tentamos deixar o nosso contributo para uma melhor compreensão desta problemática. Essencialmente desejamos que se abram novas portas para projectos futuros, que incluam estas e outras variáveis.

A implementação da educação sexual na escola teve um tempo longo de intenção política com ausência de intervenção no terreno, sendo que hoje o quadro legislativo, permite uma efectiva educação/formação sobre sexualidade em contexto escolar.

Implicações práticas

São anotados para Portugal alguns dos piores índices de Saúde Pública entre os países europeus, designadamente nas infecções de transmissão sexual, gravidez não desejada em adolescentes, infecção por Herpes Papiloma Vírus (HPV) e cancro do colo útero, tudo situações evitáveis através de uma informação e educação adequadas, pelo que os adolescentes constituem uma preocupação central para os governos. A dificuldade de intervir para promover a vivência da sexualidade adolescente de forma saudável está, pois, em saber que mudanças rápidas são necessárias implementar e como estas podem ser geridas.

Desta forma, com este estudo, obtivemos algumas respostas às questões de partida. Assim, como implicações práticas seria importante:

- Que se promovam discussões com os estudantes sobre a problemática da sexualidade, nos seus diferentes aspectos relacionais, comunicacionais e técnico-científicos;

- Que se dinamize a discussão de situações reais, nas equipas pedagógicas com o objectivo de permitir a partilha de saberes dos diferentes profissionais, como intervenientes na promoção da saúde sexual e reprodutiva;
- Que se dinamizem espaços onde os adolescentes possam treinar jogos pedagógicos que os habilitem para atitudes responsáveis face à sexualidade;
- Que se enfatize, no ensino teórico e prático, a importância da educação para a vivência da sexualidade responsável, mantendo a perspectiva da transdisciplinaridade, aumentando assim os tempos lectivos dedicados à temática;
- Que se aumentem os tempos lectivos para a abordagem da temática da imagem corporal enquanto parte integrante na vivência da sexualidade.

As práticas de prevenção privilegiam a informação assumindo ser possível modificar o comportamento individual pela comunicação de mensagens e utilização de diferentes estratégias, devendo ainda privilegiar-se o contacto pessoal à informação de massas. Como podemos constatar pela avaliação do modelo colocado no terreno ele revelou-se eficaz na melhoria dos conhecimentos dos adolescentes sobre atitudes face à sexualidade, planeamento familiar, infecções de transmissão sexual e reprodução.

Como apontamento final pareceu-nos necessário dar corpo a um novo projecto de investigação, pelo que integramos uma equipa de investigação que elaborou um projecto, proposto e aprovado pela FCT, com o código PTDC/CPE-CED/103313/2008, em que as práticas pedagógicas no âmbito da educação sexual são avaliadas e monitorizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aaro, L.E., Wold,B., Kanis, L, & Rimpelã, M. (1986). Health behavior in school children. A WHO crossnational survey. *Health Promotion*, *1*, 17-33.

Academia das Ciências de Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian (2001). *Dicionário de língua portuguesa contemporânea da academia das ciências de Lisboa*. Lisboa: Verbo.

Afonso, E. & Lucas, A. P. (2001). A sexualidade na adolescência. *Servir,* 49(4), 165-171.

Albagly, M. (2005-2006). Educação para a sexualidade. *Educação Sexual em Rede*, 2, 23-26.

Albergaria, M. (2005-2006). A experiência de Margarida Albergaria. *Educação Sexual em Rede*, 2, 21-22.

Alcázar, A. L. (2003). Educación para la salud. In J. M. Quiles, & colaboradores. *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia (pp.265-285)*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Alferes, V. R. (1994). *Dos comportamentos sexuais à encenação do sexo: contributos para uma psicologia social da sexualidade*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Tese de Doutoramento.

Alferes, V. R. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais: para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.

Almeida, J. M. R. (1995). Feminino e masculino. *Análise Psicológica,* XIII(1-2, 17-21.

Almeida, F. A. C. (1996). *Atitudes e comportamentos sexuais de adolescentes: Estudo exploratório de influências sociais e familiares*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

Almeida, J. F., Pais, J. M., Torres, A., Machado, F., Ferreira, P., & Nunes, J. (1996). *Jovens de hoje e de aqui*. Loures: Departamento Sócio-cultural da Câmara Municipal de Loures.

Almeida, N. L. T. (2000). O Serviço social na educação. *Inscrita, 6*. Conselho Federal de Serviço Social.

Almeida, T. (2007). A fragilidade do conceito de adolescência: afinal, como definir este período? *Psicologia Brasil,* 5, 27-29. Acesso em Junho 24, 2010, em http://www.psicologiabrasil.com.br/index2.php?mat=3.

Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A. & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade, 5* (1), 1-20.

Alves, E., Vasconcelos, F. A. G, Calvo, M. C. M., & Neves, J. (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* 24(3), 503-512. Acesso em Junho, 24, 2010, em http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/04.pdf.

Alves, M. J. (2002). A APF e os novos desafios. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 34, 7-10.

Alves, M. P. (2006). Representações sociais e sexualidade: Duplo–padrão sexual ou padrão sexual de género?. (2006). 41. p. 25-43.

Alves-Diniz, J., Baptista, M. I., Barros, H., Boavida, J., Gaspar. T., Matos, M. G., et al. (2007). *From research to practice: promoting adolescents' positive health in portuguese schools*. Las Palmas: WHO Forum.

Anastácio, Z. C. (2001). *Educação sexual: relacionamento entre pais e filhos adolescentes*. Tese de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Anastácio, Z. C. (2010). Sexualidade na fase intermédia da adolescência: relacionamentos, comportamentos e conhecimentos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, 695-705. Acesso em Junho, 25, 2010, em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10567/1/Texto_INFAD2010_ZeliaAnastacio.pdf.

Anastácio, Z.& Carvalho, G. S. (2006). Saúde na adolescência: satisfação com a imagem corporal e a auto-estima. In B. O. Pereira, G. S. Carvalho, (coord.). *Actividade física, saúde e Lazer* (pp.49-61). Lisboa: Lidel. Acesso em Junho, 24, 2010, em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5770/1/Saude%20na%20adolescencia.pdf.

Andrade, M. (1995). *A educação para a saúde: Guia para professores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.

Antunes, T. (2003). *Comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior: influência de factores individuais e familiares*. Badajoz: Universidade de Extremadura, Departamento de Psicologia y Sociologia de la Educación. Tese de Doutoramento.

Antunes, T. (2007). *Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior.* Coimbra: Formasau.

Araújo et al. (2008, Janeiro). Projecto Bem me QuerES na Escola. *Educação Sexual em Rede*, *3*.

Araújo, S., Madeira, C., Fernandes, V., Sousa, J., & Rodrigues, N. (2008). Projecto bem me quer na escola. *Educação Sexual em Rede*, 3, 14-22.

Archer, L. *et al.* (2001). *Novos desafios à bioética*. Porto, Porto Editora.

Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W., & Renaud, M. (2001). *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora.

Associação Para o Planeamento da Família (2008). *A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes*. Lisboa: APF.

Ávarez, L., & García, J. N. (2007). Las redes de apoyo social en las dificuldades del desqrrollo. In Garcia, J. N. (Coord.). *Dificuldades del desarrollo: evaluación e intervemción* (Cap. 27, pp. 311-320). Madrid: Pirâmide.

Ávarez, M. L. & Sánchez, J. N. G. (2010). Una revisión emoírica sobre la situación de las redes de apoyo social en la adolescência. *International Journal of developmental and Educational Psychology, 4*(Ano XXII, 1), 153- 158.

Baile, I., Grima, G., Landivar, G. (2003). Validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes. *Medicina Clínica*, 121, 173-177.

Baile, J. I., Guillén, F. G., Garrido, E. L. (2003). Desarrollo y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes. *Medicina Clínica, 121*(5), 173-177. Barcelona.

Bakker, A. (1999). Persuasive communication about AIDS prevention: Need for cognition determines the impact of message format. *AIDS Education and Prevention*, 11(2), 150-162.

Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): Estudos psicométricos preliminares. *PsicoUSF,* 10(1), 11-19.

Barahona, F. (2004). *Conhecimentos, atitudes e comportamento de adolescentes e jovens adultos perante a infecção por VIH: Contributos para a prevenção primária na adolescência*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Baranowksi, M., Jorga, J., Djordjevic, J & Hetherington, M. (2003). Evaluation of adolescentent body satisfaction and associated eating disorder pathology in two communities. *European Eating Disorders Review*, *11*(6), 478-495.

Barrera, M. J. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents. In Gootlieb, B. H. (Ed). *Social networks and social support* (p. 69-94). California: Sage.

Barros, C. S. G. (1988). *Pontos de psicologia do desenvolvimento*. São Paulo: Ed. Ática.

Basso, S. C. (1991). Sexualidade humana. Montevideo, Brasília: OPS–OMS.

Bastos, A. P. (2003). *Afectividade na adolescência: Sexualidade e educação para os valores*. 2ª ed. Lisboa. Edições Paulinas.

Bastos, V., & Faria, C. (2001). Gravidez na adolescência. *Nascer e Crescer,* 10(3), 140-147.

Bauman, Z. (2003). *Liquid love: On the frailty of human bonds*. Cambridge: Polity Press.

Beadnell, B., Morrison, D., Wildson, A., Wells, E., Murowchick, E., Hoppe, M., et al. (2005). Condom use, frequency of sex, and number of partners: multidimensional characterization of adolescent sexual risk-taking. *The Journal of Sex Research, 42*(3), 192-203.

Becker, D. (1994). *O que é a adolescência*? 13ª ed. São Paulo: Brasiliense.

Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-181-8.

Behan, N. (2008). A experiência irlandesa. *Educação Sexual em Rede*, 3, 25-26.

Beja, M. J. P. (2010). Adolescência: do indivíduo à família*. International Journal of developmental and Educational Psychology, 2*(Ano XXII, 1), 733- 742.

Bettie, J. (2003). *Women without class: girls, race, and identity*. London: University of California Press.

Bié, A. P. A., Diógenes, M. A. R., & Moura, E. R. (2006). Planeamento familiar: O que os adolescentes sabem sobre o assunto? *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*,

19(003), 125-130. Acesso em Junho, 27, 2010, em http://redalyc.uaemex.mx/pdf/408/40819302.pdf.

Blum, R., & Mmari, K. (2004). *Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries : an analysis of adolescent sexual and reproductive health literature from around the world: summary*. Geneva: World Health Organization. Acesso em Junho, 4, 2010, em http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592273.pdf.

Borges, A. L. V., & Schor, N. (2005). Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Pública*, 2005, 21(2), 499-507. Acesso em Junho 27, 2010, em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200016&lng=en&nrm=iso.

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

Bozon, M. (2002). *Sociologie de la sexualité.* S. L. : Nathan/VUEF.

Braconnier, A. (2006). *A nova mãe-galinha*. Cruz Quebrada. Casa das Letras/ Editorial Noticias.

Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência: Confrontações*. Lisboa: Climepsi Editores.

Branco, F. (2009). A experiência de Fernanda Branco. *Educação Sexual em Rede*, 5, 61-62.

Branco, L. M., Hilário, M. O. E., & Cintra, I. P. (2006). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Rev. psiquiatr. Clín.,* 33(6), 292-296. Acesso em Junho, 25, 2010, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000600001&lng=en&nrm=iso.

Branco, M. F. (1999). Metodologias em educação sexual nos diferentes graus de ensino. *Sexualidade & Planeamento Familiar,* 21/22(2), 29-34.

Brasil. Secretaria Municipal de saúde e defesa Civil – Instituto de Nutrição Annes Dias [Em linha]. Rio de Janeiro, 2004. [Consult. 10 Outubro 2009]. Disponível em WWW:<URL: http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi7public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?infoid=611&editionsectionid=39>.

Brêtas, J. R. S., Ohara, C. V. S., Jardim, D. P., & Muroya, R. L. (2009). Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Rev. Esc. Enferm. USP,* 43(3), 551-557. Acesso em Junho 24, 2010, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300008&lng=en&nrm=iso.

Bryman, A. & Cramer, D. (1992). Análise de dados em Ciências Sociais: Introdução às Técnicas utilizando o SPSS. Oeiras: Celta Editora.

Brito, I. (2009). Promoção da saúde nos jovens utilizando a educação pelos pares: intervenção com estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros. *Enfermagem e o cidadão, Jornal da secção Regional do Centro da ordem dos enfermeiros, 7*(19), 6-9.

Brito, I. *et al.* (2007). Antes que te queimes: peer education intervention. *Simposio internacional de Investigación en Enfermería Comunitária,* Granada, Fundação INDEX. Recuperado em 18 de Setembro, 2008 de http://www.index-f.com/para/n2/055.pdf.

Brito, I. *et al.* (2008). Antes que te queimes. Educação pelos pares em contexto escolar. INFAD Revista de Psicologia. *International Journal of Develomental and Educational Phsychology, 4*(1), 329-338.

Brook, D., Morojele, N., Zhang, C., & Brook, J. (2006). South african adolescents: Pathwais to risky sexual behavior. *AIDS Education and Prevention, 18*(3), 259-272.

BZgA/WHO (2006). *Conference on youth sex education in a multicultural europe: documentation.* Cologne: BZgA, Who.

Caldeira, E. V. (2005). Comportamentos sexuais dos adolescentes. *Servir,* 53(1), 29-39.

Camacho, I., Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social (2003). *Aventura social nas famílias*. Montijo: Câmara Municipal do Montijo.

Camargo, B., & Botelho, L. (2007). Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre protecção contra o VIH. *Revista Saúde Pública, 41*, 1, 61-68.

Campagna, V. N., & Souza, A. S. L. (2006). Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Boletim de Psicologia*, LVI(124), 9-35.

Campbell, C. (1995). Male gender roles and sexuality: implications for women`s aids risk and prevention. *Social Science and Medicine*. 41(2), 197-210.

Campo-Arias, A., Ceballo, G. A., & Herazo, E. (2010). Prevalência do padrão de comportamento de risco para a saúde sexual e reprodutiva em estudantes adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* 18(2), 170-174. Acesso em Junho 24, 2010, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000200005&lng=en&nrm=iso.

Canavarro, M. C., & Pereira, A. (2001). *Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas, psicologia da gravidez e maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública,* 31(2), 209-213. em Dezembro, 12, 2010, em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101997000200016&lng=pt&nrm=iso.

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

Carriço, E. (2008). A experiência de Elisabete Carriço. *Educação Sexual em Rede*, 3, 23-24.

Carvalho, C. & Carquejo, D. (2004). A satisfação com a imagem corporal e expressão de auto-estima em jovens adolescentes dos 14 aos 17 anos. Consultado on-line em: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4616d58641f2b-1.pdf

Carvalho, C. (2009). Gabinetes de apoio ao aluno: O que acontece por essas bandas. *Educação Sexual em Rede*, 5, 54-60.

Carvalho, G. (2002). Literacia para a saúde: Um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In Leandro, M., Araújo, M., & Costa, M. (org.). *Saúde: As teias da discriminação social: Actas do colóquio internacional Saúde e Discriminação Social*. Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.

Carvalho, I. E.; Silva, J. L. P. & Mello, M. B. (2008). Conhecimentos de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. *Revista Associação Medida Brasileira,* 54(1), 29-35. Acesso em Junho 24, 2010, em http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/17.pdf.

Casanova, E. (2004). “No ugly women”: concepts of race and beauty among adolescent women in Ecuador. *Gender & Society, 18*(3), 287-308.

Castro, M. G., Abramovay, M., & Silva, L. B. (2004). *Juventudes e sexualidade*. Brasília: Edições UNESCO Brasil.

Cauce, A. M. (1986). Social netWorks and social competence: Exploring the effects of early adolescent friensshhips. *American Journal of Community Psychology*, 14(6), 607-627.

Cauce, A. M. (1986). Social networks and social competence: exploring the effects of early adolescents friendships. *American Journal of Community Psychology, 14*(6), 607-627.

Centers for Disease Control and Prevention (2000). *CDC Fact Book 2000/2001*. Department of Health and Human Services. Acesso em Dezembro, 10, 2003, em www.cdc.gov/maso/factbook/.

Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2003). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 30 de Junho de 2003*. Lisboa: Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.

Cerwonka, E., Isbell, T. & Hansen, C. (2000). Psychosocial factors as predictors of unsafe practices among young adults. *AIDS Education and Prevention, 12*(2), 141-153.

Chen, S. C., Tellen, S. & Chen, E. H. (1995). Family and community support of urban pregnant students: support person, function and parity. *Journal of Community Psychology, 23*, 28-33.

Colarossi, L. G., & Eccles, S. (2003). Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Social Work Research*, *27* (1), 19-30.

Conti, M. A., Costa, L. S., Peres, S. V., & Toral, N. (2009). A insatisfação corporal de jovens: um estudo exploratório. *Physis,* 19(2), 509-528. Acesso em Junho 25, 2010, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200015&lng=en&nrm=iso.

Conti, M. A., Frutuoso, M. F. P. & Gambardella, A. M. D. (2005). Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Rev. Nutr.,* 18(4), 491-497. Acesso em Junho 25, 2010, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000400005&lng=en&nrm=iso.

Cordeiro, R., Claudino, J., & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. *Revista Iberoamericana de Educación,* 39(6), 1-9.

Acesso em Março 4, 2010, em http://www.rieoei.org/deloslectores/1272Cordeiro.pdf.

Cordeiro, M. (2009). O grande livro do adolescente: dos 10 aos 18 anos. Lisboa: Esfera dos Livros.

Cortesão, I., Silva, M., & Torres, M. (1989). – *Educação para uma sexualidade humanizada: Guia para professores e pais.* Porto: Edições Afrontamento.

Costa, M. C. O., Lopes, C. P. A., Souza, R. P., & Patel, B. N. (2001). Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. *Jornal de Pediatria*, 77(supl. 2), S217-S224.

Costa, M. V. M. & et al. (2008, 11 a 14 de Novembro). Avaliação da auto-percepção da imagem corporal em adolescentes. *Actas do XVII Congresso de Iniciação Cientifica, X Encontro de Pós-Graduação*.

Crawford, M., & Popp, D. (2003). Sexual double standards: A review and methodological critique of two decades of research. *The Journal of Sex Research, 40,* 13-36.

Cruz, T. M. (1998). *Imagem corporal e auto-estima numa população clínica: Implicações para a promoção/educação para a saúde.* Tese de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

D' Hainaut, L. (1990). Conceitos e métodos de estatística: uma variável a uma dimensão. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Damasceno, V. O., Lima, J. R. P., Vianna, J. M., Vianna, V. R. A., Novaes, J. S. (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 11*(3), 181-186. Niterói.

Department of Child and Adolescent Health and Development World Health Organization (2009). *A review of the literature and programmes: Generating demand and community support for sexual and reproductive health services for young people*. Geneva, Switzerland.

Despacho n.º 19737/2005, de 13 de Setembro. *Diário de República nº 176/2005 - II Série*. Ministério da Educação. Lisboa. Acesso em Junho, 24, 2010, em http://dre.pt/pdf2sdip/2005/09/176000000/1334813348.pdf.

Despacho n.º 25994/2005, de 16 de Dezembro. *Diário da República nº 240/1005 - II Série*. Ministério da Educação. Lisboa. Acesso em Junho, 24, 2010, em http://dre.pt/pdf2sdip/2005/12/240000000/1751517515.pdf.

Dias, M. C. G. (1994). *Adolescentes/pais: Temas e problemas*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

Dias, S. F. (2006). Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde. Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina tropical, Unidade de saúde e desenvolvimento, Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais.

Dias, S., Matos, G. M., Gonçalves, A. (2007). Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. *Análise Psicológica, 4*(XXV), 625-634.

Dicionário Universal da Língua Portuguesa (1998). 4ª ed. Lisboa: Texto Editora, Lda.

Dias, A. C. & Rodrigues, M. A. (2009). Adolescentes e sexualidade: Contributos da educação, da família e do grupo de pares adolescentes no desenvolvimento da sexualidade. Referencia. Julho II (10), 15-22.

Diniz, J. A., Albergaria, M., & Guerreiro, C. (2007). *Subcomissão para avaliação de manuais : Relatório*. Lisboa: Ministério da Educação.

DuBois, D. L., Burk-Braxton, C., Swenson, L. P., Tevendale, H. D., Lockerd, E. M., & Moran, B. L. (2002). Getting by with a little help from self and others: Self-esteem and social support as resources during early adolescence. *Developmental Psychology*, *38* (5), 822-839.

Duby, G. (1992). *Amor e sexualidade no Ocidente.* Mem Martins: Terramar.

Duke-Duncan, P. (1991). Body image. In Lerner, R., Petersen, A., & Brooks-Gunn, J. (eds). The e*ncyclopedia of adolescence* (Vol. I, pp. 90-94). New York and London: Garland Publishing, inc.

Dunkel-Shetter, C. & Bennet, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.). *Social support. An interaction view* (pp. 267-318). England: John Wiley & Sons, Ltd.

Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels., & J. Shonkoff (eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp.326-349). New York: Cambridge University Press.

Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., et al. (2005). Youth risk behavior surveillance: United States, 2005. *Surveillance Summaries*. 55(SS05) 1-108. Acesso Junho, 4, 2010, em http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5505a1.htm.

Eder, D., Evans, C. C., & Parker, S. (1995). *Gender and adolescent culture*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press**.**

Edwards, L., Fehring, R., Jarrett, K., & Haglund, K. (2008). The influence of religiosity, gender, and language preference acculturation on sexual activity among latino/a adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 30*(4), 447-462. Acesso em Julho 5, 2010, em http://hjb.sagepub.com/content/30/4/447.full.pdf+html.

Eggleston, E., Jackoson, J., Rountree, W., & Pan, Z. (2000). Evaluation of a sexuality education program for young adolescents in Jamaica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7(2), 102-112.

Epstein, J. L. (1989). The selection of friends: Changes across the grades and in different school environments. In J. Berndt, & G. Ladd (orgs.). *Peer relationships in child development* (pp. 158-187). New York: Wiley.

Erikson, E. H. (1972). *Adolescence et crise*. Paris: Flammarion.

Espinosa, M. C., Díaz, M. D., Suárez, M. J., Rodríguez, M. E., & Montesdeoca, M. I. (1994). *Educación afectivo-sexual en la etapa primaria: guía didáctica del profesorado.* Canarias: Consejería de Educación, Cultura y Deportes, Gobierno de Canarias, Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa.

Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting health: A pratical guide*. London: Baillière Tindall.

Feitosa, F. B., Matos, M. G., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). Suporte social, nível socioeconómico e o ajustamento social e escolar de adolescentes portugueses. *Temas em Psicologia,* 13(2), 129-138. Acesso em Junho, 5, 2010, em http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2005000200005&lng=pt&nrm=iso.

Ferreira, E. (2008). A diferença invisível: Abordagem da orientação sexual em meio escolar. *Educação Sexual em Rede*, 3, 3-7.

Ferreira, I. M. E. S. (2003). *Adaptação e desenvolvimento psicossocial dos estudantes do ensino superior: Factores familiares e sociodemográficos.* Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Tese de Doutoramento.

Ferreira, M. F. M. L. (2004, Maio/Junho). A educação sexual na adolescência: emoções e sentimentos: o papel do enfermeiro. *Servir, 52*(3), 132-137.

Ferriani, M. G. C., Dias, T. S., Silva, K. Z., & Martins, C. S. (2005). Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 5(1), 27-33. Acesso em Junho 25, 2010, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100004&lng=en&nrm=iso.

Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência. Consequências e trajectórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica, 4*(XVIII), 485-498.

Fleming, M. (1993). *Adolescência e autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.

Fleming, M. (1997). *Adolescência e autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

Fleming, M. (2005). *Entre o medo e o desejo de crescer: psicologia na adolescência.* Porto: Edições Afrontamento.

Fonseca, H. (2002). *Compreender os adolescentes: Um desafio para pais e educadores*. 3ª ed. Lisboa: Presença.

Fonseca, H. (2005). *Viver com adolescentes*. Lisboa: Editorial Presença.

Fontes, M. (2006). Uma leitura do culto contemporâneo ao corpo*. Contemporânea*,*4*(1), 117-137.

Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização (1ª ed.). Loures: Lusociência.

Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Foucault, M. (1977). *História da sexualidade: A vontade de saber*. Lisboa, Edições A. Ramos.

Foucault, M. (1994a). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Lisboa: Relógio d'Água.

Foucault, M. (1994b). *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Lisboa: Relógio d'Água.

Frade, A. *et al.* (2001). Educação sexual na escola (5ªed.) Lisboa: Texto Editora.

Frade, A., Marques, A. M., Alverca, C., & Vilar, D. (1996). *Educação sexual na escola: guia para professores, formadores e educadores.* 2.ª ed. Lisboa: Texto Editora.

Frade, A., Marques, A., Alverca, C., & Vilar, D. (2001). *Educação sexual na escola*: guia para professores, formadores e educadores. Lisboa: Texto Editora.

Freitas, L. F. M. F. (2005-2006). Do que eles se lembram: Representações dos pré-escolares acerca da sexualidade humana. *Educação Sexual em Rede*, 2, 5-13.

Freitas, N. M. (2002). *Conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre a SIDA de uma população universitária*. Lisboa: Escola Superior de Saúde de Lisboa.

Freud, S. (1966). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Lisboa. Livros do Brasil.

Frost, L. (2005). Theorizing the young woman in the body. *Body and Society, 11*(1), 63-85.

Fundo das Nações Unidas para a população (2005). *A situação da população mundial 2005: A promessa de igualdade: Equidade em matéria de género, saúde reprodutiva e objectivos de desenvolvimento do milénio*. New York: FNUAP.

Fundo das Nações Unidas para a População (2005). *A situação da população mundial 2005 – a promessa de igualdade: equidade em matéria de género, saúde reprodutiva e objectivos de desenvolvimento do milénio*. New York: FNUAP.

Galvão, J. J. C. L. (2000). *Um olhar sobre a sexualidade humana para uma paternidade responsável*. Lisboa: Paulinas.

Gaspar, N. M. S. (1999). *Estudo da imagem corporal na adolescência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Cognitivo-comportamental e Sistémica.

Gaspar, T., Matos, M. G., Gonçalves, A., Ferreira, M. & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face do VIH/SIDA em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7,* 2, 299-315.

Gaspar, T., Ribeiro, J. L. P., Leal I., & Matos, M. G. (2008). Impacto da satisfação com o suporte social na qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes. *Actas do 7° Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Universidade do Porto. http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/livros_actas/o%20impacto%20da%20satisfacao%20com%20o%20suporte%20social.pdf.

Giddens, A. (1992). *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies*. Cambridge: Polity Press.

Giddens, A. (1996). *Transformações da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Oeiras: Celta Editora.

Gomes, F. A. (2004). Paixão, amor e sexo. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Gonçalo, M. I. (2002). A mãe-menina. *Nursing*, 172, 10-15.

Gonçalves E. (2001). Amar, namorar, ficar. In Fundação Roberto Marinho. *Sexualidade: Prazer em conhecer*: Livro do professor. Rio de Janeiro: Fundação Roberto Marinho.

Graup, S., Pereira, É. F., Lopes, A. S., Araújo, V. C., Legnani, R., F. S., & Borgatto, A. F. (2008). Associação entre a percepção da imagem corporal e indicadores antropométricos de escolares. *Revista Brasileira Educação Física Especial*, 22(2), 129-138. Acesso em Junho, 5, 2010 em http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbefe/v22n2/v22n2a4.pdf.

Grupo de Trabalho em Educação Sexual (2005). *Relatório preliminar*. Acesso em Junho 24, 2010, em http://www.min-edu.pt/np3content/?newsId=298&fileName=rel_preliminar_ed_sexual.pdf.

Grupo de Trabalho em Educação Sexual (2007a). *Relatório de progresso.* Acesso em Junho 24, 2010, em http://www.dgidc.min-edu.pt/saude/Documents/Relatorio_progressoGTES.pdf.

Grupo de Trabalho em Educação Sexual (2007b). *Relatório final*. Lisboa: Ministério da Educação. Acesso em Junho, 24, 2010, em http://www.dgidc.min-edu.pt/saude/Documents/GTES_RELATORIO_FINAL.pdf.

Gutierrez, L. M. (1990). Working with women of colour, an empowerment perspective. *Social Work,* 35(2), 149-153.

Hagan, J. F., Coleman, W. L., Foy, J. M., & Goldson, E. (2001). Pedriatrics. *Career and Teccnhical Education*, 108(2), 498.

Haglund, K. A. P. (2002). *A life history study of sexually abstinent, adolescent, African-American females*. United States: The University of Wisconsin-Milwaukee. Ph. D. dissertation. Acesso em Julho, 5, 2010, em http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=726438011&SrchMode=2&sid=2&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1279279797&clientId=141092

Hansen, E., Holstein, B., Due, P., & Currie, C. (2003). International survey of self-reported medicine use among adolescents. Acesso em Fevereiro, 6, 2003, em http://www.theannals.com/The Annals of Pharmacotherapy.

Harper, G. W., Bangi, A. K., Sanchez, B., Doll, M., & Pedraza, A. (2009). A quasi-experimental evaluation of a community-based HIV prevention intervention for mexican american female adolescents: the shero's program. *AIDS Education and Prevention*, 21 (Supp B), 109-123. Acesso em Março, 4, 2010, em http://www.atypon-link.com/GPI/doi/pdfplus/10.1521/aeap.2009.21.5_supp.109?cookieSet=1.

Helgeson, V. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research,* 12 (1), 25-31.

Hernández, A., & Reybet, C. (2007). Géneros y sexualidades en el área de la educación física escolar: Aproximaciones a un estudio curricular comparado entre Canadá y la Argentina. *Rev. argent. Sociol.,* 5(8), 51-73. Acesso em Dezembro, 5, 2009, em

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482007000100005&lng=pt&nrm=iso.

Hill, M. M., Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade de serviços de saúde.* Lisboa: Edinova.

Impett, E. A., & Peplau, L. A. (2003). Sexual compliance: Gender, motivational, and relationship perspectives. *The Journal of Sex Research, 40,* 1, 87-100.

Kehl, M. R. (2001). A violência do imaginário. In M. C. M. Comparato, M. C. M., & Monteiro, D. S. F. *A criança na contemporaneidade e a psicanálise.* Mentes & Mídia: diálogos interdisciplinares. (Vol. 2). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kirby, D. (1999). Reflections of two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy. *Journal of School Health*, 69(3), 89-94.

Kirby, D. (2001). *Emerging answers: research fi ndings on programs to reduce teen pregnancy.* Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Klomsten, A., Skaalvik, E. & Espnes, G. (2004). Psysical self-concept and sports. do gender differences still exist?. *Sex Roles, 50*(1/2), 119-127.

Koslow, R. (1988). Differences between personal estimates of body fatness and measure of body fatness in 11 and 12 year old males and females. *Journal of Applied Social Psychology, 18*, 533-535.

Kouta, C., & Tolma, E. (2008). Sexuality, sexual and reproductive health: an exploration of the knowledge, attitudes and beliefs of the Greek-Cypriot adolescents. *Promotion & Education, 15*(4), 24-31, 64,70. Acesso em Março, 4, 2010, em http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=1974014761&SrchMode=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1279288347&clientId=141092.

Labre, M. (2002). Adolescent boys and the muscular male body ideal. *Journal of Adolescent Health, 30* (4), 233-242.

Leal, I., Maroco, J. (2010). *Avaliação em sexualidade e parentalidade.* Legis Editora: Porto.

Leão, M. P. (2005). *Atitudes e comportamentos face ao VIH-SIDA no ensino superior: contributos para novas estratégias de prevenção.* Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra.Dissertação de Mestrado.

Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto. *Diário da República nº 186/1999 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa. Acesso em Junho, 24, 2010, em http://dre.pt/pdf1sdip/1999/08/186A00/52325234.pdf.

Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto. *Diário da República nº 151/2009 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa. Acesso em Junho, 24, 2010, em http://dre.pt/pdf1sdip/2009/08/15100/0509705098.pdf.

Lei nº 259/2000, de 17 de Outubro. *Diário da República nº 240 – I Série – A*. Ministério da Educação. Acesso em Junho, 24, 2010, em http://dre.pt/pdf1sdip/2000/10/240A00/57845786.pdf.

Lei nº 3/84, de 24 de Março. *Diário da República nº 71/84 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa. Acesso em Junho, 24, 2010, em http://dre.pt/pdf1sdip/1984/03/07100/09810983.pdf.

Lei nº 46/86, de 14 de Outubro. *Diário da República nº 237/86 – I Série*. Assembleia da Reública. Lisboa. Acesso em Junho, 24, 2010, em http://dre.pt/pdf1sdip/1986/10/23700/30673081.pdf.

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

Lemos, M. E. (2006). O recurso ao Teatro como estratégia para a Educação Sexual. Associação para o Planeamento da Família. Educação Sexual em Rede. Outubro /Janeiro (2), 31.

Levi, G., & Schimitt, J. C. (1996). *História dos jovens: Da antiguidade à era moderna*. São Paulo: Companhia das Letras.

Lewis, M. (1995). *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Lima, M. L. P. (1997). Atitudes. In Vala, J., Monteiro, M. B. *Psicologia social*. (3ª ed.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Lindsay, J., Smith, A., & Rosenthal, D. (1997). *Secondary students, HIV/AIDS and sexual health: Centre for the Study of Sexually Transmissible Diseases*. Carlton, Australia: Faculty of Health Sciences, La Trobe University.

Lock, S. E. (1990). *Factors affecting premarital sexual intercourse and contraceptive use among rural adolescent females*. South Carolina: United States: University of South Carolina, United States. Ph. D. dissertation. Acesso em Julho 5, 2010, em http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=745643511&SrchMode=1&sid=2&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1279299531&clientId=141092

Lopes, N. A. (2005-2006). Sem o coração não haveria entendimento entre o cérebro e a mão. Educação Sexual em Rede, 2, 16-20.

López, F. (1990). Conceito e objectivos da educação sexual. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 47/48, 14-15.

López, F. (2005). *Educação Sexual em Rede*, 1, 21-24.

López, F. (2005). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.

López, F., Fuertes, A. (1991). *Para comprender la sexualidad*. Verbo Divino, Navarra.

López, F., Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Sintra: APF.

Lou, J., & Chen, S. (2009). Relationships among sexual knowledge, sexual attitudes, and safe sex behaviour among adolescents: a structural equation model. *International Journal of Nursing studies, 46*(12), 1595. Acesso em Março 4, 2010, em http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=1896890731&SrchMode=1&sid=1&Fmt=2&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1279288784&clientId=141092.

Lourenço, M. M. (1999). Estou grávida!.. Não sei se choro, não sei se rio…. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 21/22, p.12-17.

Magalhães, M. G., Carrilho, M. J., & Leite, S. (2001). *Inquérito à fecundidade e família*. Lisboa: INE.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.

Marques, A. (2002). O que é a Educação Sexual. In Marques, A., Vilar, D., Forreta, F. *Os afectos e a sexualidade na educação pré-escolar: um guia para educadores e formadores.* (p.10-14). Lisboa: Texto Editora.

Marques, A. M., & Prazeres, V. (2000). *Educação sexual em meio escolar: Linhas orientadoras.* Lisboa: Ministério da Educação, Ministério da Saúde.

Marques, A., Vilar, D., Forreta, F. (2002). *Educação sexual no 1º ciclo: Um guia para educadores e formadores*. Lisboa: Texto Editora.

Marques, *et al.* (2000). *Curso de adolescência e sexualidade.* Sub-Região de Saúde de Bragança: Janeiro.

Marques, M. M., Prazeres, V., Pereira, A., Vilar, D., Forreta, F., Cadete, J., & Martins, L. B. M. *et al.* (2006). Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública,* 22(2), 315-323. Acesso em Juhno 24, 2010, em

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200009&lng=en&nrm=iso.

Maticka-Tyndale E. & Brouillard-Coyle C. (2006). The effectiveness of community interventions targeting HIV and AIDS prevention at young people in developing countries. In: *Preventing HIV/AIDS in young people. A systematic review of the evidence from developing countries (Cap.8)*. UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People. Geneva, World Health Organization.

Matos A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Matos, M. (2005). *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola.* Lisboa: FMH-UTL.

Matos, M. et al. (2006). *Comportamento sexual e conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA – Relatório Preliminar.* Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com.

Matos, M. et al. (2006). *Consumo de substâncias nos adolescentes portugueses – Relatório Preliminar.* Web site www.fmh.utl.pt/aventurasocial;www.aventurasocial.com.

Matos, M. et al. (2006). *Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses – Relatório Glaxo Smith-Kline/HBSC.* Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com.

Matos, M. et al. (2006). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: projecto europeu Kidscreen – Relatório Português.* Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com.

Matos, M. G., Carvalhosa, S. F., Simões, C., Branco, J., Urbano, J., & Equipa do Aventura Social e Saúde (2004). *Risco e protecção: adolescentes, pais, amigos e escola*. Lisboa: FMH.

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

Matos, M. G., Gaspar, T., Ferreira, M., Linhares, F., Simões, C., Diniz, J. A., e tal. (2006). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Projecto Europeu Kidscreen, relatório português*. Lisboa: FMH.

Matos, M. G., Gonçalves, A., Gaspar., T. & equipa do Projecto Aventura Social (2003). Aventura social, etnicidade e risco: prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes. Lisboa: FMH.

Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S. F., & Reis, C. (1998). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo preliminar da Rede Europeia HBSC-OMS*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Silva, M., Gaspar. T., Diniz, J. A., & equipa do Projecto Aventura Social (2006). *Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses: Relatório preliminar HBSC 2006*. Lisboa: Edições FMH.

Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses: quatro anos depois*. Lisboa: Edições FMH.

Matos, M., Simões, C., & Canha, L. (1999). Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar. In Sardinha, L., Matos, A. & Loureiro, I. (Eds.). *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos ambientes da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 217-240). Lisboa: Edições FMH.

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses: hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006.* Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Pereira, S., Diniz, J. A. & Equipa do Projecto Aventura Social (2006). *Comportamento sexual e conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA: Relatório preliminar, Dezembro 2006*. Lisboa: CMDT/IHMT/UNL.

Acesso em Fevereiro, 6, 2010, em http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_SIDA.pdf.

Matos, M., Simões, C., Tomé. G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A. et al. (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses: hoje e em 8 anos, relatório preliminar do estudo HBSC 2006*. Lisboa: Edições FMH.

Matos, P. M. (2006). Relações românticas em adolescentes. *Psychologica, 41*, 9-24.

McDavid, J., & Harari, H. (1986). *Psicologia e comportamento social*. Rio de Janeiro: Editora Interciência.

Medeiros, M., Ferriani, M. G. C., Munari, D. B., & Gomes, R. (2001). A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* 9(2), 35-41. Acesso em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11512.pdf.

Melgosa, J. (1999). *Novo estilo de vida: Para adolescentes e pais*. Almargem do Bispo. Publicações Atlântico.

Melgosa, J. (2000). *Novo estilo de vida: Para adolescentes e pais*. Zaragosa. Marpa Artes Gráficas.

Meneses, P. F. (2000). Educação sexual em meio escolar: Lisboa: Ministério da Educação/Ministério da Saúde.

Miguel, N. S. (1987). A sexualidade na adolescência e juventude. In Gomes, F. A., Albuquerque, A., Nunes, S. *Sexologia em Portugal*. (Vol. I). Lisboa: Texto Editora.

Ministério da Educação (2000). *A educação sexual em meio escolar: Linhas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação.

Ministério da Educação (2000). *A educação sexual em meio escolar: linhas orientadoras.* Lisboa: Ministério da Educação.

Ministério da Educação, Ministério da Saúde (2006). Protocolo entre o ministério da educação e o ministério da saúde. [em linha]. Recuperado em 3 Março, 2009, de http://www. portaldasaude.pt.

Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Associação para o Planeamento da Família, Centro de Apoio Nacional, & Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (2000). *Educação sexual em meio escolar: Linhas orientadoras*. Lisboa: ME/MS/APF/CAN.

Misra, R., & Aguillon, S. (2001). Predictors of health behaviors in rural adolescents. *Health Education,* 101(1), 22-30.

Molina, V. J. (1993). *El proceso de inadaptacion social*. (2ª ed.). Madrid: Popular.

Monteiro, M. J., & Raposo, J. V. (2005). Compreender o comportamento sexual para melhor (re)agir. In *6º HIV-AIDS Virtual Congress*. Acesso em Junho, 24, 2010, em http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=271, acedido em 20/12/2006.

Monteiro, M., & Santos, M. R. (2002). *Psicologia*. Porto: Porto Editora.

Moreira, R. L. (2001). *O sexo que passa na TV.* Belo Horizonte: Edição do Autor.

Morgan, C., Vecchiatti, I. & Negrão, A. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Revista Brasileira de Psiquiatria, *24*, 18-23.

Morrill, C., Yalda, C., Adelman, M., Musheno, M., & Bejarano, C. (2000). Telling tales in school: Youth culture and conflict narrative. *Law & Society Review,* 34, 521-65.

Myers, D. G. (1999). *Introdução à psicologia geral*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: LTC.

Naidoo, J., & Wills, J. (1998). *Health promotion: Foundations for practice*. Londres: Baillière Tindall.

Nascimento, L. C. S., & Lopes, C. M. (2000). Actividade sexual e doenças sexualmente transmissíveis em escolares do 2º grau de Rio Branco-Acre, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* 8(1), 107-113. Acesso em Junho 24, 2010, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000100015&lng=en&nrm=iso.

Navarro, M. F. (1995). *Educação para a saúde: modelos de intervenção em saúde na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário*. Lisboa: PPES.

Neto, F. F. M. (1998). *Psicologia social* (Vol. 1 e 2, 1ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.

Neto, O. F. R. & L´abbate, S. (2007, Abril/Junho). Avaliação do Programa de intervenção preventiva Sexualidade e Adolescência, com jovens estudantes da periferia do município de Campinas (SP). *Rev Bras Med Fam e Com*. Rio de Janeiro, *3*(9), 4-12.

Neves, M. M. F. (1995). *Suporte emocional na adolescência: A relação com os pais e com os amigos em momentos de transição escolar*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

Nilsson, A. (2008). Avaliação da qualidade da educação em sexualidade e relações interpessoais, Suécia, 1999 e 2005. *Educação Sexual em Rede*, 4, 21-24.

Nodin, N. (2000a). Os jovens portugueses e a sexualidade no final do século XX. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 25, p.10-15.

Nodin, N. (2000b). Sexualidade e relações afectivas em jovens adultos. *Sexualidade e Planeamento Familiar,* 25,p.16-19.

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

Nodin, N. (2001a). Adolescentes, o sexo e os outros. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 31, 37-42. Acesso em Janeiro, 9, 2010, em URL:http:/www.apf.pt/revista_31.pdf.

Nogueira, E. L., Alves, F. M. R., & Ferreira, L. S. C. L. (2007). *Ser adolescente: um corpo que se transforma, uma imagem que se constrói*. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Trabalho de investigação elaborado no 2º curso de pós licenciatura de especialização em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, no âmbito da unidade curricular Investigação em saúde materna, obstétrica e ginecológica. Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu, IPV.

Nunes, M., Olindo, M. M., Barros, F. & Camey, S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*(1), 21-27.

Offer D. & Boxer A. (1995). O desenvolvimento normal do adolescente: tratamento de psiquiatria de infância e adolescência. In Lewis, M. *Tratado de psiquiatria de infância e adolescência.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Oliveira, D. C., Pontes, A. P. M., Gomes, A. M. T., & Ribeiro, M. C. M. (2009). Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. *Esc. Anna Nery,* 13(4), 833-841. Acesso em Junho 24, 2010, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400020&lng=en&nrm=iso.

Oliveira, R. A. (1998). *Do vínculo ao suporte social: aspectos psicodinâmicos em sujeitos com deficiências físicas adquiridas.* Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

OMS (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde: 1ª Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, 17- 21 de Novembro de 1986*. Acesso em Maio 15, 2010, em http://www.dgsaude.pt/prom_saude/carta_ottawa.html.

OMS (1986). The Ottawa charter for health promotion. In *Health Promotion 1* (Vol. 3). Genebra. WHO.

OMS (1997). Novos protagonistas para uma nova era: Orientando a promoção da saúde no século XXI. Indonésia: WHO.

OMS (2002). *Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de lo niños e los adolescentes*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Acesso em Junho, 4, 2010, em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_FCH_CAH_02.21_spa.pdf.

Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológicas, 2-3*(12), 333-339.

Osório, L. C. (1992). *Adolescente hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Otero, M. C., Fernàndez M. L. & Castro, Y. R. (2004, Mayo). Influencia de la imagem corporal Y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitárias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *4* (002), 357-370.

Pais, J. M. (1996). Sexualidade. In *Jovens de hoje e de aqui* (pp.195-221). Loures: Departamento Socio-Cultural, C.M. Loures.

Pais, J. M. (1996). Sexualidade. In *Jovens de hoje e de aqui, Cadernos Estudos Locais*. Loures: Departamento Socio-Cultural. C. M. Loures, 195-221.

Pais, J. M., & Cabral, M.l V. (2003). *Condutas de risco, práticas culturais e atitudes perante o corpo.* Oeiras: Celta Editora.

Paiva, J. , & Paiva J. (2006). *Sexualidade e afectos para pais, professores e educadores*. Lisboa: Plátano Editora.

Paiva, V., Aranha, F. Bastos, F., & Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS (2008). Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil - 2005. *Rev. Saúde Pública,* 42(suppl.1), 5464. Acesso em Dezembro, 12, 2005, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800008&lng=pt&nrm=iso.

Palácios, J. (1995). O que é a adolescência. In Coll, C., Palacios, J., & Marchesi, A. *Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva* (pp. 263-272). Porto Alegre: Artes Médicas.

Papalia, D. E., Olds, S. W., Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança* (8.ª ed.). Portugal: Editora McGraw-Hill.

Parreira, A. (2005-2006). A importância dos projectos em escolas. *Educação Sexual em Rede*, 2, 14-15.

Pekrun, R. (1990). Social support, achievement evaluations and self-concepts in adolescence. In L. Oppenheimer (org.). *The self-concept: European perspectives on its development, aspects, and applications* (pp. 107-119). Berlin: Springer.

Pereira, J. L., Fanelli, C., Pereira, R. C., & Rios, S., orgs. (2007). *Sexualidade na adolescência no novo milénio*. Rio de Universidade: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Acesso em Junho, 23, 2010, em http://www.pr5.ufrj.br/anexos/sexualidade_adolesc.pdf.

Pereira, M. (1993). Com quem falam os adolescentes sobre sexualidade? Ilações como base nos resultados de um questionário. *Análise Psicológica, 3*, 415-424.

Pereira, M. M. (2006). *Guia de educação sexual e prevenção do abuso*. 2ª ed. Coimbra. Pé de Página.

Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2005). Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pinheiro, A. P., Giugliano, E. R. J. (2006). Quem são as crianças que se sentem gordas apesar de terem peso adequado? *Jornal de Pediatria, 82*(3), 232-235. Porto Alegre.

Pinheiro, C. D., Costa, L. G., Sousa, J. O., Silva, S. S., & Moreira, Y C. (2009). *O conhecimento das adolescentes sobre métodos contraceptivos: uma revisão*

bibliográfica. Brasil, 2009. Acesso em Maio 25, 2010, em http://www.abeneventos.com.br/CENABS/cdunderscoreanais/pdf/id94r0.pdf.

Pinto, J. M. M. (1995). *Adolescência e escolhas: à descoberta da singularidade*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento.

Pinto, J. M. M. (2000). A nau e o porto seguro: trabalho grupal com adolescentes. *Referência*, 4, 17-29.

Polit, D. F. & Hungler B. P. (1994). Fundamentos da pesquisa em Enfermagem. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. Regulamenta a Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar.

Pratt, L. (1991). The social support functions of the family. In B. Badura & I. Kickbush (Eds.). *Health promotion research towards a new social epidemiology* (pp. 229-250). European Series: Who Regional Publications.

Prazeres, V. (1998). *Saúde dos adolescentes: Princípios orientadores.* Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Ramalho, M. J. (2008). Educação sexual em Portugal. *Educação Sexual em Rede*. 4, 18-20.

Ramirez, H. Gordon, J. & Assadi, T. (sd). Transgressão e corpo: um caso de anorexia. Consultado on-line em http://www.pontodestofo.org.

Ramiro, L., Matos, M. G. & Vilar, D. (2008). Factores de sucesso da educação sexual em meio escolar. *Educação Sexual em Rede*, 3, 8-13.

Ramos, R. (2001). Dificuldades no acesso à contracepção. *Revista Sexualidade & Planeamento Familiar, 29/30*, 29.30.

Ramos, R. D.; et al. (2008). Atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens em Matosinhos. *ArquiMed, 22*(1), 3-15. ISSN 0871-3413.

Raust-von Wright, M. (1989). Body image satisfaction in adolescent's girls and boys: A longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence, 18,* 71-83.

Reis, A. O. A., & Monteiro, N. R. O. (2007). Sexualidade e procriação na ótica de jovens de periferias sociais e urbanas. *Revista Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(2), 54-63.

Reis, M. H. (2003). *A educação sexual nas escolas portuguesas: os professores como actores na sua implementação.* :Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Dissertação de mestrado.

Reis, M. H., & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. *Análise Psicológica,* XXII(4), 737-745.

Reiss, I. L. (1960). *Premarital sexual standards in America*. New York: Free Press.

Reiss, I. L. (1967). *The social context of premarital sexual permissiveness*. New York:Holt, Rinehart, and Winston**.**

Resultados da conferência de Colónia sobre a educação sexual dos jovens numa Europa multicultural (2008). *Educação Sexual em Rede*, 4, 4-17.

Ribeiro, E. R. O., Paixão, A. C., & Santos, J. N. (2006). Conhecimentos e atitudes referentes à sexualidade entre adolescentes em um centro de convivência. *Revista Pediátrica do Ceará*, 7(2), 59-67.

Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica,* XVII, 3, 547-558.

Ribeiro, P. R. M. (org.) (2004). *Sexualidade e educação: Aproximações necessárias.* São Paulo: Editora Arte & Ciência.

Rifkin, S., & Pridmore, P. (2002). Partners in planning: Information, participation and empowerment. *Health Promotion International*, 17, 285-286.

Robins, R., Trzesniewski, K., Tracy, J., Gosling, S., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging,* 17(3), 423-434. Acesso em Junho 3, 2003, em http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/faculty/gosling/reprints/PsychAgingselifespan.pdf.

Rodrigues, A. (1992). *Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.

Rodrigues, J. (2002). *Os jovens e a sexualidade*. Coimbra: Centro de Atendimento a Jovens.

Rodrigues, J. M. G. (2003, Outubro). Conhecimentos e experiências sexuais dos jovens estudantes do ensino superior. *Millenium*, *8*(28), 149-173. Viseu.

Rodrigues, M. (2004). *Guia de elaboração de trabalhos escritos.* Coimbra: ESEÂF.

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

Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Lisboa: APF.

Rosen, R. C., & Beck, J. G. (1998). *Patterns of Sexual Arousal: Psychophysiological Processes & Clinical Applications.* New York: The Guilford Press.

Rosenbaum, J. (2009). Patient teenagers? A comparison of the sexual behavior of virginity pledgers and matched nonpledgers. *Pediatrics, 123*(1), e110-120. Acesso em Junho, 29, 2010, em http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/123/1/e110.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: University Press.

Sá, E. (2002). *Adolescentes somos nós*. Lisboa: Edições Fim de Século.

Sá, E. (2006). *Tudo o que o amor não é: dúvidas que o coração desconhece*. 4ª ed. Lisboa: Oficina do Livro.

Saavedra, L., Magalhães, S., Soares, D., Ferreira, S., & Leitão, F. (2007). Género, cultura e sexualidade portugueses: um programa de educação sexual. In Congresso Astur-Galaico de Sociología. *Género y sexualidad* (Área temática 6). Braga: Universidade do Minho. Acesso em Junho, 24, 2010, em http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7278.

Sampaio, M. (1987). *Escola e educação sexual.* Lisboa: Livros Horizonte.

Sampaio, D. (1993). *Vozes e ruídos: diálogo com adolescentes*. Lisboa. Caminho.

Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais.* (4ª ed.). Lisboa: Caminho.

Sampaio, D. (2000). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio*. 10ª ed. Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar: Um olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho. Lisboa.

Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, P. (2003). Metodologia de la investigacion. 3ª Edição. Mc. Graw-Hill. México: Interamericana.

Sanders, P., & Swinden, L. (1995). *Para me conhecer, para te conhecer...: Estratégias de educação sexual para o 1.º e 2.º ciclos do ensino básico.* Lisboa: APF.

Santos, A. C., Ogando, C., & Camacho, H. (2001). *Educação da sexualidade na escola: Da teoria à prática*. Lisboa: Didática Editora.

Santos, M. R., & Carvalho, A. (1999). *Rede de recursos no âmbito da formação em VIH/Sida: Dinâmicas de intervenção social.* Lisboa: APF, Liga Portuguesa Contra a Sida.

Santrock, J. W. (2008). *Adolescence*. 12th ed. Boston. McGraw-Hill Higher Education.

Sarason *et al.* (1990). *Social support: an interactional view.* New York: Awiley.

Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (1985). Social support: the sense of acceptance and the role relationships. In S. Cohen e Syme (Eds). *Social Support and Health*. New York: Academic Press.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. Acesso em Junho, 23, 2010, em http://web.psych.washington.edu/research/sarason/files/SocialSupportQuestionnaire.pdf.

Sarason, I. G., Sarason, B. D. & Pierce, G. R. (1988). Social support, personality and health. In Mae, S., Spilberg, C. D., Defares, P. B., Sarason, I. G. *Topics in Health Psychology.*

Schilder, P. (1999). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.

Scholte, R. H. J., Van Lieshout, C. F. M., & Van Aken, M. A. G. (2001). Perceived relational support in adolescence: Dimensions, configurations, and adolescent adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, *11* (1), 71-94.

Schor, N., Corbett, C. E. P., Peres, F., Pontilho, P., Tanaka, L. F. França, M. N., et al. (2007). Adolescência, vida sexual e planejamento reprodutivo de escolares de serra pelada, Pará. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 17(2), 45-53. Acesso em Junho, 23, 2010, em http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rbcdh/v17n2/06.pdf.

Scriven, A., & Stiddard, L. (2003). Empowering schools: Translating health promotion principles into practice. *Health Education,* 103(2), 110-118.

Serrão, C. (2001). Reflexão em torno de uma experiência. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 31, 11-14. Acesso em Janeiro, 9, 2010, em URL:http:/www.apf.pt/revista_31.pdf.

Sieverding, J., Boyer, C., Siller, J., & Gallaread, (2005). Youth united through health education: Building capacity through a community collaborative intervention to prevent HIV/STD in adolescents residing in a high STD prevalent neighborhood. *AIDS Education and Prevention, 17*(4), 375-386.

Silva, A. M. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes: perspectiva de prevenção em saúde mental na adolescência*. Lisboa: Climepsi.

Silva, L. (2002). *Promoção da saúde.* Lisboa: Universidade Aberta.

Siqueira, A., C., Betts, M. K., & Dell'Aglio, D. (2006). A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no Sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 40(2), 149-158.

Sousa, A. P. (2003). *Educação sexual como factor promotor do desenvolvimento psicossexual dos jovens*. Braga: Dissertação de Mestrado do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Sousa, B. L., & Ferreira, S. J. (2003). Atitudes dos adolescentes face à sexualidade. *Revista Sinais Vitais*, 48, 35-38.

Sousa, H. M. G. & Monsanto, S. I. T. S. (2010). Competências parentais na área da educação sexual dos filhos. Contributos da formação aos pais. *International Journal of developmental and Educational Psychology, 1*(Ano XXII, 1), 535-545.

Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do Adolescente: Uma abordagem desenvolvimentalista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sprinthall, n. A. , & Collins, W. A. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma perspectiva desenvolvimentalista*. 3ª ed. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2008). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. 4ª ed. Lisboa: Gulbenkian.

Steeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (1997). *Anatomia & fisiologia*. Lisboa. Lusodidacta.

Stilwell, I. (1999). Sexo: saiba o que lhes vai na cabeça. *Adolescentes*, 3(11), 61-66.

Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1999). *Psicologia social e saúde.* Lisboa : Instituto Piaget.

Suplicy, M. (1991). *Conversando sobre sexo*. 17ª ed. Petrópolis (RJ): Edição da Autora.

Tamayo, A., Lima, A., Marques, J., & Martins, L. (2001). Prioridades axiológicas e uso do preservativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica,* 14(1), 167-75.

Tavares, M. C. C. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento.* São Paulo. Manole.

Tenreiro, M. J. M. (2003). *Sida: Percepções, Conhecimentos e Atitudes Preventivas: um Contributo para o Estudo das Diferenças de Género e entre Grupos Etários*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

Tiefer, L. *(1999).* The Social Construction and Social Effects of Sex Research: The Sexological Model of Sexuality. In Cheryl B. Brown e Jacquelyn W. White (Eds.). *Sexuality, society, and feminism* (pp.79-107). Washington, DC: American Psychological Association.

Tiefer, L. (2000). *The social construction and social effects of sex research*.

Tones, K. (1995). Editorial. *Health Education Research,* 10(2), I-V.

Trajman, A., *et al.* (2003). Knowledge about STD/AIDS and sexual behavior among high school students in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública,* 19(1), 127-133. Acesso em Junho 24, 2010, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100014&lng=en&nrm=iso.

Trans, E. (2000). *Good lovers*. Ghent: CGSO Trefpunt Belgium.

Travis, C. B. & White, J. W. (2000). Introduction. In Cheryl B. Brown e Jacquelyn W. White (Eds.). *Sexuality, society, and feminism* (pp. 3-8). Washington, DC: American Psychological Association.

UNAIDS (2002). *Report on the global HIV/AIDS epidemic.* Geneva: UNAIDS.

UNESCO (1998). *Todos os seres humanos: Manual da educação para os Direitos do Homem*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional; Editorial do Ministério da Educação.

Urrea-Giraldo, F., Lily Congolino, M., Dário Herrera, H., Ignacio Reys, J., & Federico Botero, W. (2006). Comportamientos sexuales e incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia. *Cad. Saúde Pública,* 22(1), 209-215. Acesso em Dezembro, 5, 2010, em http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n1/23.pdf.

Vaillant, M. (2000). *O adolescente no quotidiano: princípios úteis para os pais*. Lisboa. Editora Pregaminho.

Valle, A., Røysamb, E., Sundby,J., & Klepp, K. (2009). Parental social position, body image, and other psychosocial determinants and first sexual intercourse among 15- and 16-year olds. *Adolescence, 44*(174), 479-98. Acesso em Julho 5, 2010, em http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=1862972661&SrchMode=2&sid=8&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1279371351&clientId=141092.

Vallejo-Nágera, A. (2003). *Os adolescentes e os pais*. Lisboa: Presença.

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

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

Vaux, A. (1988). *Social support: theory, research and intervention*. New York: Praeger publishers.

Vaz, A. M. B. O. D. M. & Antunes, M. T. C. (2010). Atitudes/comportamentos dos adolescentes face à sua sexualidade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*(Ano XXII, 1), 377- 382.

Vaz, J. M., Vilar, D. , & Cardoso, S. (1996). *Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Universidade Aberta.

Vaz, J. M., Vilar, D., & Cardoso, S. (1996). *Educação Sexual na Escola.* Lisboa: Universidade Aberta.

Vaz Serra, A. (1994). IACLIDE, inventário de Avaliação Clínica da depressão. 1ª Ed. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.

Vega, V. C. (2006). Construcción de un instrumento para la medición de la conducta sexual en adolescentes femeninas: El CCS. *Interdisciplinaria,* 23(1), 47-79. Acessoe em Dezembro, 5, 2009, em http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272006000100004&lng=pt&nrm=iso.

Vidal, E. I. & Ribeiro, P. R. M. (2008). Algumas reflexões sobre relacionamentos afectivos e relações sexuais na adolescência. Fractal: Revista de Psicologia. Jul-Dez. 20 (2), 519-531.

Vilar, D. & Ferreira, P. M. (2009). A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes. *Educação Sexual em Rede*, 5, 2-53.

Vilar, D. (1987). Aprendizagem sexual e educação sexual. In *Sexologia em Portugal* (Vol. II). Lisboa: Texto Editora.

Vilar, D. (1991). As encruzilhadas da educação sexual. *Planeamento Familiar*, 47/48, 3-5.

Vilar, D. (1994). Comunicação pais–filhos adolescentes sobre sexualidade. S*exualidade & Planeamento Familiar*, 1, 14-17.

Vilar, D. (2003). *Falar disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.

Vilar, D. (2005). A educação sexual faz sentido no actual contexto de mudança?. *Educação Sexual em Rede,* 1, 8-14.

Vilar, D. (2005-2006). Educação sexual nas escolas: Um tema polémico. *Educação Sexual em Rede*, 2, 1-2.

Vilar, D. (2008). Novos contextos para a educação sexual. *Educação Sexual em Rede*, 4, 1-2.

Vilar, D. (2008). Um novo contexto para a educação sexual nas escolas. Educação Sexual em Rede, 3, 1-2.

Vilela, J. E. M., Lamounier, J. A., Filho, M. A., Barros Neto, J. R., Horta, G. M. (2004).

Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria, 80*(1), 49-54. Porto Alegre.

Vilelas, J. M. S. (2009). A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente. *Formasau.* Coimbra.

Warren, C., Gleaves, D., Benito, A., Fernandez, M. & Ruiz, S. (2005). Ethnicity as a protective factor against internalization of a thin ideal and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders, 37*(3), 241-249.

Weeks, J. (1989). *Sex, politics and society*. Nova Iorque: Longman.

Weeks, J. (1995). *Sexuality*. Londres, N. Iorque: Routledge.

Weeks, K., Levy, S. R., Chenggang Zhu, Perhats, C., Handler, A., & Flay, B. R. (1995). Impact of a school-based AIDS prevention program on young adolescents`self-efficacy skills. *Health Education Research,* 10(2), 329-344.

Welman (1992). Which types of ties and networks give what kinds of social support? *Advances in Group Processes*, *9*, 207-235.

Wenz-Gross, M., Siperstein, G. N., & Widaman, K.F. (1997). Stress, social support, and adjustment of adolescents in middle school. *Journal of Early Adolescence, 17*(2), 129-151.

Whaley, L. F., & Wong, D. L. (1989). *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção afetiva*. 2ª ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara.

WHO (2004). *Contraception in adolescence*. Geneva: World Health Organization. Acesso em Junho, 4, 2010, em http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591447_eng.pdf.

WHO (2008). *Promoting adolescent sexual and reproductive health through schools in low income countries: an information brief*. Geneva: World Health Organization. Acesso em Junho, 4, 2010, em http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_ADH_09.03_eng.pdf.

Wills, T. A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen, I. Syme (Eds*). Social support and health*. New York, Academic Press.

World Health Organization (2005). *The European health report 2005: Public health action for healthier children and populations*. Denmark: WHO.

World Health Organization (2009). Adolescent health [Em linha]. Recuperado em 3 Março, 2009, de http://www.who.int/topics /adolescenthealth/en/.

World Health Organization (2009). *Adolescent health.* Acesso em Março, 9, 2009, em http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.

Youth Risk Behavior Surveillance (2001). *Sexual behaviours that contribute to unintended pregnancy and STDs, including HIV infection*. Acesso em Dezembro, 10, 2002, em www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5104a1.htm.

Zanna, M. P., & Rempel, J. K. (1988). Attitudes: a new look at an old concept. In D. Bar-Tal &A.W. Kruglanski (Eds.), *The social psychology of knowledge* (pp. 315–334). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Zapiain, J. ; Ibaceta, P. ; Fernández, J. (2000). Programa de educación afectivo-sexual. Manual. Vitoria-Gastiez: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Zapian, J. (2000). *Programa de educación afectivosexual.* Vitoria-Gasteiz: Gobierno Basco.

ANEXOS

Anexo 1

Protocolo de Instrumentos de Colheita de Dados

Este questionário faz parte de um **Projecto de Intervenção Formativa no âmbito da sexualidade responsável em adolescentes.**

Coloca uma cruz na resposta que corresponde efectivamente à tua maneira de pensar e agir, **sem receio de poderes ser identificado(a), pois os questionários são anónimos e as respostas são confidenciais.**

Responde a todas as perguntas, só assim poderemos aceitar o teu questionário para estudo.

Muito obrigada pela tua colaboração.

I PARTE – Caracterização da amostra

1 – Idade_____anos

2 – Sexo

Masculino ☐ Feminino ☐

3 – Zona de residência

Meio rural ☐ Meio urbano ☐

4 – Vives com os teus pais?

Sim ☐ Não ☐ Outros ☐ Quem _____

5 – Dados familiares

Idade do pai ___ Profissão do pai _____

Idade da mãe ___ Profissão da mãe _____

Tens irmãos: Sim ☐ Não ☐

Se sim, quantos irmãos tens? _____

Quais as suas idades_____

6 – Escolaridade dos pais	**Pai**	**Mãe**
Doutoramento ……..	☐	☐
Mestrado……	☐	☐
Licenciatura ……	☐	☐
Bacharel ……	☐	☐
12º Ano ou antigo 7º ano …….	☐	☐
9º Ano ou antigo 5º ano …….	☐	☐
6º Ano ou ciclo preparatório …….	☐	☐
4º Ano ou antiga 4ª classe ……	☐	☐
Inferior à 4ª classe …….	☐	☐

7 – Qual a tua religião?

Católica ☐ Outra ☐ Qual? _____ Nenhuma ☐

8 - Consideras-te praticante?

Muito ☐ Moderadamente ☐ Pouco ☐ Nada ☐

II PARTE – Educação da Sexualidade

1 – Com quem falas normalmente sobre sexualidade (podes assinalar mais do que uma)

Amigo(a) ☐

Namorado(a) ☐

Pai ☐

Mãe ☐

Irmão(a) ☐

Professor ☐

Médico/Enfermeira ☐

Outro ☐ Quem? _____

2 – Que outras fontes utilizas para ter informação sobre sexualidade?

Livros/revistas ☐

Filmes ☐

Internet ☐

Televisão ☐

Experiência própria ☐

Nenhuma ☐

Outra ☐ Qual? _____

3 – Alguma vez tiveste relações sexuais?

Sim ☐ Não ☐

4 – Se sim, que idade tinhas quando iniciaste as relações sexuais? _____

De seguida, encontram-se algumas afirmações relacionadas com afectividade, crenças, atitudes, reprodução, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis, **responde de acordo com a ESCALA que se segue. ATENÇÃO, NÃO DEIXES NENHUMA RESPOSTA EM BRANCO**

Mais uma vez garantimos que **os dados são confidenciais**.

Lembra-te que é muito importante a tua opinião.

ESCALA

CT – Concordo totalmente
CM – Concordo muito
NCND – Não concordo nem discordo
DM – Discordo muito
DT – Discordo totalmente

Atitudes face à sexualidade

		CT	CM	NCND	DM	DT
1	Para mim a relação sexual só faz sentido se existir afecto					
2	Para namorar basta que alguém goste de mim					
3	Os adultos não compreendem os adolescentes nos assuntos sobre sexualidade					
4	Prefiro manter o meu namoro em segredo					
5	A refeição com a minha família é um bom momento para conversar sobre sexualidade					
6	Contrariar o/a meu/minha namorado/a não faz mal					
7	A paixão tira-me a vontade de comer					
8	Acho normal querer estar sempre só					
9	São os meus amigos que mais me ajudam nos assuntos sobre sexualidade					
10	Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem					
11	Quando tenho um desgosto amoroso fico sem sono					
12	Tanto estou triste como estou contente					
13	O elogio é muito importante para mim					
14	A procura da independência faz parte da adolescência					
15	Sinto que a paixão me afecta o sono					
16	O desgosto amoroso só me acontece a mim					
17	A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo					
18	Aceito que se podem ter relações sexuais com alguém que não se ame					
19	Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas					
20	Só faço o que me apetece relativamente à sexualidade					
21	Sou agradável no contacto com os outros					
22	Cabe ao homem o papel de conquistar e à mulher o de se deixar conquistar					
23	Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação					

24	As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis					
25	Só vou ter relações com o meu namorado/a se tiver a certeza que vou casar com ele/a					
26	As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens					
27	Uma rapariga que durante um ano tenha dois ou mais parceiros é promíscua					
28	Um rapaz que durante um ano tenha mais do que duas parceiras é promíscuo					
29	O mais importante da sexualidade é a relação sexual completa					
30	Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes					
31	As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos					
32	Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais					
33	A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens					
34	Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade					
35	A única posição decente para se praticar sexo é a posição tradicional					
36	Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios					
37	As mães são mais tolerantes que os pais no que respeita à sexualidade dos filhos					
38	A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas					
39	Só os rapazes deveriam ter educação sexual					
40	A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente					
41	A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento					
42	As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais					
43	É incorrecto que uma mulher tenha relações sexuais com mais do que um homem antes do casamento					
44	A masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evito praticá-la					
45	Não consulto livros de sexualidade pois só mostram porcarias					
46	As relações sexuais antes do casamento são um pecado					
47	Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas					

Conhecimentos sobre planeamento familiar

		CT	CM	NCND	DM	DT
1	O planeamento familiar evita gestações indesejáveis					
2	O planeamento familiar evita a menstruação					
3	Os métodos contraceptivos evitam as menstruações					
4	A pílula é um método contraceptivo de barreira					
5	O dispositivo intra-uterino é recomendado a adolescentes					
6	É muito difícil engravidar na primeira relação sexual					
7	Há cuidados especiais na colocação do preservativo					
8	A pílula evita uma gravidez não desejada					
9	O preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração					
10	Quando se tem relações sexuais durante a menstruação pode engravidar-se					
11	Uma relação sexual sem penetração pode engravidar					
12	O método do gráfico das temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é aconselhado em adolescentes					
13	O período fértil na mulher ocorre por volta do 15 dia do ciclo menstrual					
14	O preservativo só se deve utilizar se não se conhecer bem o parceiro					
15	A laqueação das trompas não é aconselhada a adolescentes					
16	As relações sexuais devem ser iniciadas quando o/a namorado/a pede					
17	A duração mais frequente do ciclo é de 28 a 30 dias					
18	Se pretendo iniciar a vida sexual devo consultar um profissional de saúde					
19	A pílula do dia seguinte é aconselhada para adolescentes					
20	Deve-se verificar a validade do preservativo					
21	As raparigas só engravidam se tiverem um orgasmo					
22	O uso de contraceptivos é da responsabilidade da rapariga pois é ela que engravida					
23	Os jovens de hoje têm fácil acesso à informação sobre métodos anticonceptivos					
24	O uso do preservativo diminuiria o prazer sexual e por isso nunca o usaria					
25	Se tiver uma relação sexual não protegida devo tomar a pílula do dia seguinte se não quiser engravidar					
26	Não quero ter relações sexuais pois tenho medo que ocorra uma gravidez					
27	Optei por não usar preservativo porque não quero e não gosto					
28	Não uso preservativo porque tenho sempre a(o) mesmo parceira (o)					

Conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis

		CT	CM	NCND	DM	DT
1	Existe uma doença de transmissão sexual chamada sífilis					
2	A pílula impede a transmissão de doenças sexuais					
3	O preservativo impede sempre a transmissão de doenças sexuais					
4	O vírus da SIDA transmite-se pelo sangue					
5	Ter apenas um(a) namorado(a) diminui a possibilidade de ter doenças de transmissão sexual					
6	O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais					
7	Um beijo na boca pode transmitir doenças sexuais					
8	A hepatite também se transmite sexualmente					
9	A saliva transmite o vírus da SIDA					
10	O herpes genital é uma doença de transmissão sexual					
11	As doenças sexualmente transmissíveis podem ser transmitidas de pais para filhos					
12	Existem diferentes doenças que podem ser contraídas por contacto sexual, não existindo tratamento eficaz para algumas					
13	A prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis depende muito de nós					
14	Evitar experiências amorosas ocasionais com desconhecidos é uma atitude sensata para prevenir as doenças					
15	Quando inicio as relações sexuais devo ir ao médico regularmente para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis					
16	Não devo ter relações sexuais ocasionais					
17	Posso ter relações sexuais ocasionais pois a probabilidade de me transmitirem doenças sexuais é rara					
18	Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo					
19	Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula					
20	O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz					
21	Se usar preservativo mesmo que eu tenha a SIDA, posso ter vários parceiros sexuais					
22	O uso de preservativo serve apenas para evitar a gravidez					
23	O método contraceptivo mais eficaz na adolescência é a pílula					
24	Pensar que posso contrair uma doença sexualmente transmissível impede-me de ter relações sexuais					

Conhecimentos sobre reprodução

		CT	CM	NCND	DM	DT
1	Através da placenta ocorrem trocas entre a mãe e o filho					
2	O aparecimento da menstruação ocorre sempre entre os 10 e os 13 anos					
3	A mulher pode engravidar depois da primeira menstruação se tiver relações sexuais					
4	Durante a puberdade afirmam-se os caracteres sexuais secundários					
5	Os testículos são um órgão sexual externo					
6	A menstruação marca o início da idade fértil da mulher					
7	O período fértil da mulher são os 5 dias após a menstruação					
8	É no ovário que se dá a fecundação					
9	A vulva é um órgão feminino externo					
10	Os ovários produzem células femininas chamadas óvulos					
11	O funcionamento dos órgãos sexuais femininos é caracterizado por formações cíclicas, constituindo o ciclo menstrual					
12	Na primeira relação sexual nunca se engravida					
13	Os testículos produzem células masculinas chamadas espermatozóides					
14	O ovário produz hormonas chamadas estrogénio e progesterona					
15	Os testículos produzem testosterona que estimula a produção de espermatozóides					
16	Os espermatozóides têm uma cauda que lhes dá mobilidade					
17	Os espermatozóides produzem-se constantemente					
18	O período de maior fertilidade no ciclo menstrual é nos dias antes e depois da ovulação					
19	A ovulação produz-se nos primeiros dias do ciclo menstrual					
20	Um novo ser forma-se da união de um espermatozóide e de um óvulo					
21	A fecundação ocorre no terço externo da trompa					
22	Antes de aparecer a primeira menstruação é difícil engravidar					

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)
Autor: Pais Ribeiro (1999)

Abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas com o suporte social dos jovens. Por favor, indica em que medida concordas ou discordas mais ou menos com cada uma delas, marcando a quadrícula correspondente, segundo a legenda seguinte.

CT – Concordo totalmente
CMP – Concordo na maior parte
NCND– Não concordo nem discordo
DMP – Discordo na maior parte
DT – Discordo totalmente

	CT	**CMP**	**NCND**	**DMP**	**DT**
Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria					
Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho					
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos					
Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos					
Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho					
Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio					
Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer					
Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer					
Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas					
Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família					
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família					
Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família					
Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria					
Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam					
Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					

ESCALA – EEICA

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
	1	2	3	4	5	6
Com que frequência crês que os teus amigos (as), em geral, têm um corpo mais bonito que o teu?						
Com que frequência pensas que te verias melhor se pudesses usar um nº abaixo de roupa?						
Com que frequência consideras que a cirurgia estética é uma opção para melhorar o teu aspecto físico no futuro?						
Com que frequência te sentes rejeitada(o) e/ou ridicularizado(a) pelos outros devido à Com que frequência tua aparência?						
Com que frequência analisas a composição calórica dos alimentos para controlar os que engordam?						
Com que frequência pensas que a forma do teu corpo é a que agora se considera atractiva?						
Com que frequência a tua imagem corporal te fez ficar triste?						
Com que frequência pesar te provoca ansiedade?						
Com que frequência usas roupas que dissimulam a forma do teu corpo						
Com que frequência pensas que o mais importante para melhorar o teu aspecto seria ganhar peso?						
Com que frequência depois de comer te sentes gordo(a)?						
Com que frequência consideraste a possibilidade de tomar algum tipo de pastilha ou medicamento que te ajude a perder peso?						
Com que frequência temes perder o controle e te converteres num gordo(a)?						
Com que frequência inventas desculpas para evitar comer diante de outras pessoas (família, amigos, etc) e assim controlar o que comes?						

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
	1	2	3	4	5	6
Com que frequência pensas que gostarias de ter mais força de vontade para controlar o que comes?						
Com que frequência sentes rejeitado em relação a alguma parte do teu corpo que tu não gostas (nádegas, coxas, ventre, etc?)						
Com que frequência deixas de fazer coisas porque te sentes gordo(a)?						
Com que frequência pensas que os homens / mulheres da tua idade parecem estar mais gordos(as) que tu?						
Com que frequência acreditas que se o teu aspecto físico não melhora, terás problemas de relacionamento no futuro?						
Com que frequência te sentes muito bem ao provar roupa antes de a comprares (especialmente calças)?						
Com que frequência te pesas em casa?						
Com que frequência pensas que a roupa de hoje em dia não está feita para pessoas com um corpo como o teu?						
Com que frequência sentes inveja do corpo de modelos ou artistas famosos?						
Com que frequência evitas que te fotografem o corpo todo?						
Com que frequência pensas que os outros vêm o teu corpo de uma forma diferente de como tu o vês?						
Com que frequência te sentes magra?						
Com que frequência te sentes satisfeita com o teu aspecto físico?						
Com que frequência te sentiste inferior aos outros devido ao teu físico?						
Com que frequência quando vês o teu corpo todo ao espelho, não gostas do que vês?						
Com que frequência sentes que gostarias de estar mais gordo (a)?						
PONTUAÇÃO TOTAL						

Anexo 2

Autorização das Instituições para proceder à formação e colheita de dados

Exmo. Senhor,
Presidente do Conselho Executivo da Escola
Básica 2° e 3° ciclos Azeredo Perdigão
Abraveses
3500 Viseu

/circular n°1 **03/02/06**
74

PROJECTO – EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA

A Escola Superior de Saúde de Viseu através da sua Unidade de Investigação pretende realizar um estudo de investigação-acção sobre a temática: **"A educação para a sexualidade responsável em adolescentes: implementação de um programa de intervenção"** sob a orientação dos professores: João Duarte, Manuela Ferreira, Emília Coutinho e Paula Nelas. O objectivo do estudo é tornar acessível e de forma rápida e eficaz fontes e recursos de informação na área da saúde sexual aos adolescentes e analisar as mudanças de atitude perante a sexualidade em função da intervenção formativa.

Trata-se de um estudo que aplicará um questionário para recolha de dados em dois momentos, um antes e outro após a implementação do programa de intervenção.

Pretendemos intervir junto dos alunos do 9° ano de escolaridade, que serão previamente informados dos objectivos do estudo, e a quem será pedido consentimento, sendo garantida a confidencialidade da informação recolhida.

Os temas que pretendemos abordar na intervenção educativa são:

- O desenvolvimento do adolescente: abordagem de comportamentos saudáveis;
- Alterações sócio-culturais e afectivas na adolescência;
- Os jovens e a sexualidade
- Reprodução das doenças sexualmente transmissíveis;
- Planeamento familiar e contracepção.

Solicitamos a V. Ex.ª se digne considerar a Escola Superior de Saúde de Viseu como parceira no desenvolvimento deste projecto que se pretende enquadrado numa perspectiva da educação para a promoção da saúde. Pensamos que poderá ser incluído numa das três áreas disciplinares não curriculares já existentes nomeadamente: área de projecto; formação cívica ou estudo acompanhado.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Directivo

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

S. R

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

a D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exma. Senhora
Presidente do Conselho Executivo da Escola
Secundária Vale de Cambra
Dr.ª Catarina Paiva

3730 Vale de Cambra

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA			
Ofício nº:	Data:	Ofício nº:	**956**	Data:	**20/10/2008**
Processo:		Processo:	**70**		

Assunto: PROJECTO – EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA

A Escola Superior de Saúde de Viseu através da sua Unidade de Investigação pretende realizar um estudo de investigação-acção sobre a temática: **"A educação para a sexualidade responsável em adolescentes: implementação de um programa de intervenção"** sob a orientação da professora Paula Nelas. O objectivo do estudo é tornar acessível e de forma rápida e eficaz fontes e recursos de informação na área da saúde sexual aos adolescentes e analisar as mudanças de atitude perante a sexualidade em função da intervenção formativa.

Trata-se de um estudo que aplicará um questionário para recolha de dados em dois momentos, um antes e outro após a implementação do programa de intervenção.

Pretendemos intervir junto dos alunos do 9º ano de escolaridade, que serão previamente informados dos objectivos do estudo, e a quem será pedido consentimento, sendo garantida a confidencialidade da informação recolhida.

Os temas que pretendemos abordar na intervenção educativa são:

- Alterações sócio-culturais e afectivas na adolescência;
- Os jovens e a sexualidade
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Planeamento familiar e contracepção.

Solicitamos a V. Ex.ª se digne considerar a Escola Superior de Saúde de Viseu como parceira no desenvolvimento deste projecto que se pretende enquadrado numa perspectiva da educação para a promoção da saúde. Pensamos que poderá ser incluído numa das três áreas disciplinares não curriculares já existentes nomeadamente: área de projecto; formação cívica ou estudo acompanhado.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Directivo

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

Exmo. Senhor,
Presidente do Conselho Executivo da Escola
Básica 2° e 3° ciclos do Viso
Rio de Loba
3500 Viseu

/circular n°1 **03/02/06**
74

PROJECTO – EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA

A Escola Superior de Saúde de Viseu através da sua Unidade de Investigação pretende realizar um estudo de investigação-acção sobre a temática: **"A educação para a sexualidade responsável em adolescentes: implementação de um programa de intervenção"** sob a orientação dos professores: João Duarte, Manuela Ferreira, Emília Coutinho e Paula Nelas. O objectivo do estudo é tornar acessível e de forma rápida e eficaz fontes e recursos de informação na área da saúde sexual aos adolescentes e analisar as mudanças de atitude perante a sexualidade em função da intervenção formativa.

Trata-se de um estudo que aplicará um questionário para recolha de dados em dois momentos, um antes e outro após a implementação do programa de intervenção.

Pretendemos intervir junto dos alunos do 9° ano de escolaridade, que serão previamente informados dos objectivos do estudo, e a quem será pedido consentimento, sendo garantida a confidencialidade da informação recolhida.

Os temas que pretendemos abordar na intervenção educativa são:

- O desenvolvimento do adolescente: abordagem de comportamentos saudáveis;
- Alterações sócio-culturais e afectivas na adolescência;
- Os jovens e a sexualidade
- Reprodução das doenças sexualmente transmissíveis;
- Planeamento familiar e contracepção.

Solicitamos a V. Ex.ª se digne considerar a Escola Superior de Saúde de Viseu como parceira no desenvolvimento deste projecto que se pretende enquadrado numa perspectiva da educação para a promoção da saúde. Pensamos que poderá ser incluído numa das três áreas disciplinares não curriculares já existentes nomeadamente: área de projecto; formação cívica ou estudo acompanhado.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Directivo

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

Exmo. Senhor,
Presidente do Conselho Executivo da Escola Secundária com 3° ciclo do ensino básico de Viriato
Estrada Velha de Abraveses
3500 Viseu

/circular nº1 03/02/06
74

PROJECTO – EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA

A Escola Superior de Saúde de Viseu através da sua Unidade de Investigação pretende realizar um estudo de investigação-acção sobre a temática: **"A educação para a sexualidade responsável em adolescentes: implementação de um programa de intervenção"** sob a orientação dos professores: João Duarte, Manuela Ferreira, Emília Coutinho e Paula Nelas. O objectivo do estudo é tornar acessível e de forma rápida e eficaz fontes e recursos de informação na área da saúde sexual aos adolescentes e analisar as mudanças de atitude perante a sexualidade em função da intervenção formativa.

Trata-se de um estudo que aplicará um questionário para recolha de dados em dois momentos, um antes e outro após a implementação do programa de intervenção.

Pretendemos intervir junto dos alunos do 9° ano de escolaridade, que serão previamente informados dos objectivos do estudo, e a quem será pedido consentimento, sendo garantida a confidencialidade da informação recolhida.

Os temas que pretendemos abordar na intervenção educativa são:

- O desenvolvimento do adolescente: abordagem de comportamentos saudáveis;
- Alterações sócio-culturais e afectivas na adolescência;
- Os jovens e a sexualidade
- Reprodução das doenças sexualmente transmissíveis;
- Planeamento familiar e contracepção.

Solicitamos a V. Ex.ª se digne considerar a Escola Superior de Saúde de Viseu como parceira no desenvolvimento deste projecto que se pretende enquadrado numa perspectiva da educação para a promoção da saúde. Pensamos que poderá ser incluído numa das três áreas disciplinares não curriculares já existentes nomeadamente: área de projecto; formação cívica ou estudo acompanhado.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Directivo

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

S. R.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho Executivo da Escola EB 2,3
Daíras
Dr. Nelson da Silva Martins

3730 Vale de Cambra

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA			
Ofício nº:	Data:	Ofício nº:	**955**	Data:	**20/10/2008**
Processo:		Processo:	**70**		

Assunto: PROJECTO – EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA

A Escola Superior de Saúde de Viseu através da sua Unidade de Investigação pretende realizar um estudo de investigação-acção sobre a temática: **"A educação para a sexualidade responsável em adolescentes: implementação de um programa de intervenção"** sob a orientação da professora Paula Nelas. O objectivo do estudo é tornar acessível e de forma rápida e eficaz fontes e recursos de informação na área da saúde sexual aos adolescentes e analisar as mudanças de atitude perante a sexualidade em função da intervenção formativa.

Trata-se de um estudo que aplicará um questionário para recolha de dados em dois momentos, um antes e outro após a implementação do programa de intervenção.

Pretendemos intervir junto dos alunos do 9º ano de escolaridade, que serão previamente informados dos objectivos do estudo, e a quem será pedido consentimento, sendo garantida a confidencialidade da informação recolhida.

Os temas que pretendemos abordar na intervenção educativa são:

- Alterações sócio-culturais e afectivas na adolescência;
- Os jovens e a sexualidade
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Planeamento familiar e contracepção.

Solicitamos a V. Ex.ª se digne considerar a Escola Superior de Saúde de Viseu como parceira no desenvolvimento deste projecto que se pretende enquadrado numa perspectiva da educação para a promoção da saúde. Pensamos que poderá ser incluído numa das três áreas disciplinares não curriculares já existentes nomeadamente: área de projecto; formação cívica ou estudo acompanhado.

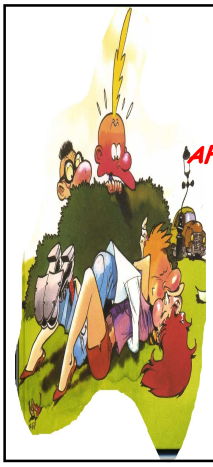
Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Directivo

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

Anexo 3

Modelo da Intervenção Formativa



AFECTIVIDADE/SEXUALIDADE

PLANEAMENTO FAMILIAR

ISTs

O QUE É PARA TI...

A ADOLESCÊNCIA?

A PUBERDADE?

O AMOR?

A SEXUALIDADE?

O NAMORO?

A PAIXÃO?

O SEXO?

A AMIZADE?

E OS AFECTOS?

Afectividade

É condicionada por...

Os Pais

Os Pares

A Escola

A SOCIEDADE

ESSV

Amor /Paixão

O Amor não se encomenda : "por favor queria um amor para levar, lindo de morrer, simpático e com muito bom-humor.."

É preciso aprender, esperar, dar, receber, partilhar, construir, apreciar e novamente esperar. Às vezes parece que nunca mais chega.....

Quando chega, o amor é fantasia, ansiedade, palpitações, nó no estômago, a reconciliação com a vida.

Aquela é a pessoa!! ***Já não é novidade a Joana namora com o Pedro....***

Amor /Paixão

Os amigos ficam lá atrás.

Vais para casa impaciente à espera do dia seguinte.

A voz dos teus pais está longe , flutuas...

Já não têm vergonha de dar as mãos em público. Trocar carícias, beijos e abraços. Sozinhos descobrem o corpo um do outro. Descobrem o prazer do toque, das carícias, das bocas e dos beijos. São cúmplices, completam-se, conhecem-se melhor do que ninguém.

Esta é uma etapa repleta de surpresas, de experiências fascinantes. Cada momento deve ser vivido em pleno. Cada minuto saboreado até ao último segundo. Sem pressas, sem ansiedades, sem correrias e sem pressões...

O NAMORO

É vivido intensamente

Importante para desenvolver o afecto, porque:

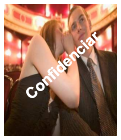
- **Reforça a identidade sexual**
- **Cultiva a autoconfiança**
- **Proporciona um diálogo sincero, intimo**
- **Proporciona bem estar**

É de duração limitada e raramente leva ao casamento.

Conhecer

Sentir

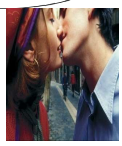
Alegria



Namorar é:

Partilhar

Ajudar

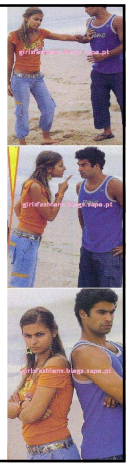


Beijar

E muito mais…

A ruptura de namoro leva:

- **sofrimento profundo**
- **sensação de perda**
- **sentimentos de inferioridade e abandono**
- **culpa e medo de novos desgostos**



Amor de Pais

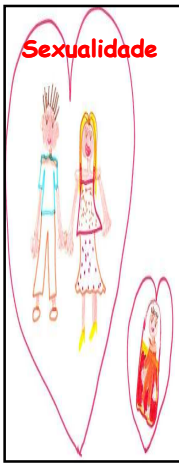
E os Pais?

Aqueles "cotas" chatos… NÃO!

Eles, os pais, estão sempre lá, prontos para nos ajudar, defender e proteger!

Por vezes é necessário dizerem **NÃO** para evitar que corras riscos desnecessários!

Sexualidade



É uma força viva no indivíduo, um meio de expressão dos afectos, uma maneira de cada pessoa se descobrir e descobrir os outros.

A sexualidade existe desde o nascimento e prolonga-se até ao fim da vida do ser humano.

É uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e sensualidade. Integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados.

É ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual.

Influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e por isso influencia também a nossa saúde física e mental."

Organização Mundial de Saúde

SEXUALIDADE

Uma relação amorosa não é uma passagem para a relação sexual.

É uma descoberta a dois, do corpo, do desejo, da excitação sexual, do carinho, da ternura, dos afectos.

Também neste campo necessitas de liberdade para pensar, ouvir e decidir. **É necessário dizeres sim e dizeres não.** Não te deves sentir pressionado para um namoro que não desejas ou para uma relação sexual para a qual não estás preparado. Procura escutar o que dizem os teus sentimentos e desejos .

Quem ama respeita e apoia, não pressiona!

Não te sintas diferente porque as tuas amigas/os já iniciaram a sua vida sexual e tu não. **A tua primeira vez pode ser muito melhor do que a deles...**

SEXUALIDADE

A idade certa és tu que decides, com responsabilidade. Para ti a idade certa pode ser uma, para o teu amigo outra. Tudo depende dos teus sentimentos, do teu desejo, da tua segurança, do teu sentido de responsabilidade, da tua maturidade física e afectiva.

Não tenhas pressas. Não vivas tudo de uma vez. Saboreia a vida...

Decides dizer que sim!...

Queremos que tudo corra bem, que aquele seja um momento perfeito, com aquela pessoa especial, que escolhemos para ser a primeira. **A primeira relação sexual é um momento especial, como tal precisa do seu próprio tempo e espaço. Sem pressas, sem receios. Com tempo, confiança, descontracção, amor e desejo.**

Na primeira vez é necessário…

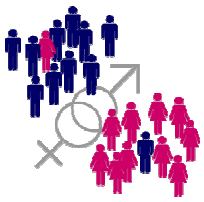
- Aprender a falar sobre aquilo que gostam e não gostam
- Levar o tempo necessário para encontrar a intimidade.
- Descobrir em conjunto o que dá prazer
- É normal ter medo e estar tenso e ansioso
- Utilizar sempre preservativo, verificando a sua validade e integridade
- Pensar na contracepção desde a primeira vez
- Proteger contra as ISTs

A primeira vez…

PERDER A VIRGINDADE

Rapazes

Forma de reconhecimento Social e sexual



Raparigas

Garantia de Compromisso com Companheiro

E.S.S.V

Na adolescência não é bom...

- Ter sexo para parecer adulto
- Fazer sexo porque os amigos dizem que já o fizeram
- Porque o namorado(a) quer uma prova de amor
- Porque é moda durante o namoro

As relações são um projecto de contínuo crescimento… tal como o amor, que precisa de entrega, esforço, respeito, empatia e exigência.

Uma relação exclusivamente sexual, sem amor, só com atracção mútua, fica muito aquém do que se pode ter.

MITOS SOBRE AS RELAÇÕES SEXUAIS

Mito 1– Ter relações sexuais torna-me adulto

Fantasiar uma entrada rápida e fácil na vida adulta…É um risco…

Deves investir no teu desenvolvimento pessoal para seres livre e adulto(a):
•Trabalho escolar
•Compromissos afectivos estáveis

Mito 2 – Sexo significa amor

As carências afectivas colocam as pessoas numa situação de fragilidade

Mito 3 – Não, significa sim

•Falta de informação

•Não ter boas competências inter - relacionais

•Falta de respeito pela pessoa

Mito 4 – Não vou ficar grávida

•Falta de informação

•Mecanismos de negação do que faz medo

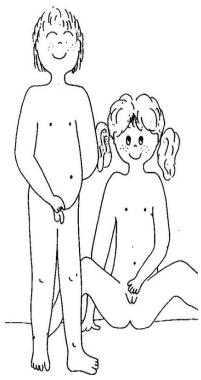
•Agir sem pensar

Mito 5 – Os preservativos impedem o prazer

•A abstinência é o melhor método anticonceptivo e o mais eficaz na prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis

Masturbação

1. Acto exploratório dos órgãos sexuais em busca do prazer.
2. Trata-se de uma forma de satisfação dos desejos, sem riscos para o indivíduo e que promove o auto-conhecimento e o prazer, ajudando a conhecer melhor o corpo e os sentimentos associados

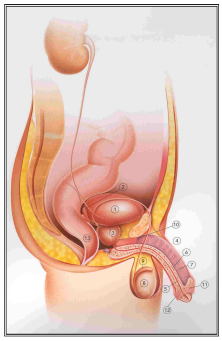


Planeamento Familiar

Planeamento Familiar

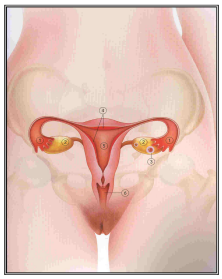
- Falar sobre os sistemas reprodutores feminino e masculino
- Falar das questões e preocupações relacionadas com o ciclo menstrual
- Falar das relações sexuais
- Falar da contracepção
- Falar das infecções sexualmente transmissíveis e gravidez

1. Bexiga
2. Vesícula Seminal
3. Próstata
4. Pénis
5. Uretra
6. Corpo Esponjoso
7. Corpos cavernosos

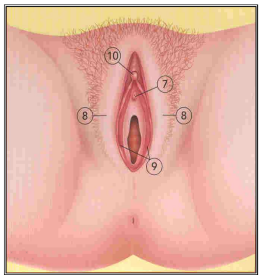


8. Testículo
9. Epidídimo
10. Canal deferente
11. Glande
12. Prepúcio
13. Recto

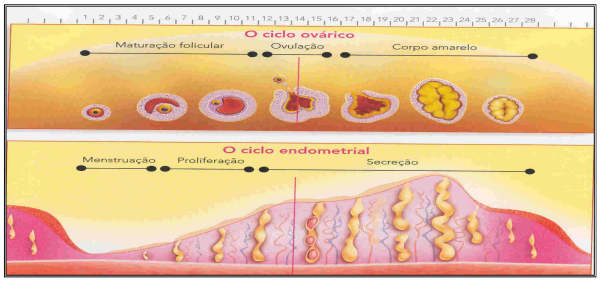
1. Trompa de Falópio
2. Ovário
3. Folículo
4. Endométrio
5. Útero
6. Vagina



7. Meato urinário
8. Grandes lábios
9. Pequenos lábios
10. Clitóris



Ciclo menstrual



Ciclo menstrual

O ciclo menstrual dura em média 28 dias. Depende de mulher para mulher.

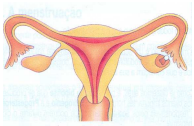
Num ciclo de 28 dias o dia da ovulação ocorrerá ao 14 dia. O período fértil compreende os três dias que antecedem a ovulação – pela sobrevida do espermatozóide – e os quatro dias seguintes à ovulação – pela sobrevida do óvulo.

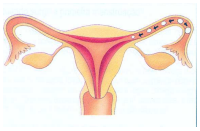
Neste período há o risco de ocorrer uma gravidez!

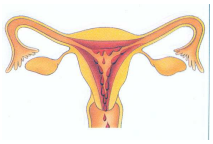
Será necessária a utilização de métodos contraceptivos, para vivenciar uma relação sexual de forma segura e responsável.

ESSV

Menstruação







Métodos Contraceptivos

Hormonais
- Pílula
- Contracepção de Emergência
- Injectável
- Adesivo
- Anel vaginal
- Implante
- Dispositivo Intra-Uterino (DIU)

Local e Barreira
- Preservativo masculino
- Preservativo feminino
- Diafragma
- Espermicidas

Naturais
- Temperatura
- Calendário
- Muco Cervical
- Coito Interrompido
- Duches pós relações sexuais

Cirúrgicos
- Vasectomia
- Laqueação de trompas

Pílula

Pílula - Mecanismo de Acção

- Inibição da ovulação
- Atrofia endometrial
- Espessamento do muco cervical

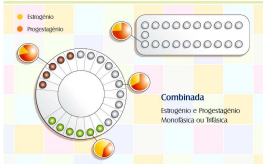
Pílula

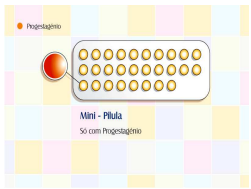
Contracepção hormonal oral - pílula

Componentes

Estrogénio
Progestagénio

Pílula





Pílula

Como tomar:

1.º dia da menstruação

Toma diária durante 21 dias.

7 dias de pausa

Período menstrual

Recomeçar nova embalagem no 8º dia.

Pílula

Esquecimento

Tomar assim que possível

Não ultrapassar 12 horas

Se ultrapassar 12 horas, não tomar o comprimido esquecido.

Continuar a tomar a pílula normalmente

Utilizar durante os próximos 7 dias outro método associado (preservativo ou espermicida).

Contracepção Hormonal Injectável

Injecção intramuscular de hormonas até ao 7.º dia.

Repetir de 12 em 12 semanas.

Não aconselhada a adolescentes

ESSV

Adesivo contraceptivo

Selo autocolante muito fino

Fácil de aplicar sobre a pele

Aderente

Confortável

Discreto

Só precisa de ser colocado uma vez por semana

Anel Vaginal

É um anel plástico flexível, transparente, que contém hormonas.

Colocar no 5º dia da menstruação.

Deve permanecer no local 21 dias.

Para retirar o anel insira o dedo na vagina e puxe-o.

Pausa de 7 dias – menstruação.

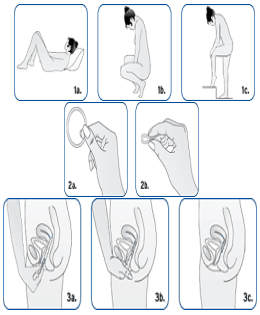
Não aconselhada a adolescentes.

Anel Vaginal

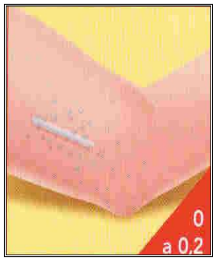
Pode ser colocado deitada, de cócoras ou em pé.

Retira-se da embalagem e flexiona-se o anel.

Introduzir na vagina, empurrando-o com o dedo até deixar de o sentir.



Implante Hormonal



Requer técnica cirúrgica

Aplicação entre o 1.º e 3.º dia da menstruação

Pessoal qualificado

Eficácia durante 3 anos

Dispositivo Intra-Uterino

Métodos Naturais – Não aconselhados a Adolescentes

Calendário

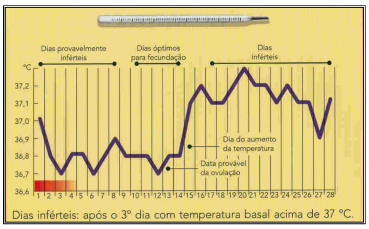
Ciclo regular / Conhecimento dos corpo / Período fértil

Temperatura

Avaliação diária da temperatura corporal.

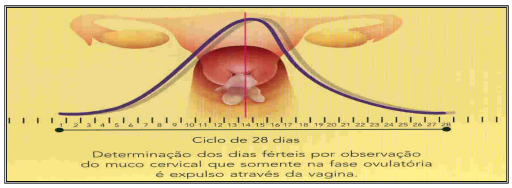
Elevação da temperatura 2 a 3 dias após ovulação.

Necessária uma avaliação durante vários meses para uma utilização correcta e eficaz.



Métodos Naturais – Não aconselhados a Adolescentes

Muco cervical



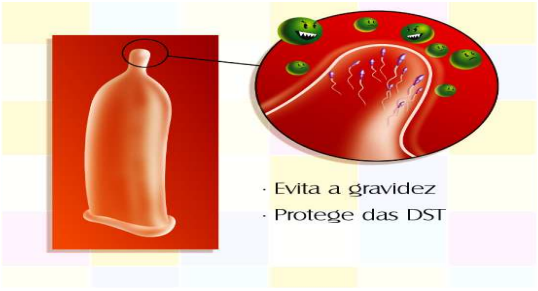
Coito Interrompido

Duches pós relações sexuais

GRANDE INEFICÁCIA

Métodos Barreira

Métodos Barreira - Preservativo masculino



- Evita a gravidez
- Protege das DST

ESSV

Métodos Barreira - Preservativo masculino

» Verificar o prazo de validade

» Colocá-lo com o pénis em erecção, antes de qualquer contacto sexual

Métodos Barreira - Preservativo masculino

» Segurar pela extremidade para não entrar ar

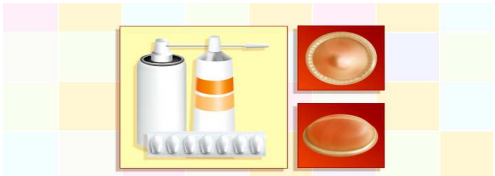
» Retirar logo após a relação sexual, segurando-o pela base. Fazer um nó antes de o colocar ao lixo.

Importante:

» Só deve ser usado uma vez

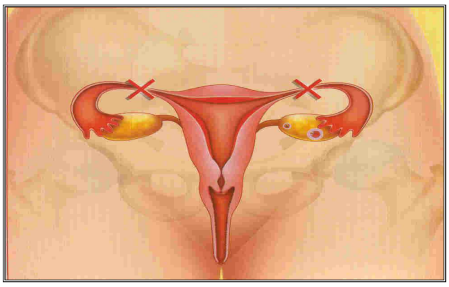
» Produtos como: vaselina, pomadas, óleos ou cremes podem danificá-lo

Métodos Locais - Espermicidas

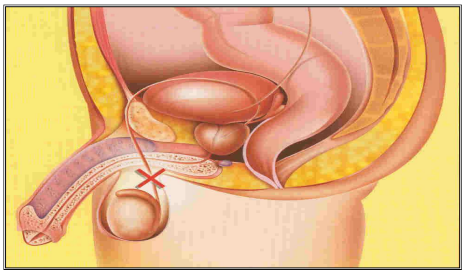


- São produtos químicos que destroem os espermatozóides
- Para aumentar a eficácia do preservativo e do diafragma

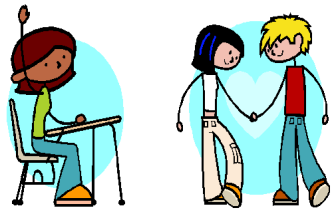
Métodos Cirúrgicos – Laqueação de Trompas



Métodos Cirúrgicos – Vasectomia



DST: conhecer para se proteger



Infecções Sexualmente Transmissíveis

São doenças infecciosas e contagiosas causadas por microrganismos, cuja forma predominante de transmissão é através das relações sexuais.

Manifestam-se nos órgãos sexuais.

Infecções Sexualmente Transmissíveis

Candidíase

SIDA

Herpes genital

Gonorreia

Vulvovaginites

Verrugas genitais

Hepatite B

Tricomoníase

Pediculose púbica

Sífilis

...

Infecções Sexualmente Transmissíveis

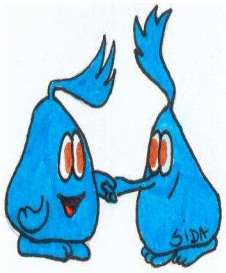
Passam de um parceiro para o outro, através dos fluidos corporais como:

- sangue
- esperma
- secreções vaginais
- urina

Bactérias
Fungos
Protozoários
Vírus

Quem pode ser infectado?

- Qualquer pessoa que tiver relações sexuais sem protecção.
- Não são restritas a grupos específicos.
- Os recém nascidos de grávidas infectadas, na gravidez ou no parto.



Possíveis manifestações das Infecções Sexualmente Transmissíveis

- Comichão nos órgãos sexuais
- Corrimento vaginal na mulher ou uretral no homem
- Ardor ao urinar ou nas relações sexuais
- Borbulhas, inchaço ou ferida nos órgãos sexuais

SIDA

- É uma doença que afecta o sistema imunológico, impedindo o organismo de dar resposta e combater doenças ou infecções oportunistas
- É causada por um vírus chamado vírus da imunodeficiência humana (HIV I e HIV II)
- Actualmente é a 6ª causa de morte entre os jovens na América e Europa

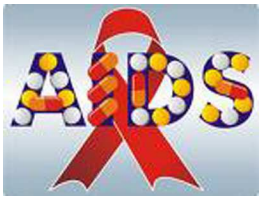
SIDA

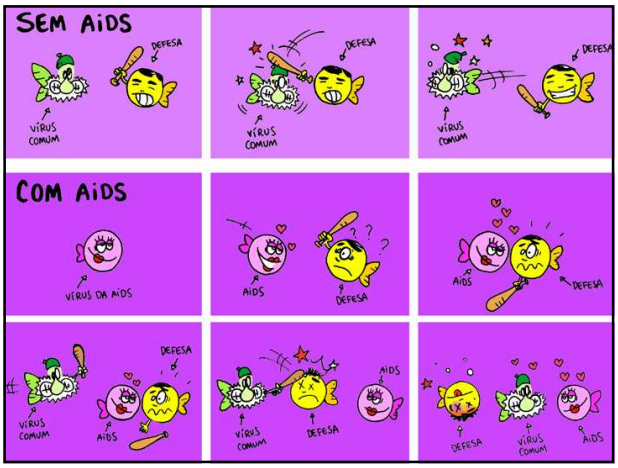
- O primeiro caso em Portugal apareceu em 1983 e actualmente conhecem-se cerca de 28 000 casos
- É uma doença para a qual ainda não existe cura, sendo fatal a mais ou menos longo prazo

SIDA

O vírus HIV, só sobrevive nos líquidos orgânicos:

- Esperma
- Secreções vaginais
- Leite Materno
- Sangue





Transmite-se:

PARTILHA DE SERINGAS

RELAÇÕES SEXUAIS COM PORTADORES

TRANSMISSÃO AO FETO PELA MÃE

RELAÇÕES HOMOSEXUAIS COM PORTADORES

PARTILHAS DE ESCOVAS DE DENTES CONTAMINADAS

TATUAGENS COM AGULHAS NÃO ESTERILIZADAS

PARTILHA DE OBJECTOS PESSOAIS CORTANTES (LÂMINAS, TESOURAS ETC.)

Não se transmite:

PICADAS DE INSECTOS

TOMAR BANHO COM PORTADORES

BRINCAR COM PORTADORES

CONTACTOS SOCIAIS E PROFISSIONAIS

UTILIZAR OS MESMOS LAVABOS

BEIJAR E ABRAÇAR

RELAÇÕES SEXUAIS COM PRESERVATIVO

PARTILHAR ROUPA

UTILIZAR OS MESMOS COPOS OU TALHERES

NÃO MUDES OS TEUS HÁBITOS POR CAUSA DA SIDA

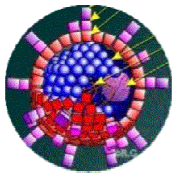
Hepatite B

Infecção das células hepáticas pelo HBV (Hepatitis B Virus)

Transmitida por líquidos corporais como sangue, esperma, secreções vaginais, menos comum, saliva. Transmissão directa mãe filho durante a gravidez e parto

SINTOMAS:

- **Falta de apetite**
- **Náuseas**
- **Cansaço**
- **Dores articulares**
- **Febre**
- **Vómitos**
- **Diarreia**
- **Icterícia (pele e mucosas amarelas)**



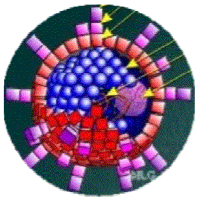
Hepatite B

PREVENÇÃO:

- **Vacina**
- **Preservativo**
- **Cuidado com a manipulação do sangue**

CONSEQUÊNCIAS:

- **Hepatite Crónica**
- **Cirrose hepática**
- **Cancro do fígado**
- **Coma hepático**
- **Morte**



Vulvovaginite

- **AGENTE:** *Clamydia trachomatis* (bactéria)
- **TRANSMISSÃO:** Contacto sexual, roupa interior, toalhas.
- **SINTOMAS:** Corrimento acinzentado, espumoso, com cheiro a peixe, dor ao urinar.

Lesão localizada no pênis

Vulvovaginite

Candidíase

- **AGENTE:** *Candida albicans* (fungo)
- **SINTOMAS:** Picadas ao urinar, comichão, fluxo vaginal muito abundante esbranquiçado e leitoso.
- **TRANSMISSÃO:** Contacto sexual, roupa interior, toalhas, roupa húmida

Tricomoníase

- **Infecção do trato geniturinário, causada pelo protozoário "Tricomonas Vaginalis"**

Tricomoníase

Na Mulher, manifesta-se por:

- **Comichão vaginal intensa**
- **Corrimento purulento**
- **Edema da mucosa vaginal**
- **Ardor ao urinar**
- **Dor durante a relação sexual**

Tricomoníase

No Homem, manifesta-se por:

- Por vezes sem queixas, mas poderá causar infecções graves na uretra
- Pode aparecer, uma só gota no meato uretral antes da primeira micção da manhã

PREVENÇÃO:

- Uso do preservativo

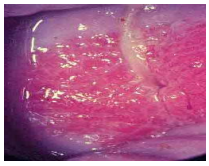
Gonorreia

Infecção do trato geniturinário, causada pela bactéria "Neisseria Gonorrhoeae"

Gonorreia

Na Mulher, manifesta-se por:

- Corrimento vaginal escasso e leitoso
- Ardor ao urinar
- Aumento da frequência Urinária
- Febre
- Dor no abdómen ou queixas durante as relações sexuais



Gonorreia

No Homem, manifesta-se por:

- Processo inflamatório da uretra
- Corrimento uretral
- Ardor ao urinar

PREVENÇÃO

Uso do preservativo e boa higiene

Herpes Genital Simples

Doença causada pelo vírus Herpes Simples (HSV 2).

Manifesta-se por vesículas ou pápulas. Podem ser acompanhadas de febre, dor de cabeça e mal estar.

Herpes Genital Simples

PREVENÇÃO

Uso do preservativo.

Verrugas Genitais

Doença causada pelo vírus (HPV).

Se não forem tratadas, crescem e adquirem aspecto semelhante ao da "Couve-Flor"

Verrugas Genitais

- Habitualmente não dão queixas e as pessoas não sabem que estão infectadas.
- Quando aparecem queixas, encontramos verrugas isoladas ou múltiplas nos órgãos genitais (vulva, vagina, colo do útero, pénis e testículos) ou na região ao redor do ânus; corrimento, comichão na região genital ou dor local, que se agrava durante as relações sexuais.

Verrugas Genitais

PREVENÇÃO

O Uso de preservativo.

Pedículose púbica

- **AGENTE:** *Phtirius pubis* (artrópode)
- **SINTOMAS:** Lesões na pele, picadelas na zona púbica.
- ***TRANSMISSÃO:*** Falta de higiene, lençóis, toalhas, contacto sexual.

Sífilis

É uma doença infecciosa, provocada por uma bactéria

"*Treponema Pallidum*"

Sífilis

A sífilis tem quatro períodos: primária, secundária, latente e tardia.

Sífilis primária –Ferida nos genitais, podendo também aparecer nos lábios, língua, garganta, mamilo, …Cerca de quatro a seis semanas depois de aparecer a ferida esta cura mesmo sem tratamento.

Sífilis secundária –Dores de cabeça e garganta, febre baixa, manchas cor de rosa na pele, queda do cabelo e sobrancelhas.

Sífilis latente –Fase que dura vários anos sem queixas.

Sífilis tardia –Aparece vários anos depois da primeira infecção, se não houver tratamento. Doença na pele, nos ossos, no coração e paralisias.

FORMAS DE CONTÁGIO

- Quase exclusivamente por contacto sexual.
- Um simples beijo em qualquer zona que tenha uma pequena ferida, é arriscado.
- Não há contágio através dos sanitários, toalhas e outros objectos.

Sífilis

PREVENÇÃO

- **Diminuir o número de parceiros sexuais**
- **Higiene antes e após a relação sexual**
- **O uso do preservativo oferece alguma protecção**

Para Tua Segurança

PUXA PELA CABEÇA

EXIGE SEXO SEGURO

TU ESCOLHESTE O AMOR?
USE O PRESERVATIVO
EVITA O SIDA
E
AS INFECÇÕES QUE SE APANHAM
ATRAVÉS DAS RELAÇÕES SEXUAIS
COOPERAÇÃO FRANCESA
AIISEI CNES