UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

Maria Filomena Grelo Sousa

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Porto / 2000

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

Maria Filomena Grelo Sousa

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

COMPORTAMENTOS, CONHECIMENTOS E OPINIÕES / ATITUDES DE ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem

Orientadora- Professora Doutora Zaida Azeredo

Porto / 2000

AGRADECIMENTOS

Á Sra Professora Doutora Zaida Azeredo orientadora desta dissertação, pelo estímulo, disponibilidade e apoio científico. O encorajamento o esclarecimento indispensável nos momentos mais dificeis e de dúvida, a sugestão e a crítica oportuna nela a encontrei, premitindo-nos ganhar coragem e abrir caminhos.

À Dra. Eduarda pela sua preciosa colaboração.

Á Direcção da Escola Superior de Enfermagem de Bragança pelo apoio institucional e material dado para a concretização desta dissertação.

Ás Direcções e Comissões de pais das Escolas Secundárias da cidade de Bragança, bem como aos professores, pela colaboração e empenho pessoal demonstrado na fase de colheita de dados.

Ao professor Jorge Novo pela disponibilidade e empenho demonstrado na fase da validação do questionário e colheita de dados.

A todos os adolescentes que integraram a amostra deste estudo, sem os quais não seria possível a concretização desta investigação.

Esta dissertação não seria realizada sem os valiosos contributos de inúmeras pessoas. A estas, cabe uma parte significativa da concepção deste estudo, pelo que referir aqui as suas contribuições mais não constitui do que um elementar dever de justiça. A todos quero deixar o meu profundo agradecimento de uma forma muito especial.

À Marta pelo carinho
e compreensão.

RESUMO

A adolescência é entendida como um período de transição, que acompanhado acesso á maturação biopsicossocial e que depende de vários factores, determinantes para o seu principio, duração e fim, tais como: idade de puberdade, desenvolvimento psicológico, integração num grupo social e situação familiar.

A sexualidade na adolescência representa pois a confluência de "sentimentos sexuais" (biologicamente determinados) de atitudes sexuais (derivadas de mudanças cognitivas) e de comportamentos (resultantes da interacção dos outros dois) e que podem ser modificados por "pressões sociais".

Com os objectivos de conhecer os comportamentos, conhecimentos e opiniões atitudinais dos adolescentes face à sexualidade, e identificar as opiniões dos adolescentes sobre o funcionamento das consultas de planeamento familiar desenvolvemos um estudo transversal, descritivo e analítico com 432 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 -19 anos, a frequentar o 10°-,11°-e 12°- ano de escolaridade, nas escolas secundárias da cidade de Bragança.

Os resultados obtidos indicam que 41,9 % dos adolescentes são sexualmente activos; os rapazes apresentam uma actividade sexual superior às raparigas.

Globalmente os adolescentes inquiridos consideraram-se informados acerca da sexualidade. Apenas uma minoria manifestou ter informação insuficiente. Como agentes responsáveis pela sua informação surge em primeiro lugar os amigos seguidos dos *mass média.*

Pelas respostas aos itens utilizados para avaliar as atitudes sobre a sexualidade, a maioria dos jovens revelaram atitudes liberais acerca desta, assumindo perante alguns itens atitudes tolerantes.

As consultas de planeamento familiar são pouco frequentadas pelos jovens, o que talvez se deva ao facto do funcionamento destas consultas ser percepcionado de forma pouco favorável pelos adolescentes.

ABSTRACT

Adolescence is understood as a transition period which is accompanied by the acces to the bio-psycho-social maturation and which depends on various factors – determinant for its beginning, duration and end – such as: puberty age, psychological development, social group integration and family situation.

Sexuality in adolescence represents, thus, the confluence of " sexual feelings " (biologically determined), sexual attitudes (resulting from cognitive changes) and behaviours (from the interaction of the former two), which can be modified by "social pressure".

Having as main objectives the evaluation of adolescent behaviours and attitudes towards sexuality and the identificatin of the adolescents; opinion about family planning consultations, we developed a cross-sectional, descriptive and analytical study involving 432 adolescents of both genders with ages between 15 and 19, and attending the 10th, 11th and 12th years in the secondary schools of Bragança.

The results show that 41,9% of the young people inquired are sexualy active; males proved to be more active then females.

Globally, all of them consider themselves well informed about sexuality. Only a small minority showed lack of information. As principal agents responsible for the information, there come first their friends and then the mass media.

The answers to the items used to evaluate the attitudes towards sexuality, show the most of them have liberal views about it, and even assume some tolerant attitudes in relation to other items.

Family planning consultations are not very popular among adolescents who very seldom go there. Maybe this is due the fact that they have not a very positive opinion about their functioning.

SUMÁRIO pag:

INTRODUÇÃO 11

I-PARTE- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 15

1- ADOLESCÊNCIA: UMA ABORDAGEM GLOBAL 16
1.1-Subetapas da adolescência 20
1.2- A adolescência nas diferentes sociedades 22
2- O DESABROCHAR DO ADOLESCENTE 27
2.1-Planos de maturação 28
3- IDENTIDADE /AUTONOMIA 34
4-DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL 38
4.1.-Afectividade 40
4..2-Orientação sexual 41
5-A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA 43
5.1-Características dos comportamentos sexuais dos adolescentes 45
5.2-Consequências do comportamento sexual dos adolescentes 51
6-ATITUDES FACE Á SEXUALIDADE 54
7- EDUCAÇÃO /INFORMAÇÃO SEXUAL 59
7.1-Educação sexual na família 62
7.2-Educação sexual na escola 67
7.3-Outras fontes de informação 69
8-SAÚDE REPRODUTIVA /PLANEAMENTO FAMILIAR 71
8.1-A contracepção na adolescência 73

9-COMPORTAMENTOS DESVIANTES 77

9.1-Consumo de álcool e outras drogas 78

II.PARTE - OPÇÕES METODOLÓGICAS 84

1-ABORDAGEM DO PROBLEMA E OBJECTIVOS DO ESTUDO 85

2 –HIPÓTESES 88

3 – VARIÁVEIS 90

4 – MATERIAIS E MÉTODOS 92

4.1 - População/ Amostra 92

4.2 - Instrumento de recolha de dados 93

4.2.1-Pré-teste 95

4.3 – Procedimentos para a recolha de dados 95

4.4 –Critérios de análise das variáveis e das hipóteses formuladas 96

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 99

6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 139

7 – CONCLUSÕES / SUGESTÕES 159

BIBLIOGRAFIA

ANEXO:

ANEXO-I- Instrumento de recolha de dados (aplicado)

INDICE DE QUADROS Pag:

QUADRO 1- Estadios de desenvolvimento dos adolescentes, segundo o género. 29

QUADRO 2 - Respostas ao item da questão "Outros" motivos para não conversar com os seus pais acerca da sexualidade. 104

QUADRO 3– Respostas à questão -"Caso consuma medicamentos/ outras drogas, quais?" 108

QUADRO 4 – Opinião atitudinal dos adolescentes acerca da sexualidade segundo o género. 112

QUADRO 5 –. Respostas à questão -"A primeira vez que teve relações sexuais foi com:" 115

QUADRO 6 – Respostas à questão - " Se não. utiliza nenhum método contraceptivo?" Porquê? 117

QUADRO 7– Respostas à questão "Se sim, qual o método contraceptivo que utiliza?" 118

QUADRO 8 – Respostas à questão - " Mudou algum aspecto da sua vida sexual depois que teve conhecimento da existência da SIDA.Se sim, em quê?" 120

QUADRO 9 – Respostas à questão -" Se não mudou nada da sua vida sexual depois que teve conhecimento da existência da SIDA. Porque não mudou?" 121

QUADRO 10 – Respostas à questão-"O que faria se ficasse grávida" 122

QUADRO 11 – Respostas da questão -Se não frequenta as consultas de planeamento familiar .Porquê? 124

QUADRO 12 – Respostas à questão -" Se não concorda com o funcionamento das consultas de planeamento familiar. Porquê?" 125

QUADRO 13 - Respostas à questão- "Para si planeamento familiar significa? " 126

QUADRO 14– Comparação das médias das idadesdos adolescentes com o comportamento sexual. 127

QUADRO 15 – Resultados estastisticos da hipótese" A idade de inicio das relações sexuais é diferente segundo o género" 127

QUADRO 16– Relação entre o comportamento sexual dos adolescentes e a; zona de residência, estado civil do pai, estado civil da mãe,relacionamento com o pai, relacionamento com a mãe, conduta dos pais, religião, consumo de álcool e consumo de medicamentos/outras drogas. 129

QUADRO 17 – Relação entre os conhecimentos e a idade dos adolescentes. 130

QUADRO 18 –Relação entre os conhecimentos e o: género, a área cientifica e a comunicação dos adolescentes com os pais acerca da sexualidade. 131

QUADRO 19 – Relação entre as opiniões /atitudinais dos adolescentes e ogénero. 134

QUADRO 20 – Relação entre as opiniões /atitudinais dos adolescentes e a religião. 136

QUADRO21- Magnitude das correlações entre si das opiniões atitudinais dos dolescentes acerca da sexualidade. 137

INDICE DE TABELAS Pag:

TABELA 1 – Distribuição dos adolescentes segundo a área de residência. 100

TABELA 2 - Distribuição dos adolescentes segundo o estado civil dos pais. 101

TABELA 3 – Comunicação entre os pais e os adolescentes. 102

TABELA 4- Opinião dos adolescentes sobre a conduta dos pais para com eles. 102

TABELA 5- Respostas à questão- "Se não conversa com os seus pais sobre sexualidade. Porquê?" 103

TABELA 6 - Distribuição dos adolescentes por género segundo a sua religião. 104

TABELA 7 - Respostas à questão-" Para si a religião:" 105

TABELA 8 – Distribuição dos adolescentes por género segundo o consumo de álcool. 106

TABELA 9 – Distribuição dos adolescentes por género segundo o consumo de medicamentos/outras drogas. 107

TABELA 10- Grau de informação dos adolescentes segundo o género acerca de sexualidade. 110

TABELA 11- Grau de satisfação sexual dos adolescentes segundo o género. 113

TABELA 12– comportamento sexual dos adolescentes segundo o género. 114

INDICE DE GRÁFICOS

Pag:

GRÁFICO 1 - Distribuição dos adolescentes por idade segundo o género. 100

GRÁFICO 2 - Distribuição dos adolescentes segundo o sexo e a idade da sua primeira relação sexual. 115

INTRODUÇÃO

Há várias décadas que as ciências sociais e humanas deram início a importantes trabalhos de pesquisa acerca dos factores que ameaçam a saúde das populações.

A saúde e o bem estar dos adolescentes são hoje, entendidos como elementos chave do desenvolvimento humano. No campo da saúde constata-se um interesse e uma atenção crescente ás questões da população durante a segunda década da vida, em particular, ás necessidades e aos problemas de saúde específicos dos indivíduos nesta fase do ciclo vital.

A saúde é um conceito complexo e relativo. Abarca múltiplas dimensões em interacção: o físico, o psíquico e o sócio-cultural. Vai além da ausência de doença. Pauta-se pela subjectividade do bem estar, pela existência de uma energia vital, por uma capacidade de realização dos papeis sociais e abrange a auto-realização e prazer pessoal. É um capital que se herda e que também se constrói.

A adolescência face às intensas mudanças, às múltiplas rupturas e aos numerosos paradoxos que animam todo o adolescente neste período, é, por natureza, na nossa sociedade, uma época de crise potencial e é entendida *per si* como um factor de risco para uma série de problemas na saúde. Os adolescentes têm congregado preocupações em termos de saúde global, não só porque o tipo de sociedade e qualidade de vida de amanhã assentam nos jovens de hoje, mas porque nestes foram observados evidências preocupantes de aumento de prevalência e generalização dos comportamentos comprometedores da saúde. (Frasquilho, 1996)

Em diversos estudos sobre as doenças de transmissão sexual os jovens aparecem como um grupo onde o número de casos infectados é significativa. Está hoje determinado que muitas destas doenças e situações prevalecentes no adulto têm a sua origem na adolescência.

Os adolescentes são descritos como os actores principais de múltiplas "epidemias" que invadem a sociedade na actualidade: as doenças sexualmente transmitidas, o abuso de drogas, violência social, suicídio e acidentes de viação. Dado a sua natureza interaccional tem congregado preocupações de diversas disciplinas localizadas na área da saúde (medicina , enfermagem, psicologia e assistentes sociais etc.) a outras áreas de saberes e

interesses sociais (economia, religião, política, sociologia educação).

Contudo, o progresso no conhecimento nem sempre se traduziu em medidas que banissem esses riscos.

Num ponto todos concordamos: há que reunir esforços no sentido de promover a qualidade de vida dos adolescentes. Para isso há que compreender melhor este período de vida do homem, que é a adolescência.

Melhorar a saúde dos adolescentes deve ser, actualmente, uma das preocupações dos profissionais de saúde. O estabelecimento de programas úteis promotores da saúde, deve decorrer do profundo conhecimento das necessidades e problemas que mais frequentemente ou mais gravemente os afectam.

Como enfermeira, com a especialização na área de Saúde Infantil e Pediatria, entendeu-se assim, ser pertinente desenvolver um estudo sobre *comportamentos, conhecimentos e opiniões/ atitudes, dos adolescentes acerca da sexualidade*, enquadrado no Mestrado em Ciências de Enfermagem a decorrer no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. O interesse por esta problemática não surge apenas da literatura, a ideia de realizar um estudo sobre a sexualidade na adolescência, emerge após alguns contactos com grupos de adolescentes, num contexto escolar, aquando da realização de sessões de educação para a saúde, com os alunos do 3º- ano do Curso Superior de Enfermagem, onde foi abordada a temática da contracepção.

A adolescência é uma parcela da nossa vida, que se apresenta como uma realidade total e complexa, como um mundo, que, sem ser fechado (pois se liga à infância que a precede e à idade adulta que vem a seguir), se organiza segundo o seu próprio movimento. Podendo ser estudada sob vários pontos de vista, será necessário para dela formarmos uma ideia justa, considerar diversos aspectos.

O estudo da sexualidade na adolescência, será nossa preocupação essencial, mas apoiado e completado pelas indicações que as várias ciências nos fornecem, tendo em conta todo um conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que interagem de forma complexa no modo como pensamos, sentimos e agimos face ao sexo.

O termo - adolescência – traduz um conceito de difícil aplicação a um grupo etário rigorosamente definido. Este facto encontra-se expresso na diversidade dos limites considerados para o inicio e para o final deste período da vida, que variam conforme as áreas profissionais e o tipo de estudos efectuados.

Contudo, torna-se necessário estabelecer critérios que permitam harmonizar quer os

conhecimentos epidemiologicos, quer os programas e projectos em saúde nesta fase do ciclo vital.

No presente trabalho, são utilizados os termos "adolescentes " e "jovens" como sinónimos. Entende-se como período de "adolescência" o que corresponde ao conceito adoptado pela (OMS) Organização Mundial de Saúde, *período da vida que medeia entre os 10 e os 19 anos.*

A sexualidade, na adolescência, é uma problemática extremamente complexa, associada a múltiplas variáveis (biofisiológicas, psicológicas, sociais e culturais). Conscientes da complexidade do fenómeno e das muitas variáveis em jogo, aceitamos o desafio, que a nós próprias colocamos ao procurar respostas para questões que nos preocupam.

Que atitudes/ comportamentos têm os adolescentes face à sexualidade?

Qual o grau de informação que possuem os adolescentes sobre a sexualidade?

O que pensam os jovens em relação às consultas de planeamento familiar/ Saúde Reprodutiva?

Um dos aspectos que nos preocupa, é se os adolescentes terão consciência de que os estilos de vida adoptados no percurso da adolescência são, em grande parte, os responsáveis pela sua saúde a médio e a longo prazo.

No nosso estudo pretendemos avaliar o posicionamento dos adolescentes face a determinados comportamentos, não esquecendo que este posicionamento pode traduzir experiências passadas (aprendizagem ou contacto) ou expectativas sobre o futuro (percepção das consequências).

Para que seja viável promover a aprendizagem de estilos de vida saudáveis, não basta a boa vontade nem só o bom senso. Há que compreender a dinâmica da saúde - doença nas pessoas, nos grupos e na sociedade. É necessário compreender o que os jovens pensam, sabem e querem quanto à saúde sexual, numa perspectiva de formulação de estratégias que promovam a saúde e o bem estar, entendido como condição básica de desenvolvimento.

O presente trabalho estrutura-se, fundamentalmente, em duas partes distintas:

Na primeira parte procede-se à revisão da literatura, considerada pertinente, publicada sobre o tema do nosso estudo.

A apresentação da teoria subjacente à temática em estudo, inicia-se por uma abordagem global da adolescência, fazendo referência às várias subetapas deste período

vital, segundo alguns autores consultados, e uma abordagem da adolescência nas diferentes sociedades. Seguidamente, aborda-se o processo de crescimento / desenvolvimento do adolescente, caracterizam-se os comportamentos sexuais próprios deste período da adolescência, mencionando os riscos a eles associados. Define-se atitude, como estas se formam, como podem ser influenciadas e podem influenciar os comportamentos sexuais.

Considera-se pertinente abordar alguns aspectos ligados à saúde reprodutiva, fez-se análise da legislação existente de apoio: à saúde reprodutiva / planeamento familiar e educação sexual dos jovens

.Por último, focamos alguns comportamentos desviantes, como o consumo de medicamentos e outras drogas.

Na segunda parte, desenvolve-se a investigação empírica; engloba a caracterização do estudo efectuado, respectivos objectivos, variáveis e hipóteses formuladas, faz-se apresentação da metodologia adoptada, dos procedimentos de recolha de dados e da análise dos resultados obtidos.

Por último apresentamos a discussão dos resultados as conclusões do estudo e algumas sugestões.

I –PARTE - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1- ADOLESCÊNCIA: UMA ABORDAGEM GLOBAL

A adolescência é uma etapa evolutiva peculiar do ser humano. Nela culmina o processo maturativo biopsicossocial do indivíduo, podendo ser considerada como o período que marca, não só a aquisição da imagem corporal do homem adulto, mas sobretudo aquela que determina a estruturação final da personalidade.

Entendida a adolescência, como o conjunto de modificações biopsicossociais que caracteriza o desenvolvimento do indivíduo, há que entender as profundas transformações que ocorrem e que estão na origem de algumas crises e perturbações.

As modificações físicas, essência da puberdade e o desenvolvimento dos órgãos sexuais e da capacidade reprodutiva são vividos pelos adolescentes como o aparecimento de um novo papel, que passa por adaptações sucessivas do ponto de vista pessoal, familiar e social.

O adolescente terá que enfrentar o mundo dos adultos e desprender-se do seu mundo infantil. Segundo Aberastury e col. (1986), dá-se o luto pelo corpo infantil, pelo papel e identidade infantis, pelos pais da infância. A adolescência firma-se na morte das imagens (imago) parentais, na condensação fantasmática da agressividade que se liga a todo o processo de individualização.

O processo maturativo do adolescente não é feito de uma forma linear, já que as transformações psicológicas de adaptação levam *o* indivíduo a reformular a imagem de si próprio, dos outros e do sistema de relação do seu "*eu*" com o meio, até à organização da personalidade.

Para Erikson, a adolescência corresponde a um único período do ciclo de vida, identificado com a grande problemática da resolução da crise de identidade, paradigma clássico desta fase tradicionalmente conotada como de transição entre a juventude e a idade adulta. O mesmo autor, sustenta que para chegar a uma identidade pessoal realista e coerente é inevitável passar por uma crise de identidade e, saber resolvê-la satisfatoriamente.

As mudanças que ocorrem neste período – adolescência- são dramáticas . São, no entanto, necessárias para que o futuro adulto seja capaz de tomar as suas decisões e

tornar-se independente e autónomo.

Adolescência e puberdade são dois processos de evolução do ser humano intimamente relacionados.

Não podemos compreender a adolescência separando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Na opinião de Osório (1989), estes são indissociáveis, sendo precisamente o conjunto de características muito próprias deste período, que confere unidade ao fenómeno da adolescência.

Apesar de haver autores que não distinguem os conceitos de adolescência e puberdade, entendemos que estes devem ser definidos separadamente. Se bem que a adolescência comece com a puberdade pode prolongar-se para além do termo desta.

Adolescência aparece como um termo mais geral e costuma designar o conjunto das transformações corporais e psicológicas que se produzem entre a infância e a idade adulta. Quando se fala da puberdade, pensa-se sobretudo no lado orgânico da adolescência e, em particular, no aparecimento da função sexual. Deste modo, puberdade é o conjunto de factores que tornam possível a reprodução. Diz respeito a um conjunto de transformações hormonais com implicações morfológicas, e fisiológicas, cujo inicio põe termo à infância e cujo fim origina um indivíduo com características morfológicas e fisiológicas adultas. (López e Furtes, 1998). A adolescência tendo início com a puberdade vai até alcançar a maturação física, psicológica e social.

Para Levisky (1995), a puberdade é um processo decorrente das transformações biológicas, enquanto que a adolescência é fundamentalmente psicossocial.

Se por um lado o corpo do jovem vai modificar-se (biológico), ele vai ter de conhecer, acertar e familiarizar-se com o seu novo corpo (psicológico), que não cresce todo ao mesmo tempo. Além destas adaptações, o jovem vai ter de se adaptar ao modo como os outros o vêem e lidam com ele pelo facto de estar a mudar (social). Estes três níveis interpenetram-se, pois é difícil separar o biológico do psicológico e do social.

A adolescência é uma etapa específica do desenvolvimento humano onde se assiste ao crescimento físico, também visível pelo aparecimento de caracteres sexuais secundários. Ela é desencadeada, impelida e concomitante às alterações que intervêm na maturação das manifestações pulsionais que são inerentes a este período da vida. Freud considerou-a como um período de vida difícil e turbulento.

Freud em 1905 na publicação de *os três ensaios sobre a teoria da sexualidade* fornece grandes contributos à compreensão da sexualidade infantil . Aborda as transformações

da puberdade, nomeadamente, a substituição da sexualidade infantil pelo primado das zonas genitais, a remodelação libidinal com o predomínio da líbido objectal sobre a líbido narcótica, de que resulta a busca do objecto sexual adequado e a dominação da intensidade dos laços familiares. (López e Fuertes 1998).

Stanley Hall e Rousseau consideram a adolescência como um segundo nascimento que conduz a uma grande instabilidade psicológica. Descrevem a adolescência como uma etapa da vida caracterizada por perturbações do comportamento e como um período de grande tensão (Ceballos, 1999).

Durante muitos séculos as alterações psíquicas e emocionais observadas neste período da vida eram consideradas pela psicologia evolutiva, teoria sustentada por Rousseau, como uma consequência das transformações biológicas (crescimento físico e de maturidade sexual) próprias da puberdade.

No entanto, Hall não corrobora com Rousseau. Para ele as tensões emocionais e a grande instabilidade psicológica observadas nesta fase, não têm apenas origem biológica, pois a sua origem é muito mais complexa. Neste período, o adolescente vai concretizar todo um conjunto de tarefas específicas de desenvolvimento, as quais exigem novas adaptações a nível pessoal, relacional e social.

A partir deste momento, e à medida que progride o conhecimento científico em psicologia, deixa-se de aceitar que as alterações psíquicas e afectivas que se observam nos adolescentes tenham apenas origem biológica.

A adolescência é um processo de identificação que ocorre por diversos estádios onde é necessário cumprir certas tarefas para passar ao estádio seguinte com sucesso. Erikson vê a adolescência como a estrada entre a infância e a maturidade, onde o adolescente tem de estabelecer identidades sociais e ocupacionais. A tarefa central do adolescente nesta fase da vida é a descoberta de si próprio, a procura de identidade, identidade que se exprime numa nova subjectividade. Etapa de preparação para a auto-suficiência e independência. A conquista da autonomia e independência, é um dos traços dominantes da passagem da adolescência à idade adulta.

Marrocks citado por Ceballos (1999:25), defende que *o começo da adolescência se define em termos fisiológicos enquanto que a sua duração e culminação se define em termos psicológicos*. Há autores defensores de que a adolescência tem inicio na biologia e termina na cultura. Não há inconveniente em aceitar que a adolescência se inicia com as mudanças da puberdade. No entanto, a adolescência não se reduz a mudanças

quantitativas, esta é sobretudo resultado de mudanças qualitativas relacionadas com a maturação da personalidade.

A adolescência é um período do desenvolvimento significativo, histórica e culturalmente determinada, com fronteiras cronológicas difíceis de precisar não só nos seus contornos como nos seus conteúdos. É mais ou menos consensual, o início acontecer com as alterações psicobiológicas da puberdade, apesar de poderem acontecer a um ritmo diferente de indivíduo para indivíduo. Este critério é pouco preciso, uma vez que a puberdade é um fenómeno universal e o seu início cronológico pode não coincidir em todos os povos, dado que a sua evolução de acordo com Reymond –Rivier, (1977) sofre a influência de múltiplos e variados factores, como: sexo, alimentação, raça, hormonais, hereditariedade, clima , meio social e económico, a própria cultura pode também influenciar.

Mas se o seu início é difícil de precisar, o seu fim é ainda mais difícil de determinar, pois não há nenhum acontecimento biológico que indique a entrada na vida adulta.

Para Erikson, o processo da adolescência está completo apenas quando o indivíduo subordinou suas identificações infantis a uma nova espécie de identificação, conseguida na socialização e na aprendizagem competitiva com, e entre os pares (Campos, 1975).

Saber com precisão quando o processo da adolescência está concluído torna-se difícil, isto deve-se em parte, ao facto segundo Ceballos (1999), dos anos seguintes à adolescência se caracterizarem muito mais pela maturação psicológica do que pela maturação física. O psicológico é mais subjectivo. Daí ser difícil precisar em que momento concreto se atinge a maturidade psicológica própria do adulto. A OMS considera, na maioria dos documentos, adolescência o período do ciclo vital que medeia entre os 10 e os 19 anos, embora se encontrem documentos onde esta organização inclui os grupos etários até aos 24 anos, precisamente pelos motivos supra citados.

A transformação duma criança em adulto é um processo excitante e ainda não completamente esclarecido. As transformações que se observam podem ter uma ordem de aparecimento diferente, a mesma variabilidade verificando-se também em relação à idade. Não são os limites cronológicos, mas eminentemente os psicológicos, sociais e culturais traçados fundamentalmente pela capacidade activa e interactiva do indivíduo, que delimitam este período.

1.1 - Subetapas da adolescência

A adolescência abarca um período temporal bastante amplo, sendo por tal motivo, difícil caracterizar do mesmo modo um adolescente de 11 anos, da mesma forma que um de 20 anos . Assim, dentro desta etapa do ciclo vital houve necessidade de estabelecer subetapas diferentes e relacionadas entre si.

Não há unanimidade entre os diferentes autores relativamente ao número de subetapas em que se divide a adolescência, como designá-las e qual a duração de cada uma delas. No entanto, este processo implica o cumprimento de algumas tarefas que diferem de autor para autor.

Para Sampaio (1992), Oliveira (1994) e Ceballos (1999), a adolescência encontra-se dividida em três subetapas, a que correspondem limites etários aproximados e tarefas correspondentes:

* adolescência precoce / adolescência inicial / puberdade. Início nos rapazes aproximadamente aos 13 - 15 anos , nas raparigas 11 -13 anos;

* adolescência média, entre 15 - 18 anos nos rapazes ,13 -16 anos nas raparigas; adolescência final / adolescência superior / idade juvenil, aproximadamente entre os 18 -21 anos nos rapazes e 16 -19 anos nas raparigas. Por vezes prolonga-se, segundo alguns autores, em ambos os sexos .até aos 23 anos.

A adolescência precoce / puberdade - é a fase de arranque da maturação, o impulso inicial da crise evolutiva. Caracteriza-se pelas bruscas modificações físicas, por uma maturação cognitiva bem significativa e por uma extraordinária sensibilidade e receptividade para as relações de grupo ou de pares. (Ceballos, 1999)

Nesta fase, segundo Gomes Pedro (1997:197) " *a resolução da identidade é algo que se constrói em oposição à alienação.*" Estas primeiras mudanças levam o puber a romper com o passado, a sair da infância. Mas esta tarefa não é fácil, com efeito, são bastante frequentes os comportamentos que demonstram regresso à etapa infantil.

A adolescência média - esta subetapa não admite caracterização universal, já que as transformações psíquicas são menos repetíeis que as do tipo físico . Nesta fase, a

adolescência centra-se sobretudo no desenvolvimento mental afectivo e social.

Enquanto que a puberdade era, essencialmente, uma crise do tipo biológico, a adolescência média é uma crise interior ou da personalidade. Esta crise tem um papel importante em relação a uma nova capacidade, a capacidade de reflexão que supõe voltar o pensamento sobre si mesmo .Isto torna possível o descobrimento do "eu " e a revisão da identidade pessoal. O adolescente necessita agora de aprender a viver de um modo novo, ou seja, de uma forma mais autónoma.

Sampaio (1992) sustenta que nesta fase, ocorrem as primeiras experiências de envolvimento afectivo-sexual. É nesta fase que pode ocorrer uma aproximação preferencial por um amigo do mesmo sexo. Certos pais interrogam-se se o filho será homossexual; o receio dos pais em relação a este comportamento do filho, pode fazê-lo agir de modo que, sem terem consciência de o fazerem, empurram o filho para um envolvimento sexual com alguém do sexo oposto. Esta experiência forçada pode, posteriormente, estar na base de dificuldades sexuais futuras devido à ansiedade que esta pode provocar ao adolescente.

A adolescência final - inicia-se com o desenvolvimento da personalidade alcançado na fase anterior. Segundo Gomes Pedro (1997), é neste período que se processam mecanismos de autonomia face á família enquanto se consolida uma identidade mais individual, mais personalizada. O jovem passa à auto- afirmação do " eu " perante a autoridade dos pais, à afirmação positiva de si mesmo.

O adolescente, neste período da sua vida, já possui alguns pontos de apoio: certo conhecimento e aceitação de si mesmo, certa informação acerca do que é, do que quer da vida, certa disposição para realizar o que deseja sem contar com os outros. Capacidade para conviver e cooperar com as pessoas que pensam de forma diferente. São os frutos da maturação que se convertem por sua vez em novas possibilidades para crescer mais e melhor.

Na adolescência tardia as relações sociais são mais alargadas e variadas do que antes, já não se limitando aos amigos mais íntimos, alargando a sua rede social. O adolescente reencontra-se com a sua família, já consegue conviver em harmonia Nesta fase da adolescência, segundo Ceballos (1999), o jovem desenvolve sentimentos sociais como: compreensão, compaixão, altruísmo, sacrifício e entrega. Ao diminuir o egocentrismo o jovem está em condições de manter uma relação de pessoa a pessoa.

Esta subetapa da adolescência, significa a saída da crise de personalidade existente na subetapa anterior, a recuperação do equilíbrio perdido, da estabilidade e da paz

anterior. É a altura de grandes mudanças e de grandes eleições no campo dos estudos, da amizade e do amor . Estas eleições concretizam-se num projecto pessoal de vida.

1.2 - A adolescência nas diferentes sociedades

Até ao século XVIII os estudos da psicologia evolutiva eram limitados à infância. Considerava-se que a chave para explicar o desenvolvimento dos homens estava nessa primeira etapa da vida. Cientes da importância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento do indivíduo, a partir da década de 60, ou mais propriamente 70, os investigadores dedicaram-se ao estudo da adolescência, pelo que, o interesse pelo estudo da mesma surgiu há relativamente pouco tempo. Mas não se pode afirmar que, anteriormente, esta fosse completamente ignorada. Já na Antiguidade eram tomadas atitudes em relação aos jovens. Segundo Campos (1975), Platão preocupou-se com a educação apropriada destes. Escreveu sobre o carácter dos adolescentes, comentou sobre a sua tendência para assumir e proclamar opiniões com uma segurança implacável. Aristóteles fez alusão a este período da vida, descrevendo os jovens como seres com características específicas que vão da auto confiança ao sentido de solidariedade e interajuda (Dias e Vicente, 1984).

No entanto, o primeiro autor que considerou a adolescência como uma realidade com carácter e valor próprios, claramente diferente da infância e da idade adulta, foi Rousseau, nos finais do século XVIII . Em "O Emílio", concebe *a adolescência como uma etapa específica da vida humana com características bem definidas.*(Ceballos 1999:24) Apesar de encontramos neste autor apenas indicações breves sem contacto com a experiência, podemos considerá-lo como um dos precursores da "ciência da juventude."

A psicologia encontra-se nos finais do século XIX em pleno desenvolvimento, graças ao apoio que lhe prestam a fisiologia, a sociologia e também as ciências biológicas, com os estudos de Lamarck, de Geoffroy Sait-Hilaire e de Darwin, que colocam em primeiro plano a teoria da evolução através da história da espécie, assim como através de cada indivíduo. O espírito biológico vai animar a investigação psicológica. Stanley Hal, entre outros, em 1881, sente que há uma realidade a descobrir, tal como Rousseau o tinha proclamado há mais de um século.

Mas durante algum tempo, deu-se o nome de *infância* a todo o período que se estendia até à idade adulta e no qual a adolescência ocupava um pequeno capítulo.

No entanto, uma equipa de psicólogos, conjuntamente com Stanley Hall, em breve tomam consciência da necessidade de empreender o estudo científico da adolescência. Assim, é sobretudo a partir do século XX, com o contributo de Stanley Hall (1905) que começam a surgir os primeiros estudos sobre este estadio. Desde então tem sido objecto de estudo dos investigadores das ciências sociais e humanas.

A adolescência não é um fenómeno universal e homogéneo. Ela pode ser perspectivada de duas formas: como um período de inserção na vida social adulta e como um grupo humano com características socioculturais e papeis sociais particulares.

O conceito de adolescência varia de sociedade para sociedade; se em certas culturas esta é bem clara na sua substância e nos seus limites, noutras o acesso à idade adulta está menos bem definido e delimitado.

Os métodos adoptados para a socialização dos indivíduos variam segundo as culturas, mesmo nas mais primitivas encontra-se discrepância.

Nas sociedades primitivas, em que dominava a aprendizagem directa, a adolescência era reduzida a um período curto e sem significado. A transmissão do saber, nestas culturas, fazia-se oralmente, pelo gesto, pelo exemplo, onde os jovens aprendiam um ofício no local de trabalho e não na escola. Cedo os jovens se identificavam em tudo com os adultos, adquiriam personalidade e autonomia próprias, saiam de casa dos pais e conquistavam independência económica.

Em algumas civilizações da antiguidade existiam rituais de passagem e de reconhecimento do status social de adulto . Na Grécia, por exemplo, o jovem convertia-se em efebo. A efebia era uma preparação cívica e militar a que eram submetidos os puberes quando chegados à idade legal. Em civilizações posteriores marcava-se acesso do jovem ao status de adulto entrando na carreira militar como page, ou ingressando no mundo do trabalho como aprendiz Em todas estas sociedades o jovem atingia um status de adulto bem definido e reconhecido socialmente. Desta forma a adolescência era reduzida a um breve período de iniciação no mundo do trabalho .

Na Europa pré- industrial não se distinguia a infância da adolescência, não se concebia essa categoria etária a que chamamos hoje adolescência, e a ideia de tal categoria demorou muito a formar-se. É só no fim do século XIX, com a Revolução Industrial, que a adolescência, a que então se chamava juventude, nasce como realidade histórica e se

transforma num tema literário dominante. (Clães 1990).

A sociedade industrial vai exigir a preparação profissional, onde a escolarização e a formação profissional passam a marcar notoriamente este ciclo da vida . É nessa ocasião que ocorrem profundas modificações no seio da família. O adolescente passa a permanecer cada vez mais tempo no seio da família devido à necessidade de preparação intelectual e técnica, para entrar no mundo do trabalho, originando, por conseguinte, um progressivo alargamento na escolaridade obrigatória, passando a família a receber apoio de estruturas sociais próprias que, em conjunto, asseguram a educação dos filhos.

Ariés, citado por Almeida (1987), refere que nas sociedades em que a transmissão da cultura pressupõe a utilização da escrita, (por exemplo nas sociedades industriais, em que a escola se torna o lugar de transmissão das regras sociais e culturais do mundo dos adultos), a adolescência é muito mais longa.

A adolescência é, segundo Clães (1990), um período do ciclo da vida particularmente marcado pelo curso da história. Com efeito, as categorias etárias que limitam as etapas da vida e fixam as fronteiras entre a adolescência e a idade adulta flutua no decurso da existência humana.

Neste contexto, o adolescente tem de ser estudado no meio que o integra, e, para que hoje se compreenda a sua posição social, tem de ser analisada a sua evolução na história e, ainda, nos diversos tipos de sociedade.

Ao longo da história, o adolescente fechado quer na família, quer nas oficinas, ou nas escolas nunca se pode afirmar como um grupo independente, com os direitos de parceiro social . É, fundamentalmente após a Revolução Industrial, de que resultou o declínio da aprendizagem dos ofícios, o prolongamento da vida escolar e o acesso ao estatuto de adulto, vivido sob a tutela paterna, que leva os adolescentes a organizarem-se em grupo, com a finalidade de interajuda e protecção.

Apesar do nascimento da adolescência enquanto grupo se verificar por volta do século XX, a consciência de ser jovem, esse sentimento de pertencer a um grupo com aspirações e preocupações comuns, só se torna um fenómeno geral na Europa, no fim da Segunda Guerra Mundial, quando os combatentes da frente, se opõem em massa, às velhas gerações da retaguarda (Clães 1990).

Passou-se assim, de uma época sem adolescência para outra, em que esta é a idade favorita. Segundo Aires, citado por Clães (1990), tudo se passa como se, a cada época correspondesse uma idade privilegiada e um período de vida específico: o homem jovem é

privilegiado no século XVIII, a criança no século XIX e o adolescente no século XX.

Em suma, conforme as épocas, as culturas e os meios sociais, assim variam os espaços ocupados pela adolescência, donde esta será mais ou menos valorizada, consoante o lugar que a sociedade lhe reserva.

Em diferentes sociedades existem mitos relacionados com a adolescência, mas o maior, talvez seja a ideia de que a juventude é sempre um período de crise, de conflitos e sofrimento. Não podemos esquecer que a adolescência é apenas um período no contínuo da vida, no qual se podem identificar várias fases, cada uma com os seus problemas, privilégios, responsabilidades, alegrias e tristezas. O importante será a resolução de todos os problemas, o salto em frente em termos de desenvolvimento pessoal.

Alguns autores actuais não aceitam que, o que chamamos adolescência, tenha um caracter de etapa do desenvolvimento evolutivo, e, muito menos , que seja necessariamente um período problemático e de longa duração. Afirmam, ainda, que a adolescência é apenas um mito, uma fábula . A adolescência seria uma criação de um tipo de sociedade e cultura.

Para justificar esta teoria recordamos os estudos efectuados por Margaret Mead em Samoa no ano de 1928. Os jovens samoanos ao terminar a puberdade, eram introduzidos na vida dos adultos, de um modo gradual, por meio de ritos de transição . Deste modo a transição era breve, fácil e agradável, sem problemas nem conflitos .

Margaret Mead concluiu deste modo, que a duração e os conflitos da adolescência não advêm da sua própria natureza ,mas de pautas culturais e sociais.

Nas culturas dos povos ditos primitivos, os ritos de Iniciação procuram formar civicamente os adolescentes num modelo unificado de cultura, (Almeida, 1987). É curioso que, ao contrário das sociedades industrializadas, os povos primitivos, apesar das condições precárias em que vivem, estejam mais preocupados em adquirir adultos que se integrem na sua cultura do que, tecnocratas que incrementem a produção.

Em determinadas sociedades (na Grécia) verificamos que punham em acção determinados ritos de passagem que permitiam ao adolescente transitar automaticamente para o estatuto de adulto. De etapa transitória, facilitada culturalmente por rituais indicativos, à vida adulta, a adolescência transforma-se numa fase longa do ciclo da vida, de estatutos e contornos indefinidos.

O adolescente das sociedades industrializadas de hoje, demora demasiado tempo a obter o status social de adulto e a integrar-se no mundo do trabalho. Verifica-se que a adolescência tende a prolongar-se na actualidade. A sociedade moderna tornou mais

complexa a passagem do adolescente para a vida adulta.

As sociedades industrializadas exigem grande preparação profissional, onde a escolarização e a formação profissional passam a marcar notoriamente este ciclo de vida, especialmente nos meios urbanos industriais.

Nas sociedades de tipo rural, os adolescentes integram-se rapidamente nas actividades do mundo adulto, desempenham as mesmas tarefas que qualquer adulto faz. Neste ambiente, os jovens amadurecem mais cedo, precisamente devido à sua integração nas actividades da sociedade.

Nas sociedades urbano - industriais, pelo contrário, exigem, cada vez mais, uma maior preparação intelectual e técnica para assumir as funções de responsabilidade laboral ou profissional . A adolescência prolongar-se-á por vários anos .

> *" A demora no processo de maturação psicossocial, provoca nos adolescentes (...) um estado de frustração cujo sintoma mais evidente é a sua agressividade, que desemboca frequentemente em actos de violência ou formas distintas de conduta deleitosa, individual ou colectiva, quando não, na evasão de uma realidade que se torna ingrata através do consumo de droga ou substitutos"* (Ferreira 1996:4).

Reflectindo a nossa realidade portuguesa sobre o processo adolescente, verificamos que há indivíduos que vivem este estádio de forma extremamente curta e, outros que o adiam de maneira indeterminável.

Entre nós existe grande discrepância entre os processos de maturação biológica, psicológica e social. Não há um ritual definido de passagem. Mas torna-se necessário ultrapassar várias etapas, em diferentes sectores da vida psicológica, social comunitária, económica, profissional, legal e religiosa para atingir, ou melhor dito, conquistar o status de adulto.

Para Levisky(1995:22), na nossa sociedade, tal como na sociedade brasileira, os critérios que definem a inserção do indivíduo na idade adulta são *maturidade, independência, auto determinação, responsabilidade e actividade sexual afectivamente adulta*. Compreende-se este último aspecto como implicitamente ligado à possibilidade de procriação e condições sócio- económicas para estabelecer uma família.

2- O DESABROCHAR DO ADOLESCENTE

Na adolescência o organismo vai sofrer modificações fundamentais que irão afectar sucessivamente todos os aspectos da vida biológica, mental e social. O corpo modifica-se profundamente quando surge a puberdade, o pensamento também muda, e o adolescente passa a analisar de modo crítico tudo o que o rodeia . A vida social evolui e o adolescente passa a adoptar novos tipos de relações e atitudes com os pais, com o grupo e com a própria sociedade.

Adolescente é aquele que está em crescimento a todos os níveis: físico, sócio-afectivo e cognitivo. *Adolescente* provém do termo latino *adolescere* que significa *crescer*, o que na verdade não diz muito, se pensarmos que sempre se cresce do nascimento até á morte. O que talvez identifique melhor este período – adolescência - é a celeridade de mudança. A diferenciação sexual que transforma tão profundamente, a criança em adolescente - puberdade – é o resultado de uma reacção biológica em cadeia, primeiro as hormonas hipotalâmicas intervêm sobre a hipófise o que origina a produção de gonotropinas, estas estimulam as gónodas a produzir hormonas sexuais que são responsáveis pela diferenciação adulta masculina e feminina. biologicamente, o adolescente sofre modificações dramáticas, está pleno de energia e vigor, transforma-se num ser com capacidade reprodutiva

Ao longo da adolescência tem lugar um processo de maturação gradual da pessoa em três planos: biológico, psicológico e social. Os factores biológicos, psicológicos e sociais condicionam-se mutuamente no decorrer do processo de maturação da adolescência.

O rápido crescimento físico da puberdade origina a mudança de imagem corporal que afecta o autoconceito e as relações com os outros.

A aquisição do pensamento formal favorece o desenvolvimento do juízo moral e a compreensão da realidade social.

As experiências sociais obtidas no convívio com os colegas favorecem a formação da identidade pessoal e o aumento da auto-estima.

2.1-Planos de maturação

Plano Biológico

No plano físico / biológico, o processo de maturação pessoal que se produz na adolescência tem uma fase inicial, que é ao mesmo tempo o motor de arranque: a puberdade.

O momento da puberdade varia em cada pessoa, segundo o sexo, a saúde, a alimentação, o ambiente social e a cultura em que é vivido e a educação recebida.

Uma das características mais notável da primeira fase da adolescência, é sem dúvida, as profundas transformações fisiológicas que afectam o adolescente tanto na sua imagem corporal como no processo da sua maturação sexual.

Na evolução normal destas mudanças fisiológicas podem distinguir-se três períodos, (Moradela, 1992):

O primeiro período da puberdade, que se caracteriza por uma actividade de crescimento físico, assim como, pelo aparecimento de alguns caracteres sexuais secundários.

No segundo período da puberdade desenvolvem-se os caracteres sexuais primários

No terceiro período, também chamado pospubertário, os órgãos genitais adquirem o desenvolvimento e funcionamento completos. Este período prolonga-se por toda a adolescência.

Os caracteres sexuais primários e secundários apresentam-se, no homem e na mulher, em distintas idades. Nas raparigas, são mais precoces; o desenvolvimento dos seios é um dos primeiros indícios que afirmam o começo da maturação sexual seguindo-se o aparecimento do pêlo pubiano e do pêlo axilar.

Neste período aparece a menarca; ao aparecer a menstruação os ovários alcançam 30% do tamanho adulto. A menstruação assinala que a rapariga iniciou o processo que a conduzirá à maturidade sexual.

Durante a primeira etapa de maturação das glândulas sexuais é frequente que o período menstrual seja irregular no ciclo e fluxo. Estas flutuações corporais correspondem no plano psíquico, ao que se designa como vicissitudes do luto pelo corpo e pela identidade infantil. As transformações biológicas ocorridas na puberdade preparam o indivíduo para a sexualidade genital, ao mesmo tempo que intensifica a urgência do luto pelo corpo infantil

perdido.

Nos rapazes, ao contrário, o primeiro caracter sexual secundário é o pêlo pubiano. Seguindo-se o aumento do tamanho dos órgãos genitais, logo aparecendo o pêlo axilar e finalmente o facial. Um fenómeno conhecido popularmente e observado nos rapazes nesta fase é a mudança de voz.

No rapaz, em geral, não aparecem quantidades de espermatozóides maduros até aos 15 - 16 anos, ainda que aos 12 - 13 anos já se perceba um incremento na formação de esperma .

O aparecimento dos caracteres sexuais secundários significa a capacidade de ter relações sexuais e talvez de procriar. López e Fuertes (1998) apresentam o desenvolvimento puberal em cinco estádios, como se pode observar no quadro a seguir.

QUADRO I - ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO SEGUNDO O SEXO

RAPAZES	RAPARIGAS
ESTÁDIO -Prépuberal. Tamanho testicular (2.5 cm).	-Prépuberal. Não há desenvolvimento mamário
ESTÁDIO II -Aumento do tamanho testícular (2,5 –3,2 cm). -Início da pigmentação escrotal. -Aparece o pêlo pubiano (escasso e raro).	- Início do desenvolvimento do tecido mamário subaréolar (botão mamário), pode aparecer pêlo axilar e / o pubiano.
ESTÁDIO III -Continua o aumento do tamanho testícular (3,3cm – 4cm) - Início do crescimento longitudinal do pénis. -Aumenta o pêlo pubiano e aparece o pêlo axilar.	-Aumenta o desenvolvimento do tecido mamárioe e o da aréola -Aumento do pêlo axilar e pubiano. -Desenvolvimento dos grandes e dos pequenos lábio -Alterações na mucosa vaginal. -Aparece o odor corporal característico.
ESTÁDIO IV -Tamanho testícular (4,1 –4.5 cm). -Continua o crescimento longitudinal e do diâmetro do pénis. -Pêlo pubiano em quantidade normal, mas sem prolongamento - Aumenta o pêlo axilar e no resto do corpo. -Aparece a barba e odor corporal característico. -Voz grave, acne. - Podem ocorrer ejaculações	- Aumenta o desenvolvimento do tecido mamário,sobressaindo a aréola. -Pêlo pubiano de adulta com distribuição horizontal. -Acne. -Aumenta o tamanho do colo uterino. -Pode ocorrer a menarca.
ESTÁDIO V -Tamanho testícular (4,5 cm). -Genitais externos de adulto. -Pêlo pubiano e axilar de adulto. -Espermatógenese completa.	-Tamanho das mamas e aréola de adulta. -Menarca.

Fonte: (Adaptado de: Rodriguez y Moreno(1985:) citado por Lopez e Fuertes 1998:67

O desenvolvimento físico processa-se de forma diferente entre as raparigas e os rapazes. Nas raparigas a evolução pubertária e o crescimento maturativo dá-se mais cedo que nos rapazes. No mesmo sexo, também há variações de indivíduo para indivíduo no que

diz respeito ao início das alterações físicas.

Contudo, uma vez iniciadas estas alterações, o processo é sequencial. Num período relativamente curto, o corpo da criança sofre um conjunto de transformações fisiológicas e morfológicas fundamentais, assinaladas, como já vimos, pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários e do desenvolvimento do sistema reprodutor, comandados por mecanismos hormonais.

Durante a evolução do indivíduo, o eixo hipogonodal mostra certa actividade em determinados períodos; pode-se falar de uma reactivação do eixo, que permite que o hipotálamo comece a ser mais sensível às hormonas segregadas pelas gónodas. O hipótalamo estimula a secreção de FSH (hormona foliculo-estimulante) e LH (hormona luteizante) por parte da hipófise, aumentando significativamente a sua circulação basal durante a puberdade.

Como consequência, as gónodas (testículos e ovários) vão ser estimuladas pela FSH e LH, provocando, por um lado, a maturação das células germinais e por outro, o aumento da secreção das hormonas sexuais gonodais. Por último, as hormonas sexuais gonodais intervêm a nível dos receptores periféricos, manifestando, deste modo, a maturação puberal.

A maturação sexual decorre de modificações no funcionamento das glândulas endócrinas, advindas com o aumento da idade cronológica e consequente desenvolvimento do organismo do adolescente.

As funções que indicam maturação sexual são: a ovulação na rapariga e a espermatogenese no rapaz que vão possibilitar a capacidade de procriação.

Em suma, no plano físico ou biológico assistimos à transformação do organismo infantil em um organismo adulto. Ceballos (1999) afirma que *Nele está incluído um considerável crescimento em estatura e peso, a maturação sexual e a capacidade para a reprodução.*

Na perspectiva de Freud, com o início da puberdade, acontece a maturação do sistema reprodutor, e uma reactivação da zona genital como área de prazer sensual. Os adolescentes têm dificuldade em gerir os impulsos sexuais de forma socialmente aceites. Ao longo da adolescência e enquanto jovens adultos a líbido é investida em actividades tais como a formação de amizades, preparar-se para uma carreira, namorar e casar.

Plano Psicológico

No plano psicológico, a maturação é centrada na passagem do pensamento concreto, típico da criança, para o pensamento abstracto próprio do adulto. Com o desenvolvimento deste tipo de pensamento - denominado formal ou hipotético-dedutivo - o adolescente passa agora, na opinião de Clães (1990) e Sprinthal e Collins (1994), a conseguir fazer a coordenação das operações, o que não acontecia até aqui. O adolescente passa a ser capaz de raciocinar por hipóteses.

O adolescente aprende a fazer uso das suas capacidades mentais em desenvolvimento, ao mesmo tempo que procura ajustar-se às mudanças físicas, as quais podem aumentar ou diminuir a sua auto estima. A capacidade para raciocinar, para avaliar e julgar e para usar pensamentos divergentes, com o objectivo de encontrar ideias novas, aumenta durante este período

Este desenvolvimento vai influenciar todas as atitudes do adolescente diante das situações que a vida lhe apresentar, tanto no campo físico, como no campo emotivo, social, ético, e cultural.

Campos (1975 : 37)assinala:

> *o pensamento mágico, fabulador, que predomina na infância cede lugar ao pensamento baseado nas evidências dos factos reais. A criança que sempre esperava pelo extraordinário, pela intervenção da fada que modifica o panorama da logicídade e da fatalidade dos acontecimentos, passa a procurar as relações causa efeito, no que ocorre ao seu redor .*

A partir deste momento o adolescente já é capaz de raciocinar, reflectir e discutir. adquire o estatuto de igual no plano intelectual, frente ao adulto.

Partindo da seguinte premissa referida por Faw(1974), se o adolescente é fisiologicamente adulto, também o é intelectualmente. De facto, a sua inteligência atinge a forma final, com a passagem ao pensamento formal e abstracto o que permite ao adolescente raciocinar por proposições e ideias. Este estádio, ou período das operações formais, corresponde ao quarto e último estadio de Piaget. Este autor considera que, com o acesso ao pensamento formal, forma suprema de pensamento, se produz um salto qualitativo em relação ao estádio infantil no desenvolvimento.

A capacidade de reflexão tem um papel fundamental na descoberta do *eu* na formação de identidade pessoal e na personalização da vida moral.

A evolução mental aliada ao aumento do espírito crítico levam o adolescente a criticar a família, a escola e a sociedade em geral, que consequentemente vai levar a que o adolescente, na maioria das vezes, se sinta frustrado e insatisfeito com tudo o que agora é capaz de perceber e entender.

O adolescente, alcançando a fase de luta pela maturidade de adulto em todos os aspectos da vida, também precisa lutar para se tornar maduro emocionalmente. Um indivíduo emocionalmente maduro, é capaz de satisfazer as suas necessidades, impulsos e desejos razoavelmente bem; paralelamente é capaz de responder às exigências da sociedade.

Plano Social

No plano social verificam-se modificações importantes nas relações sociais: os adolescentes querem tornar-se adultos, e livrar-se das restrições impostas pelos pais, que progressivamente vão sendo substituídos pelos grupos de pares como fonte de referência das normas de conduta e de atribuição de estatuto. (Clães 1990)

O processo de socialização tem tendência a agravar-se à medida que a entrada na vida adulta é cada vez mais tardia. Este processo é ainda perturbado pela dificuldade de transmissão de normas e valores culturais em rápida mutação. De entre os valores em mutação, Navarro (1985), salienta os que se prendem com a moral sexual. A ausência de modelos e valores significativos podem levar o adolescente a adoptar comportamentos de risco. Pelo que, nesta fase, os pais deverão estar atentos aos comportamentos desviantes que daí poderão resultar. Sampaio (1994) afirma que os pais devem fornecer aos filhos um ambiente de compreensão e amor

As atitudes delinquentes sempre existiram, mas hoje, o problema põe-se ao nível da amplitude e da intensidade da crise e, ao nível das soluções encontradas numa visão sociológica. O problema da adolescência levanta questões como as que se seguem;

Como considera a sociedade os seus adolescentes? Que estatuto lhes confere? O que faz para facilitar a sua passagem à idade adulta?

De uma maneira geral, a sociedade considera-os imaturos, longe de os ajudar, aumenta-lhe a dificuldade de definir a sua situação. Prova disso, é a falta de um estatuto claro e o prolongamento da duração da adolescência.

Estando os adolescentes em plena evolução, as suas atitudes e condutas estão directamente ligadas à sociedade que determina o modo de passagem à idade adulta e segrega as formas de revolta da juventude.

Se a adolescência é, por excelência, a idade da oposição contra a ordem estabelecida e o meio, nunca se revestiu, como hoje, de uma recusa tão consciente, deliberada e completa. Esta resposta é baseada num juízo de valores dos jovens perante a sociedade cada vez mais consumista totalitária, cujo valor primordial é o lucro.

Rivier (1983) sustenta que cada vez mais os jovens, sensíveis a esta problemática, voltam as costas à sociedade que não compreendem, pondo em causa os seus modelos, valores e tabus, adoptando condutas de transgressão total ou evasão, na tentativa de encontrar um estilo de vida longe da multidão alienada dos adultos, facto de que a delinquência e a droga são testemunho, numa recusa de compromisso ou, pior ainda, numa recusa da própria existência.

O problema de hoje põe-se ao nível de amplitude e intensidade da crise, dentro de um contexto sociocultural e ao nível das soluções encontradas.

A ausência de modelos e valores significativos para os jovens, a fragilidade de equilíbrio que os caracteriza dentro do contexto sociocultural, concomitantemente com a sua necessidade de independência, auto afirmação e acesso ao estatuto de adulto leva-os a deslizar facilmente para uma forma de comportamento anti-social. A revolta e atitudes delinquentes sempre aconteceram, assim como a necessidade de acesso à vida adulta.

Numa perspectiva sociológica e segundo Rivier (1983), as sociedades industriais modernas não souberam tomar medidas eficazes para facilitar a inserção do adolescente no mundo do adulto.

Gameiro (1994) afirma que a revolta contra o meio e contra os pais, a afirmação do "*eu* "com a procura da excentricidade e originalidade, são comportamentos normais na adolescência. Por isso devem ser aceites e encarados nesta perspectiva, assim como, as amizades selectivas que durante esta fase se revestem de particular importância funcionando simultaneamente com o grupo como um porto de abrigo, onde podem fortificar forças e ganhar confiança em si mesmos.

3- IDENTIDADE / AUTONOMIA

A estruturação da identidade constitui a tarefa primordial do desenvolvimento e é durante a adolescência que esse processo ocupa papel crucial. Para Erikson, a adolescência desempenha o marco basilar do desenvolvimento humano durante o qual é necessário integrar uma série de aspectos para não comprometer aquisições futuras.

A construção de uma identidade, tarefa que marca o período da adolescência, implica, na perspectiva psicanalítica clássica, a ruptura com o passado, ruptura de identificações e de relações naturalmente conflituosas,(Meneses 1990).

A adolescência é um período em que existe a normal necessidade de reencontros consigo próprio e da substituição dos laços afectivos infantis, que os ligam aos pais, por outros mais adultos. Este processo maturativo passa por uma contestação dos hábitos, dos costumes, numa procura de si próprio. É a chamada crise normativa da adolescência, que é uma crise de desenvolvimento e de procura de identidade. Estas dificuldades manifestam-se, segundo Silva e Silva (1997), ao nível das relações com os adultos e por sentimentos de angústia, solidão, dúvida, oscilações e até contradições de comportamentos e variações de humor que parecem incompreensíveis.

O desligar do indivíduo da autoridade dos pais, é uma das mais necessárias mas também uma das mais penosas realizações do desenvolvimento. É inteiramente necessário que se realize e devemos supor que todo o ser humano normal consegue, em certa medida, consumar essa separação. Freud foi o primeiro autor que destacou a importância da Separação- Individuação adolescente.

À família, cabe assim o papel de facilitador do processo de separação - individuação, dado que em condições estáveis estruturantes este processo não representa uma ameaça de quebra de vinculação. A empatia paternal representa a possibilidade de fornecer ao jovem a estabilidade emocional necessária ao processo de separação, permitindo-lhe assim, duma forma progressiva fazer o ajustamento ao mundo externo. Deste modo, na opinião de Fleming (1993), o adolescente consegue a separação – individuação da família, sem grandes perturbações ou sentimentos de abandono por parte dos pais.

Segundo Fabião (1998), ao longo da infância, através do processos de imitação,

intorjecção, identificação, desde as identificações pré e pós – edipianas, a criança vai, sobre a pressão do Super-Eu, internalizando uma imagem dos pais, que classicamente se designa Imago Parental. O Imago parental, segundo Laplanche e Pontalis (1979) citado por Meneses (1990:55), é um *protótipo inconsciente que orienta a forma como o indivíduo apreende o outro* elaborado a partir das relações precoces da criança com o meio familiar mas sem correspondência necessária com o real.

Durante a adolescência, o indivíduo procede à construção de uma identidade separada dos pais, adquirindo uma progressiva autonomia. A autonomia é a forma pela qual o adolescente vai conquistando o domínio de si próprio, integrando-se na comunidade adulta, partilhando os seus valores básicos que assegurem, a reprodução biológica da espécie e a reprodução cultural da sociedade.

Contudo, esta autonomia só é atingida pelos adolescentes se tiverem o apoio de seus pais. A estes cabe o papel de estimularem os jovens a atingir a sua autonomia, apoiando-os e sustentando-os numa base de amor, dado que é a autonomia, isto é, a separação de pais e adolescentes, a tarefa essencial do desenvolvimento adolescente.

Uma das tarefas que o adolescente tem de realizar é o trabalho dos lutos. A importância do luto face às imagens parentais e a escolha do objecto heterossexual é reforçada por Dias Cordeiro citado por Fabião (1998), que vê nessas tarefas dois organizadores do psiquismo adolescente, não podendo ocorrer o segundo sem a realização do primeiro.

A tarefa de *desidealização* dos pais da infância é das tarefas mais difíceis para o adolescente. Vai abandonar as fixações afectivas na família original e terá de recorrer nesta fase de adaptação a mecanismos de defesa, com vista a novas identificações e novas escolhas de objecto. Silva e Silva (1997) sustentam que, nestas identificações com os objectos do mundo exterior os pares e os amigos têm um papel importante para reforçar as defesas ou sancionar comportamentos inaceitáveis. As relações objectais têm um papel evolutivo e o adolescente, pouco a pouco, torna-se autónomo, sexualmente activo e capaz de aceitar a representação estável e duradoura de si. Um segundo organizador psíquico é referido quando o adolescente é capaz de manter relações de amor heterossexuais estáveis. O grupo permite um jogo de identificações e partilha de segredos experienciais que são essenciais para o desenvolvimento da personalidade

Além destas tarefas, Erikson salienta a importância do ambiente sociocultural a acrescentar à estrutura biológica e psicológica. É nesta fase da adolescência que a construção da

identidade se reveste de uma importância primordial. A identidade vai ser conseguida, nesta fase, em relação aos seus pais, de quem se afasta e em relação à

sociedade com a qual vai entrar em mais estreito contacto - pares e escola.

Para a formação da identidade muitos factores contribuem, de realçar a sociedade em que o adolescente está inserido e dentro desta a relação que o adolescente estabelece com o grupo de pares.

Sampaio (1994: 24) afirma que, *a formação da identidade deve ser considerada como um processo dinâmico, verdadeira interface da dimensão interna e externa do adolescente.* Inclui a noção de permanência e de continuidade, bem como a ideia de unidade, de coesão, permitindo estabelecer uma relação entre as coisas (Clães,1990).

A dimensão interna da identidade pressupõe a integração das pulsações características desta fase do desenvolvimento num todo em interacção possível com o meio. A dimensão externa pressupõe um processo de assimilação e rejeição das identificações sofridas, bem como da interacção entre o desenvolvimento pessoal e influências sociais.

São as influências sociais que segundo Sampaio (1994), contribuem para a formação da identidade. Deste modo, assume grande importância o grupo de jovens, onde confluem diversos factores essenciais para a identidade e autonomia adolescente .

A adolescência é a época na qual se consolida a identidade sexual. A identidade sexual vai sendo adquirida através das dúvidas internas e das constantes interacções externas com a família e com o grupo de pares. Fortalecem-se as relações com os outros à medida que se vai dando a integração das estruturas da personalidade, processo que só acaba na pós - adolescência.

À medida que o desenvolvimento evolui, os adolescentes enfrentam expectativas de comportamento maduro em relação ao seu papel sexual, tanto da parte de colegas como de adultos.

Ao longo do período da adolescência, o jovem vai construindo a sua própria identidade, nas experiências vividas através de um subtil jogo de identificações.

Se na infância os nossos modelos identificatórios são os pais, na adolescência vão ser jovens da mesma idade (Monteiro e Santos, 1995). Assim, as relações com os pais têm de mudar, para que os adolescentes possam ascender a ideias e afectos próprios. O grupo de pares pode ter uma função estruturante, apresentando modelos de identificação positiva

para o adolescente. No entanto, quando a relação com o grupo é de grande dependência pode apresentar alguns riscos negativos.

Numa época da vida em que se buscam outros universos para além dos familiares e

onde as figuras parentais são tanto mais importantes quanto têm que ser reelaboradas, e com as quais há muitas vezes conflitos, existe a necessidade de outros adultos significativos.

Contudo, a capacidade dos jovens atingirem autonomia está relacionada não só com a capacidade dos pais estimularem a separação, mas também com a qualidade emocional do vínculo que liga pais e filhos adolescentes (Fleming,1993). Quanto mais os pais são percepcionados pelos adolescentes como figuras promovendo a autonomia, mais eles devem funcionar como modelos identificatórios válidos e como adultos autónomos, valorizando e reconhecendo nos filhos a necessidade de se automatizar, oferecendo-lhe como base o amor que por eles sentem.

Salientamos o pensamento de Fleming citado por Sampaio (1994: 243)

> *Se a emoção básica for o amor, o adolescente progride na sua capacidade de se individualizar e de se separar, se a emoção básica for a hostilidade, o adolescente não encontra a base segura a partir da qual inicia o processo de separação (...). Não estando seguro dos laços que o unem aos pais e temendo uma perda de amor pelo facto de desejar separar deles o adolescente pode retirar-se na marcha para a tarefa da individualização, dando lugar ao impasse ou à paragem do desenvolvimento psicológico.*

Pensamos que é, de facto, aos pais que cabe o encorajamento da autonomia, dado que esta proporciona e estimula os movimentos exploratórios, a experimentação, o confronto com situações de frustração ou de insucesso, estimulando também a gratificação conseguida pela realização de tarefas sem ajuda parental, como reforço consequente da auto-estima do adolescente.

4 - DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL

O desenvolvimento psicossexual é um termo utilizado quando nos referimos ao desenvolvimento sexual no seu sentido mais amplo: a construção da nossa identidade, da nossa personalidade estão intrinsecamente ligados à nossa sexualidade, ao nosso género e à aquisição de papeis associados à nossa masculinidade e feminilidade.

A evolução da sexualidade é um processo complexo e subtil, sujeito a diversos acasos, à medida que o ser humano passa pela infância, adolescência e idade adulta.

A socialização sexual é o processo pelo qual o Homem se torna um ser sexuado, assume uma identidade do género, aprende papeis sexuais e adquire o conhecimento, as competências e as disposições que permitem ao indivíduo funcionar sexualmente numa cultura. Essa socialização sexual é explicitada nos diferentes contextos da existência: na família, na escola e no grupo de pares.

A sexualidade é uma realidade global e multifacetada que envolve toda a personalidade humana ao longo da vida. De acordo com Origlia e Ouillon (1964), desde os primeiros anos de vida temos manifestações comportamentais, não eróticas, no sentido da sexualidade adulta.

Independente de todas as criticas a que tem sido sujeita, a teoria psicanalítica do desenvolvimento psicossexual de Freud, tem o mérito de estabelecer uma continuidade do desenvolvimento sexual, desde a infância até à idade adulta.

Até há alguns anos atrás a sexualidade infantil era negada, condenando-se todas as suas manifestações. Investigações mais recentes vêm confirmar que as crianças assumem comportamentos que os adultos definiriam como sexuais, residindo a diferença no significado que lhes é atribuído. Na infância existem manifestações de sexualidade, contudo pouco definidas. Durante esta fase é normal observar as crianças a mexerem nos seus órgãos sexuais, inventarem brincadeiras (aos pais e ás mães). *Brincadeiras infantis*, normais nesta fase da vida; muitas das vezes os adultos consideram - nas *perigosas* e repreendem as crianças tornando-as culpabilizadas e traumatizadas. Nestes momentos os adultos devem ter atitudes positivas face a esses comportamentos da criança.

Segundo Meneses (1990:143), *Um determinado comportamento só é sexual se for entendido como tal pelos participantes; este significado depende do contexto e das*

definições pessoais e sociais da situação. Desta forma, as actividades *sexuais* das crianças não correspondem ao que adolescentes e adultos designam por comportamentos sexuais. *È importante ter em conta que as actividades sexuais infantis se baseiam em motivações muito diferentes das dos adultos*(Meneses, 1990:143). O que na maioria das vezes as crianças querem é imitar os modelos dos adultos, descobrir o seu próprio corpo e o dos outros.

Ainda que a aprendizagem do corpo como fonte de prazer seja iniciada precocemente, as crianças não detêm suficiente conhecimento e exposição à sexualidade para entenderem as implicações dos seus comportamentos, e os significados que lhe são atribuídos pessoal e socialmente.

Todos sabemos, que somos seres sexuados e temos manifestações e interesses sexuais quer sejamos crianças, jovens e velhos. Sabemos, também, que essa sexualidade muda ao longo da vida; cada idade tem as suas manifestações próprias, e admite várias formas de expressão consoante os indivíduos. A sexualidade está em cada um de nós, dependente de anteriores situações da nossa vida, da maneira particular como a vivemos, das oportunidades que se nos deparam, dos eventuais acidentes que nos afectam, sendo a sua história psicológica única e pessoal.

A OMS (Organização Mundial de Saúde), define a sexualidade como uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade. Ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados. A sexualidade é uma fonte de comunicação, bem estar e prazer inerente a todos os seres humanos e que mediatiza todo o nosso ser, influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influência também a nossa saúde física e mental.

Na opinião de Miguel (1994), é difícil definir o que é a sexualidade, dada a complexidade dos aspectos em que está implicada. No entanto o mesmo autor mostra-nos qual o seu papel fundamental:

* *na identificação*, é a sexualidade que nos faz sentir bio-psico-socialmente mulheres ou homens;

* *na reprodução*, hoje, já se podem ter filhos por inseminação artificial. Mas, é através das relações sexuais que habitualmente um homem e uma mulher têm filhos;

* *na relação amorosa*, a sexualidade é uma forma de expressão física do nosso amor e reforça a relação amorosa ,

* *no desejo e prazer,* a sexualidade é responsável por desejos extremamente intensos e um prazer muito grande acompanha habitualmente os pensamentos e actividades sexuais.

Ainda segundo o mesmo autor, a sexualidade deve contribuir para o bem estar físico, desenvolvimento psicológico e afectivo. Ser vivida numa relação afectiva de uma forma responsável e partilhada em igualdade.

4.1. - Afectividade

A sexualidade está mediatizada por numerosos factores biológico, psicológicos e sociais. De entre todos eles tem especial importância o afecto. É necessário ter em conta que, para muitas pessoas, o bem estar não é possível sem amar e ser amado. As relações com as figuras de ligação afectiva (normalmente os pais os irmãos e o companheiro(a) satisfazem necessidades profundas de segurança emocional e intimidade que não podem ser encontradas fora deste tipo de relações).

Segundo López e Fuertes, (1998) o ser humano não tem apenas apetência sexual instintivamente preprogramada, mas tem, também, necessidades e capacidades afectivas que frequentemente se associam à actividade sexual.

A afectividade, que até ao período da adolescência era circunscrita à família, passa a orientar-se mais intensamente noutro sentido; as relações alargam-se a outros amigos, amigas e a outros adultos.

A primeira novidade na vida afectiva dos adolescentes é precisamente a emergência do instinto sexual, que vai entrar na sua fase activa, por ocasião do estabelecimento da função reprodutora. Na adolescência, na opinião de Miguel (1994), a sexualidade manifesta-se de uma forma mais intensa e clara, e o adolescente começa a estabelecer a ligação entre a sexualidade e a afectividade.

É no período da adolescência que os jovens de ambos os sexos passam a sentir o desejo intenso de estabelecer com outra pessoa uma relação afectiva especial. Quando este desejo é correspondido, leva à formação de um par. A esta relação chama-se tradicionalmente *namoro.*

O namoro é muitas vezes vivido pelos adolescentes com grande intensidade e crença na sua duração, embora na opinião de Miguel (1994), sejam extremamente raros os

que terminam no estabelecimento de uma futura relação de casamento. O mesmo autor refere:

> O *namoro constitui um aspecto muito importante no desenvolvimento afectivo dos adolescentes: pelo reforço da identificação feminina ou masculina; pela maior segurança que obtém pelo facto de se sentirem amados; pela experiência de um diálogo mais profundo e sincero e pela vivência do prazer em tornar mais feliz o outro. Em contrapartida a ruptura do namoro, especialmente se esta não é de comum acordo, pode trazer problemas aos adolescentes tais como: sofrimento pela perda afectiva; sentimentos de inferioridade pela parte do que se sente abandonado; sentimentos de culpa por parte do que abandona e dificuldade de estabelecimento de futuras relações de namoro, pelo medo da desilusão e do sofrimento* (Miguel, 1994 :18).

A sexualidade humana é, fundamentalmente, este apelo à relação em termos de personalidade, o que engloba evidentemente as diferenças sexuais. Para Leitão (1990:6) (...) *a sexualidade é genitalidade, mas é também afectividade, é conhecimento de si e do outro, é relacionamento consigo e com o outro, é respeito e compreensão de si e do outro, é projecto, é realização plena de si.*

Aceitar que a sexualidade constitui uma dimensão importante no desenvolvimento global da personalidade, implica, na opinião de Leitão (1990) um processo de educação sexual e educação da afectividade que predisponha à capacidade de observar, de analisar e valorizar o outro, ser capaz de auto-analisar, auto–valorizar, e, expressar adequadamente os próprios sentimentos como ponto fulcral para uma sexualidade bem conseguida.

4.2-Orientação sexual

Com as mudanças biofisiológicas, psicológicas e sociais verificadas no período da adolescência, vai-se produzir outra importante mudança no adolescente: a especificação da orientação sexual (López Furtes, 1998). O adolescente começa a ter sensações às quais

dará um significado puramente sexual, e determinados objectos e estímulos externos serão uma fonte de atracção sexual. É nesta etapa da vida que o desejo sexual alcança a sua maior efervescência. A necessidade de procurar satisfação sexual ou sentir-se receptivo a ela chega a ser mais forte do que nunca, começando assim a consolidar-se a orientação sexual . Quando falamos de orientação sexual referimo-nos ao tipo de objecto pelo qual o adolescente se sente atraído sexualmente.

O desenvolvimento sexual é um processo contínuo e dinâmico; a capacidade de exprimir significados eróticos no seio de um comportamento social aprende-se, principalmente, durante a adolescência e o começo da idade adulta.

O modo como o indivíduo aprende a dirigir o seu interesse sexual para indivíduos do mesmo sexo ou do sexo oposto é determinado pela interacção de factores hereditários e biológicos com factores psicológicos e sociais.

Podem-se considerar segundo López e Fuertes (1998), as seguintes formas de orientação sexual: heterossexual, homossexual, ambissexual (também designada bissexual), assexual e parafílica.

Em termos gerais, os indivíduos são heterossexuais quando se sentem atraídos por pessoas do sexo oposto; homossexuais quando se sentem atraídas por pessoas do mesmo sexo, bissexuais quando se sentem atraídos sexualmente por pessoas de ambos os sexos, isto é, por pessoas do mesmo sexo e do sexo oposto; são assexuais quando carecem de desejo sexual, nos parafilicos a sua atracção sexual é dirigida para objectos não humanos (animais) e para crianças menores (López e Furtes, 1998).

Tradicionalmente, a orientação sexual considerada saudável para o indivíduo e aceite pela sociedade é a heterossexualidade. Lembramos que até há bem pouco, a homossexualidade aparecia nos manuais de psiquiatria como uma enfermidade mental. Hoje, pensa-se que, quer a homossexualidade, quer a heterossexualidade e a bissexualidade são diferentes alternativas de desejo sexual .

5– A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Com a chegada da puberdade, como já vimos anteriormente, todo o organismo é invadido pela força das transformações biológicas e tomado por impulsos sexuais determinando o início do processo da adolescência.

A sexualidade faz parte do conjunto de transformações que caracterizam este período de vida, transformações essas que resultam do desenvolvimento sexual e que visam o desenvolvimento da sexualidade.

O adolescente, ao ser tomado por este turbilhão de transformações passa a sentir-se estranho, não consegue compreender o que se está a passar consigo. Por outro lado os impulsos sexuais até então desconhecidos chegam à sua percepção, crescem os desejos e as fantasias, sem que os jovens sejam capazes de os concretizar.

Freud, referiu-se à adolescência como um período da genitalidade, no qual a líbido, que há alguns anos se mantinha latente, é revivida. Ao nível tanto da realidade concreta, como do imaginário e simbólico, destaca-se a problemática do corpo. O adolescente confrontado com as transformações biológicas tem dificuldade em as integrar .

Na fase da adolescência desenvolvem-se distintos períodos, mediatizados pelas transformações corporais e psíquicas. Observa-se um crescimento desarmonioso entre as diversas partes do corpo, de que resulta uma discrepância entre a realidade externa física e especialmente no que se relaciona com as transformações ao nível dos caracteres sexuais, e a realidade interna psíquica. A rapidez do crescimento biológico não é acompanhada pela lentidão do crescimento psicológico.

A primeira fase, marcada pelas bruscas mudanças pubertárias, é uma fase de adaptação a um corpo que muda todos os dias e em que, sob o ponto de vista erótico, o corpo assume uma dimensão narcísica (é olhado, inspeccionado), é um modo de expressão simbólica dos conflitos e modos de relação (identidade sexual, de grupo), e é um marco para a construção da identidade.

Assim, os jovens vivem o início da adolescência num estado de certa confusão e incoerência, entre o que lhe era conhecido e familiar, por ocasião da adolescência, e as transformações pelas quais está a passar.

Neste período brota uma sexualidade genital caracterizada pelo auto-erotismo Segundo Levisky (1995), neste período, os impulsos e emoções sexuais ocorrem principalmente ao nível das fantasias e devaneios. O jovem, nesta fase, está muito voltado para si e para o seu próprio corpo. A masturbação é, na opinião de Ajuriguerra (1977), Clães (1985), Moradela (1992), e López e Fuertes (1998), um comportamento sexual frequente neste período. Nesta fase da vida o erotismo continua ainda auto - concentrado e, a maior parte das vezes, incapaz de integrar as relações afectivas que os adolescentes estabelecem. Os grupos de amigos continuam a ser unissexuais. *Com o sexo oposto cultivam uma relação ambivalente de provocação e de distanciamento*(Felix e Marques 1995:40).

Frade e col.(1992), assinalam que neste período existem "brincadeiras" entre jovens do mesmo sexo, nomeadamente os jogos masculinos e femininos de comparação do corpo. Além destes jogos entre os grupos unissexuais, os autores referem que os rapazes vivem solitáriamente, ou em grupo, jogos sexuais que estão voltados mais para a descoberta do próprio corpo, das sensações e prazeres que este lhe proporciona. São comuns as competições em relação ao tamanho do pénis, a distância de alcance do fluxo urinário como expressão de força e poder.

Para Frade e Col.(1992) alguns pré adolescentes podem envolver-se em relações sexuais com penetração, embora nesta fase de desenvolvimento seja pouco frequente.

Num segundo período, o distanciamento em relação ao sexo oposto é gradualmente substituído pela aproximação, os grupos tendem a ser partilhados pelos dois sexos e não apenas por um, embora, paralelamente a estes grupos de coexistência sexual, sejam mantidos os grupos unissexuais anteriores

Na opinião de Felix e Marques (1995), é frequente, também, nesta fase da adolescência, ocorrerem as primeiras experiências de relações sexuais com penetração. Contudo, na maior parte das vezes, estas têm ainda um caracter esporádico e sem compromisso.

No término da adolescência, com o processo de maturação fisiológica concluído, os jovens, já portadores de um corpo e de uma identidade praticamente adulta, a vivência sexual dos adolescentes passa a assumir muitos traços da adulta. Estabelecem-se relações amorosas duradouras, alguns casam ou coabitam, completando, assim, o seu processo de autonomia face à família de origem.

Neste período da adolescência, a maioria dos rapazes e mais de metade das raparigas afirmam, em estudos efectuados por Miguel e Vilar (1987), já terem tido experiências sexuais, as quais ocorrem integradas nas suas relações amorosas.

Todos os seres humanos têm impulsos sexuais, e, porque vivem em sociedade, o seu comportamento sexual é condicionado e controlado em grande medida pelo contexto sócio - cultural. Diferentes idades e diferentes sociedades envolvem diferentes formas de comportamento sexual.

Até há bem pouco tempo, na sociedade ocidental, a sexualidade e os comportamentos que dela derivam eram fortemente regulados pelas leis, pela moral e pela opinião pública.

Actualmente a sociedade tornou-se mais tolerante; neste aumento das margens de tolerância foi incluída a vivência da sexualidade dos adolescentes, ainda que alguns adultos não a olhem de uma forma plenamente positiva e não a incentivem (especialmente a sexualidade nas raparigas).

Se, por um lado, uma parte dos adultos reconhece que a vivência sexual dos jovens é algo de inevitável e positivo para o seu desenvolvimento posterior, outra parte continua a olhar os comportamentos sexuais dos adolescentes, sobretudo o das raparigas, como um perigo, uma nova desordem amorosa que deve ser controlada.

Talvez a maioria dos adultos se encontre num misto de confusão e de impotência face às transformações que se operaram nos comportamentos sexuais dos jovens nas últimas décadas.

5 .1- Características dos comportamentos sexuais dos adolescentes

Vimos que o adolescente ao atingir a maturação sexual, adquire a capacidade para se reproduzir, sente de forma poderosa a necessidade de buscar satisfação sexual e consolida a sua orientação sexual.

Durante a adolescência uma variedade de práticas sexuais vai concretizar o comportamento sexual dos adolescentes. De acordo com Miguel (1994), neste período de vida, a sexualidade manifesta-se através de diversas actividades sexuais que passamos a apresentar.

Sonhos sexuais

Sonhos sexuais- no início da adolescência é frequente que os adolescentes, de ambos os sexos, tenham sonhos eróticos (Meneses,1990). Estes são involuntários, considerados normais durante este período e podem ser acompanhados de excitação sexual. A ocorrência de orgasmo durante o sono (com ejaculação nos rapazes) é frequente. Embora ter sonhos sexuais e orgasmos seja normal , há muitos rapazes que têm medo que isso signifique alguma anomalia e faça mal à saúde. As raparigas receiam que isso signifique uma tendência demasiada para o sexo. Miguel (1994).

Fantasias sexuais

Fantasias sexuais- são o resultado de experiências culturais e pessoais, podendo conter material muito variado. Representam um papel importante na sexualidade, pela capacidade que têm de nos excitar e dar prazer e pela sua participação na masturbação e mesmo nas relações sexuais.

Meneses(1990) apresenta resultados obtidos por Miller e Simon (1980), num estudo com estudantes universitários; neste estudo constatou-se que, o conteúdo mais frequente das fantasias(em 87 % dos rapazes e 79% das raparigas) são os jogos sexuais ou as relações sexuais com alguém de quem se gosta. Esta investigação revelou também a existência de critérios diferentes na avaliação do significado erótico: para o sexo masculino aquilo que é expressamente sexual está embuído de significado erótico, independentemente do contexto emocional. Para o sexo feminino é o contexto emocional, e não os símbolos sexuais explícitos, que estão imbuídos de significado erótico.

Jogos sexuais

Jogos sexuais- definem todo um conjunto de carícias que despertam excitação sexual, permitindo a exploração do corpo do companheiro e o conhecimento das suas respostas sexuais. Em adultos e adolescentes que mantêm relações sexuais frequentes, estes jogos sexuais podem ser apenas uma actividade preliminar ao coito. Para muitos adolescentes, afirma Meneses (1990:153), *é a actividade sexual principal, uma vez que exclui a penetração vaginal e permite a conservação da virgindade. Sendo denominado por kardine de compromisso com a moral.*

Num estudo efectuado com adolescentes americanos, verificou-se que 50% dos adolescentes de ambos os sexos já havia tido experiências de jogos sexuais aos 15 anos.

Masturbação

A masturbação- é um fenómeno psicofisiológico que acompanha o indivíduo durante o seu desenvolvimento. Na adolescência a masturbação tem uma função maturativa e de desenvolvimento das zonas exógenas encaminhando os jovens para o prazer genital.

Wilde (1975 :225).refere que a masturbação *é uma manifestação normal, um comportamento sexual como qualquer outro, que não acarreta nenhum estrago fisiológico*, que segundo Almeida (1987:84) (...) *é um novo estádio da líbido, uma passagem saudável para a actividade heterossexual do adulto* e acrescenta que durante a adolescência é considerada um fenómeno normal.

A masturbação na adolescência adquire um carácter diferente daquele que tem na infância. Com efeito, nesta etapa, a masturbação pode ser acompanhada de fantasias sexuais e estas geralmente fazem referência a algum objecto ou pessoa externa. López e Furtes (1998) afirmam que, em parte, a masturbação adquire um certo carácter relacional.

A masturbação durante a adolescência não tem apenas a função de satisfazer o desejo ou aliviar a tensão sexual, mas também a de ajudar a conhecer o próprio corpo, favorecer a auto-estima e, em algumas situações a de ajudar a superar estados de tensão e ansiedade.

Até há bem pouco tempo, a masturbação era uma prática sexual considerada *anormal*, prejudicial à saúde. Nas últimas décadas verifica-se uma atitude mais permissiva e liberal. Apesar de atitudes socialmente mais tolerantes, subsistem ainda hoje, sentimentos negativos (ansiedade, culpabilidade, vergonha) por parte dos adolescentes face à masturbação.

Face a esta realidade torna-se necessário que pais e educadores não influenciem, de modo negativo, as *mentes* dos jovens face a este comportamento. Na opinião de Wells citado por Almeida (1987), se os pais desejam que o seu filho seja sexualmente saudável, terão de compreender que não existe nada de pernicioso no prazer sexual

Entendemos, tal como Levisky (1995), que a forma como os jovens encaram a masturbação depende do sistema educacional recebido, dos vínculos estabelecidos com os pais e dos conhecimentos que possuem a respeito do desenvolvimento psicossexual .

Segundo Meneses (1990), o padrão típico dos adolescentes do sexo masculino é iniciar a expressão da sexualidade através da masturbação, muitas vezes no contexto do grupo de pares. Nas rapariga, a masturbação tende a ser descoberta solitáriamente e a suceder à experiência do coito. Sorensen, em 1973, estudou as atitudes e o comportamento sexual dos adolescentes dos 13 aos 19 anos, verificou que aos 13 anos esta prática é mais frequente nos rapazes. Resultados que viriam a ser confirmados em 1979 por HAAS. (Meneses, 1990).

Homossexualidade

A homossexualidade - enquanto orientação sexual exclusiva, é relativamente rara nos adolescentes. São poucos os estudos realizados sobre a homossexualidade nos adolescentes. No entanto, alguns dados significativos parecem ter uma certa consistência. López e Fuertes (1998) ,afirmam que os contactos homossexuais são mais frequentes antes dos 15 anos e têm maior incidência nos rapazes que nas raparigas.

Apesar de maior aceitação e permissividade actual dos comportamentos homossexuais, segundo López e Fuertes (1998) o número de pessoas homossexuais não tem aumentado nos últimos anos.

No plano teórico, vários autores consideram que a passagem para a heterossexualidade passa por uma fase de investimento homossexual (Clães,1990). Para Blos(1985) *O desinvestimento dos objectos de amor parentais, que traz consigo a procura de novos objectos, passa, muitas vezes, por uma fase de homossexualidade que permite a resolução dos conflitos bissexuais e a entrada na adolescência propriamente dita.*

A nível das atitudes, López e Fuertes (1998), mostram-nos que os rapazes aceitam melhor as relações homossexuais entre indivíduos do sexo oposto do que no próprio, enquanto que as raparigas aceitam de forma similar em ambos os sexos. Os mesmos autores referem que, apesar da aceitação pelos adolescentes destes comportamentos, apenas 15,0% dos rapazes e 10,0% das raparigas tiveram algum contacto homossexual na adolescência Somente 3,0% dos rapazes e 2,0 %das raparigas mantiveram relações homossexuais continuadas.

Nesta perspectiva, a frequência de contactos homossexuais na adolescência é reduzida, e muitos deles não se repetirão posteriormente.

Os contactos homossexuais experimentados nesta fase estão, na opinião de Clães (1990:91), mais relacionados com (...) *um fenómeno transitório de experimentações sexuais, marcado pela exploração física e pela aprendizagem recíproca, desenvolvendo-se num contexto mais homossocial que homossexual.*

Na opinião de Miguel (1994), os contactos homossexuais entre os adolescentes são devido:

* à intensidade do desejo sexual e à vontade de o viver com outra pessoa;
* à maior frequência de amizades entre os adolescentes do mesmo sexo, no início da adolescência;
* maior inibição que os adolescentes têm em relação aos adolescentes do sexo oposto;
* ao desenvolvimento afectivo nesta fase estar incompleto.

De acordo com Origlia e Ouillon (1977), esta fase deve ser interpretada como um simples atraso na escolha definitiva do próprio sexo, na aceitação das naturais tendências para o outro sexo.

Heterossexualidade

Sendo esta fase do desenvolvimento caracterizada por uma necessidade de autonomia e desafio à autoridade dos pais, como já verificamos anteriormente, torna-se evidente que a aproximação entre os dois sexos e o desejo de intimidade heterossexual se efectue. E na opinião de Fonseca (1987) esta intimidade não desperta no adolescente um sentimento de culpa tão forte como na masturbação.

À medida que a adolescência progride e a identidade sexual se afirma, os namoros firmes e as relações de amor entre os adolescentes de sexos opostos baseadas em sentimentos mais profundos e maior compromisso, começam a tornar-se mais frequentes. As relações com o sexo oposto adquirem, nesta fase, nova importância .

Wahley e Wong (1999) afirmam que, os jovens, na maior parte dos casos, iniciam a sua vida sexual não pelas relações sexuais propriamente ditas, mas pelas carícias íntimas entre ambos (jogos sexuais). Todo este conjunto de carícias que despertam excitação

sexual, permite a exploração do corpo do companheiro e o conhecimento das suas respostas sexuais.

A motivação dos adolescentes para inciarem as relações heterossexuais é diversa. Para os rapazes, a perda da virgindade é o reconhecimento da sua maturidade sócio-sexual; a maioria não está afectivamente envolvida com a companheira, sendo, geralmente, relações casuais. Quanto às raparigas, no momento em que a experiência ocorreu, declaram estar envolvidas afectivamente pelo companheiro, com o qual manteve relações várias vezes após a primeira vez (Meneses, 1990).

As atitudes dos adolescentes em relação à heterossexualidade, segundo López e Fuertes (1998), são cada vez mais permissivas e liberais, no entanto essa aceitação é maior (sobretudo no caso das raparigas) apenas quando as relações ocorrem num contexto de amor e afecto.

Em suma, as raparigas atribuem maior importância à mediação afectiva ou sentimental nas relações sexuais, que os rapazes

Numa investigação efectuada pela (APF) Associação de Planeamento Familiar em 1981, com um grupo de adolescentes dos 14 aos 18 anos do distrito de Lisboa, revelou que 54,0% dos rapazes e 14,0 % das raparigas já ter tido relações sexuais. Em outros estudos mais recentes, verifica-se, também, esta mesma clivagem entre a prática de relações sexuais dos rapazes e das raparigas.

López e Fuertes (1998) referem que, em termos gerais os rapazes têm experiências sexuais mais cedo que as raparigas. No entanto as experiências sexuais nas raparigas aumentam consideravelmente com a idade(Moradela, 1992).

Miguel e Vilar (1987) sustentam ser possível haver tendência para os rapazes afirmarem que tiveram relações sexuais (mesmo não as tendo tido); pelo contrário as raparigas negam terem tido relações sexuais apesar de terem tido.

Estes resultados parecem ser reveladores da maior culpabilidade das adolescentes do sexo feminino e o maior prestígio social atribuído à actividade sexual do sexo masculino.

Mckinney (1986) refere que o tipo de vivência familiar, a forma como os pais se relacionam entre si, o seu comportamento face ao sexo oposto, e as relações afectivas que estabelecem com os filhos vão ser determinantes na forma como o adolescente vai encarar o sexo oposto, assim como todo o ambiente social onde estão inseridos.

5.2 – Consequências do comportamento sexual dos adolescentes

A adolescência não é apenas uma simples fase de transição como por vezes se afirma, mas antes um mecanismo dinâmico em que funções e comportamento se tornam mais complexos. É um período com dificuldades e conflitos relacionados com as grandes transformações que se operam nesta fase do ciclo vital. O comportamento de rebeldia que caracteriza neste período os adolescentes, é parte integrante do processo dinâmico e individual de conquista de identidade em que, assolados pelas mudanças, tacteiam em direcção à maturidade. Cometem inimagináveis travessuras e, com grande entusiasmo, abraçam altos ideais.

Na adolescência as implicações de maior vulto quanto à saúde decorrem das amplas transformações biopsicossociais vivenciadas e do "timing" em que estas ocorrem. Os mesmos acontecimentos têm impactos diferentes conforme a idade.

Como é do conhecimento geral a saúde não é uma preocupação prioritária nesta fase do desenvolvimento, embora se saiba que a responsabilidade por um comportamento favorável à saúde cabe, em grande parte, aos próprios jovens.

Os jovens adoptam padrões de risco cada vez mais precocemente e, na escolha de estilos de vida, o fracasso de negociação dos obstáculos desenvolvimentais, pode trazer consequências sérias para a saúde: alcoolismo, ou outras drogas e doenças sexualmente transmissíveis, etc.

O comportamento sexual é uma área de potencial risco para os adolescentes, o que deriva essencialmente duma actividade sexual precoce, muitas vezes não desejada, ou sem efectiva ponderação dos riscos possíveis (como por exemplo, contrair doenças sexualmente transmissíveis ou uma gravidez não desejada).

Todos sabemos que, a sexualidade tem percalços (uns evitáveis e outros inevitáveis). Os inevitáveis resultam da complexidade dos afectos com ela relacionados, das expectativas e das frustrações, da forma como a vivenciamos desde crianças. A gravidez não desejada é, ainda hoje, um problema evitável, que atinge um significativo número de jovens em todo o mundo.

Em 1998, os dados do Instituto Nacional de Estatística apontavam para um total de 7403 partos: 95 em jovens com idade inferior a 15 anos, 7308 jovens dos 15 aos 19anos. Isto significa que, o número de adolescentes a ter filhos poderá ainda ser maior se pensarmos que, alguns dos companheiros destas adolescentes são também eles próprios

adolescentes. No nosso País, em termos de taxa, a gravidez na adolescência tem baixado. Não é seguro, no entanto, que essa tendência se mantenha, já que noutros países com evoluções semelhantes as taxas mostram recentemente uma tendência para subir(Cordeiro, 1998).

Em Portugal o número de abortos clandestinos (fruto de gravidezes não desejadas) é desconhecido, mas estudos recentes apresentados pela Associação de Planeamento Familiar (1999), referem ser este um grande problema da nossa sociedade. O trauma psicológico duma gravidez não desejada é uma questão que tem congregado preocupações de vários investigadores.

Segundo Meneses (1990) as adolescentes, confrontadas com uma gravidez não desejada, têm quatro alternativas: o casamento, o aborto, serem mães solteiras ou entregarem o filho para adopção.

Breken, citado pelo autor acima referido, define quatro fases neste processo de tomada de decisão: a tomada de consciência da gravidez com sentimentos de felicidade, tristeza ou ambivalentes; a formulação de soluções possíveis; estudo das vantagens de cada alternativa e a decisão definitiva acompanhada de reacções emocionais . O período que medeia entre a certeza da gravidez e a tomada de decisão caracteriza-se grandemente por sentimentos contraditórios e alternados de ansiedade, depressão e euforia. Factores psicossociais (atitude face ao aborto, opinião dos outros), religiosos e económicos entre outros, vão interferir nesta decisão.

Sabendo que, os riscos orgânicos e os riscos psicológicos e sociais são mais elevados nas gravidezes não desejadas do que nas gravidezes desejadas e planeadas, consideramos, tal como Cordeiro (1998), que estas deverão ser objecto de prevenção.

As (DST) Doenças Sexualmente Transmissíveis são outro problema evitável, gerador de angústia nos jovens. A OMS afirma que, para além da violência, do uso de drogas e de acidentes, a propagação do Vírus de Imunodeficiência Humana(VIH) e outras doenças de transmissão sexual são a maior ameaça à vida dos jovens nos próximos anos.

A mesma organização alerta que, existe enorme ignorância entre os jovens sobre o sexo e os riscos a ele associados. Não nos referimos apenas ao Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), mas a outras doenças que, não sendo mortais ou incuráveis, podem ser potencialmente graves.

O desconhecimento de aspectos fundamentais da sexualidade, da contracepção e da procriação bem como a existência de crenças inadequadas, continuam a ser características

da maioria dos adolescentes. A falta de informação, sobre medidas preventivas e locais de apoio à sexualidade por parte dos jovens, dificulta uma prevenção eficaz.

No entanto, e de acordo com Pompidou citado por Gir et al (1998), estar informado não significa necessariamente conhecer o problema, nem, tão pouco, que tenha provocado mudanças de comportamento. Segundo os autores supra citados (1998:294*), quando os jovens se iniciam sexualmente, subestimam a SIDA probabilidade em infectar-se, acreditando que esse perigo está distante de si e que isso não vai acontecer consigo.*

As questões referentes ao comportamento sexual são complexas porque muitas vezes o indivíduo compreende a situação, porém, não consegue introjectar ou colocar em prática o que a ciência comprova, com vista à promoção da saúde.

Baseando-nos no conceito de saúde sexual definido pela OMS, como a capacidade para gozar e controlar o comportamento sexual e reprodutor de acordo com a ética pessoal e social, cada jovem deve: manusear os riscos do seu percurso com prejuízo mínimo para a saúde; estar livre de doenças que interfiram com as funções sexuais e reprodutoras; estar livre de medos e culpas, falsas crenças que inibam a resposta sexual.

Este conceito implica uma abordagem positiva da sexualidade humana, preparando os jovens para as responsabilidades familiares e para uma vida estável no futuro.

Em suma, a uma sociedade custa menos oferecer aos jovens uma informação/ formação adequada em planeamento familiar (incluindo a sexualidade) que tentar resolver as consequências que resultam da sua ausência.

6 - ATITUDE S FACE À SEXUALIDADE

As atitudes constituem uma parte importante da constituição única da pessoa e uma força importante no seio de cada grupo e da sociedade. As atitudes reflectem o funcionamento do conjunto dos processos psicológicos individuais e das influências sociais; elas têm constituído, desde há muito tempo, um foco da pesquisa sociopsicológica.

Numa atitude podemos considerar três componentes: a cognitiva a afectiva e a comportamental. Monteito e Santos (1995) sustentam que, as três componentes se reforçam mutuamente, formando uma estrutura de conjunto que tende a permanecer estável aparecendo geralmente associadas, (embora a afectividade seja provavelmente a mais central), a afectividade torna as atitudes diferentes das simples crenças e opiniões.

É através do comportamento manifestado pelo indivíduo que poderemos inferir as atitudes, dado que estas não são objectivamente observáveis. Na opinião de Monteiro e Santos (1995), as atitudes manifestam-se através de expressões verbais ou não verbais, de opiniões, de comportamentos. Estes autores definem a atitude como uma tendência, uma predisposição, para responder a um objecto, pessoa ou situação de forma negativa ou positiva.

Segundo Esteban et al. (1996) as atitudes formam-se pela inter-relação de três factores: pela informação que recebemos, o grupo com o qual nos queremos identificar e as nossas próprias necessidades pessoais. Estas atitudes não se mantêm uniformes ao longo da vida, da mesma forma como se formam; quando os factores que as originam se alteram elas também se modificam. Isto acontece nos adolescentes durante o seu processo maturativo, uma vez que o desenvolvimento da personalidade é o resultado de um processo em que intervêm factores inatos e adquiridos, de natureza social e cultural. Mediante a socialização adquirimos atitudes de acordo com o meio que nos rodeia, grande parte dos padrões de comportamento aprendem-se socialmente.

Desde o nascimento e durante toda a vida, somos submetidos consciente ou inconscientemente à adopção de atitudes, comportamentos e estilos de vida que resultam de um processo de socialização, que tem início no meio familiar e posteriormente no meio social em geral.

O conceito de atitude é o reflexo do mundo social a nível grupal é como uma tomada de posição de um grupo face a um objecto. (Vala e Caetano,1993). No entanto, presentemente, o conceito individualizou-se e perdeu essa dimensão social inicial face à operacionalização psicométrica em se apoiou Likert.

Calado(1998) refere que, um dos modelos de análise que contribuíram para o desenvolvimento da investigação e que operacionalizaram a atitude relativamente não a um objecto social, mas a um comportamento , foi o modelo da acção reflectida de Fishbein e Ajzen (1975). Neste modelo, o comportamento decorre de uma intenção que é determinada pela atitude perante esse comportamento.

Durante os últimos anos, as atitudes sexuais dos adolescentes sofreram uma evolução e uma aceleração constantes. Esta evolução traduz-se por uma permissividade crescente em relação a questões relacionadas com a sexualidade como: a importância da virgindade antes do casamento, a tolerância das relações sexuais pré- matrimoniais e a homossexualidade.

Como podemos verificar anteriormente, a sexualidade é vivenciada de forma diferente pelos dois sexos, em consequência dos diferentes critérios utilizados na educação afectiva e sexual dos rapazes e das raparigas, o que cria nuns e noutros atitudes e comportamentos diferentes.

No comportamento afectivo e sexual das raparigas é frequente estas apresentarem normalmente uma actividade sexual menor que a dos rapazes, pela maior culpabilidade e maiores consequências directas em relação às actividades sexuais. Muitas vezes as raparigas têm relações sexuais porque os namorados querem e elas têm medo que estes as abandonem, ou porque têm receio de ser consideradas antiquadas. Realçamos uma expressão de Miguel, (1994:30) *quase poderíamos dizer que as raparigas querem o amor se possível sem sexo.*

Relativamente aos rapazes verifica-se uma mudança na forma como estes vêem a sexualidade e isto pela influência que a sociedade e a própria família desempenha na sua educação. Aos rapazes são-lhe incutidos certos padrões comportamentais: devem ser eles a iniciar a relação amorosa; o desejo sexual é o valor mais importante do homem; o desejo sexual e a actividade sexual é uma necessidade fundamental no homem.

Muitas vezes o comportamento afectivo e sexual dos rapazes apresenta uma actividade sexual que é influenciada pela procura de segurança e desejo de afirmação .O

autor supra citado (1994 :32), refere que *quase poderíamos dizer que os rapazes querem sempre sexo sem o amor.*

Num estudo efectuado por VAZ verificou-se que, a motivação para a iniciação sexual era para as raparigas, predominantemente, a afeição pelo parceiro, enquanto que para os rapazes era mais um forte impulso sexual.

No entanto, actualmente, já se verifica cada vez menos estas diferenças nas atitudes sexuais das raparigas e dos rapazes . Hoje em dia, podemos afirmar que enquanto as raparigas começam a ter uma atitude mais favorável em relação à sexualidade e os rapazes começam a dar mais importância à afectividade que envolve a relação sexual.

Segundo Moradela (1998), as diferentes manifestações comportamentais a que já fizemos referência, encontram frequentemente bloqueio por parte dos pais, que muitas vezes agem de forma errada perante os problemas sentimentais dos seus filhos, sendo pouco compreensivos com o início das relações sexuais das filhas.

A convergência de padrões sexuais está longe de ser absoluta, persistindo crenças tradicionais sobre o comportamento sexual dos homens e das mulheres. A virgindade parece continuar a ser valorizada por muitos pais e adolescentes. Meneses (1990) afirma que, a atitude que prevalece na sociedade portuguesa é mais culpabilisante e negativa quanto à sexualidade feminina.

A sexualidade feminina é vista e encarada sob o ângulo da moral e da religião, resultando daí muitos mal-entendidos e tabus. São estes mal - entendidos e tabus que geram situações de desigualdade, particularmente na célula familiar.

A dicotomia da sexualidade feminina / masculina vem de há longos séculos. A mulher ideal devia ser assexuada, meiga, tolerante e sempre pronta a acariciar o marido. Quando a mulher fugia deste modelo era rotulada e marginalizada.

A sexualidade feminina não pode ser vista sob o modelo reprodutivo e muito menos pelo distúrbio da sexualidade, mas procura-se enquadrá-la, tal como a sexualidade masculina, sob o modelo gratificante e de prazer. Uma sexualidade gratificante é condição indispensável para o equilíbrio emocional.

Na história da sexualidade persistiu durante muito tempo a perspectiva tradicional, onde a moral dominou, emprestando uma valorização negativa à sexualidade e ao erotismo. A sexualidade tinha apenas um objectivo: a reprodução.

Na opinião de Ferreira (1996), os jovens que frequentam assiduamente a igreja e valorizam a religião na sua vida, têm atitudes sexuais mais conservadoras. Como é sabido,

a igreja católica desempenhou e continua a desempenhar um papel vital na influência de opiniões e atitudes dos indivíduos face ao comportamento sexual. Contudo, essa influência não se pôde manter unívoca (atendendo ao fluxo ascendente de jovens praticantes), o que a obrigou a reflectir e a aceitar timidamente algumas formas de contracepção (os chamados métodos naturais). Esta aceitação embora limitada, implica o reconhecimento da sexualidade com funções diferentes da meramente reprodutiva.

Convém, no entanto, matizar esta posição tendo em conta que o próprio papel da igreja e o seu poder em termos de emissão de valores é determinado por contextos políticos e sócio-económicos particulares que variam de país para país. No nosso país começou a vislumbrar-se uma política de abertura a algumas questões subjacentes à sexualidade, no que respeita à contracepção, à legislação sobre o aborto e à introdução da educação sexual nas escolas.

Segundo Clães (1990), os adolescentes mais velhos manifestam atitudes mais permissivas que os adolescentes mais novos, isto é, os primeiros admitem mais facilmente que é importante falar e pensar na sexualidade, também se mostram mais tolerantes face a questões como a contracepção, as relações sexuais pré- conjugais e a homossexualidade.

Ao falarmos de atitudes face à sexualidade López e Fuertes (1998), fazem distinção das mesmas em dois grandes tipos: atitudes conservadoras e atitudes liberais.

As atitudes conservadoras são caracterizadas por uma visão da sexualidade no sentido da procriação. Ao ter uma visão conservadora da sexualidade, mantém-se, por sua vez, uma opinião conservadora relativamente a uma série de temas socialmente polémicos: divórcio, relações pré-matrimoniais, homossexualidade, bissexualidade, masturbação, aborto, uso de contraceptivos, direito à sexualidade (López e Fuertes, 1998).

As atitudes liberais aceitam a sexualidade como um acto humano positivo que oferece múltiplas possibilidades ao indivíduo: estabelecer relações amorosas, formas de comunicação íntimas, sentimentos e expressões de ternura e afecto. A procriação é entendida como uma opção responsável e livre que os jovens podem aceitar ou evitar.

As pessoas que têm esta atitude tendem a ser tolerantes e a aceitar as orientações sexuais das minorias; estão preparadas mental, afectiva e socialmente a viver a sua sexualidade, a aceitar que os demais a vivam também, ainda que diferente da sua. Aceitam os desejos sexuais, fantasias, e sensações sexuais como algo natural.

Parece-nos, no entanto, que esta descrição de atitude tem um valor relativo em termos históricos e sociais, no sentido de que, num determinado momento e em certa

sociedade, as atitudes podem ser consideradas como liberais, enquanto que podem ser consideradas conservadoras em outro momento ou em outra sociedade.

7- EDUCAÇÃO / INFORMAÇÃO SEXUAL

Hoje é reconhecida a necessidade e a importância da educação sexual formal, a nível dos Ministérios da Saúde e da Educação e por instâncias internacionais importantes na área da educação, cultura, infância, juventude e saúde como sejam a UNESCO, a UNICEF e a OMS.

A falta de educação / informação sexual nos adolescentes não é apenas um problema exclusivamente do nosso país, como o demonstra um estudo publicado pela OMS em nove países europeus-«Education sexuelle et enseignement du planning familial à l' intention des jeunes» (Loureiro,1990). Neste concluiu-se que apenas uma minoria de jovens beneficiam duma educação sexual capaz.

Dos diversos estudos efectuados em Portugal, destacamos o de Navarro (1985) em que a conclusão é a mesma. Os adolescentes consideram-se pouco informados sobre a sexualidade; as fontes de informação informais (amigo(ª), pais) são as principais fontes referidas pelos adolescentes; os pais funcionam apenas como informadores espontâneos, ou, então, são pouco solicitados para estas questões.

O sexo parece continuar a ser um *tabu;* os adolescentes e os educadores (pais e professores) sentem-se pouco à vontade para abordar este tema. Os pais deixam essa informação para os professores, e estes, por sua vez, para os profissionais de saúde.

Assim, muitas vezes, os adolescentes são deixados na ignorância, ou recebem a informação por meios menos adequados e de uma forma errada podendo criar-lhes repugnância por questões sexuais, desenvolver um ponto de vista pervertido ou levar estes a banalizar o sexo.

Face ao exposto, levantamos a questão: A quem atribuir a responsabilidade da educação / informação sexual dos adolescentes?

Como que numa tentativa de amenizar a controvérsia suscitada à volta da educação sexual, o Decreto-lei nº- 3/84 de 24 de Março preconiza a criação de "Consultas de Planeamento Familiar para jovens" no âmbito dos Centros de Saúde e a criação de "Educação Sexual" a desenvolver pelo Ministério da Educação.

Antes de mais, interessa fazer a distinção entre os dois conceitos e*ducação / informação*. Enquanto que a *educação* diz respeito a uma formação de base, que não pode

ser ensinada em determinadas disciplinas ou em determinado ano, mas que pressupõe a transmissão de normas, comportamentos, atitudes, valores morais ou religioso. A *informação* pressupõe uma transmissão de conhecimentos neutra, não associada a quaisquer valores.

O informar é um dos componentes do educar, visto que, informar é o mero fornecimento de factos e dados, leva a um crescimento individual por aposição, de fora para dentro. Mesmo considerando que possa fazer parte do processo de educação, não o substitui.

O educar além de englobar o informar, inclui também o aconselhar, orientar; provoca mudanças interiores no indivíduo. O aconselhamento consiste em auxiliar alguém a escolher uma das opções disponíveis. A orientação é um processo pelo qual se auxilia uma pessoa a analisar quais as opções de escolha de que dispõe

Enquanto a informação consiste em transmitir um número de conhecimentos sobre determinado tema, sem uma avaliação de que o sujeito que recebe informação, assuma, integre e, portanto, optimize o seu comportamento por ter recebido essa informação, a educação consiste em fornecer a alguém subsídios e modelos para o crescimento pessoal e para a assunção de ideais e de comportamentos próprios. É um processo complexo, que requer tempo e influência de pessoas, significativas.

Sem dúvida que as questões referentes ao sexo são complexas porque muitas vezes o indivíduo compreende pela informação a situação, porém, não a interioriza. A mudança de atitudes é, sobretudo, gerada a partir da interiorização do senso de responsabilidade despertado e assumido pelo indivíduo e não por imposição ou obrigação(Gir et al, 1998).

É importante, sem dúvida, ter um bom conhecimento para possuir um bom controlo dos mecanismos e funções e alcançar um bom domínio do próprio corpo mas, fica-se longe da educação sexual, restringindo esta a um mero processo informativo.

Para Leitão (1990:5), *a educação sexual comporta a informação. Contudo, transcende-a na medida em que visa, enquanto processo educativo, o desabrochar da personalidade do indivíduo enquanto ser sexuado.* Esta tem por objectivo, promover o desenvolvimento psicossexual do adolescente, com vista à formação da personalidade adulta. Daí que, a educação sexual é muito mais que a informação sobre anatomia, fisiologia e reprodução; é, sobretudo, um processo progressivo de orientação e formação, que visa desenvolver atitudes e valores, permitindo a socialização do indivíduo.

Também Cortesão e col (1989) defendem que, a educação sexual não pode

reduzir-se apenas a mera informação científica sobre morfologia e fisiologia dos órgãos genitais, mas tem que ajudar os jovens a integrar a sua sexualidade na globalidade da sua pessoa.

A educação sexual segundo um comité de *expertos* da OMS deve integrar os aspectos somáticos, intelectuais, afectivos e sociais do ser sexual, realizada segundo uma série de modalidades em que se valorizem a personalidade, a comunidade e o amor .O amor é querer bem à pessoa amada, como o expressava Aristóteles.

Através da educação sexual deve promover-se o desenvolvimento psicossocial dos jovens, ajudando-os na construção de uma imagem positiva do seu corpo como entidade sexuada, conduzindo a uma vivência mais gratificante e esclarecedora da sexualidade humana.

Na adolescência, o problema da educação sexual ganha uma outra dimensão pela complexidade dos processos cognitivos e afectivos que acompanham a reelaboração e consolidação da identidade pessoal. A mera informação, como um conjunto de palavras que carece de entendimento, é insuficiente para uma aprendizagem que envolve a construção pessoal e consequente modificação de comportamentos. Nesta fase de desenvolvimento da personalidade os jovens têm necessidade não só de reestruturar a sua história pessoal passada, em função do despertar das novas potencialidades do presente, como também de introduzir novos elementos dinamizadores da construção do seu projecto de futuro.

Leitão (1990:8) refere que *é neste momento crucial do desenvolvimento da personalidade que a educação sexual se reveste de uma importância particular*. Segundo a (DGF) Direcção Geral da Família, esta deve contribuir pelo exemplo, pela informação, pelo diálogo, para ajudar os jovens a tornarem-se homens ou mulheres em todas as suas dimensões.

É, pois, imprescindível implementar uma educação sexual, cujos objectivos não se limitem à transmissão de informação sobre anatomia e fisiologia dos mecanismos da reprodução, mas prossiga objectivos mais vastos e mais integrados da preparação dos jovens para a vida adulta e para as responsabilidades com que se irá defrontar no futuro.

Partindo do pressuposto que a sexualidade é uma actividade inerente ao Homem, e segundo Roper (1987) é tão importante como todas as actividades de vida, está implícito iniciar a educação sexual nos primeiros anos de vida. Na nossa perspectiva, a educação sexual deve ser um processo formativo contínuo construída nas vivências quotidianas de

todos nós. Assim sendo, esta deve ter início o mais precoce possível para que possa conduzir a um desenvolvimento equilibrado / saudável.

7.1- Educação sexual na família

A família é o primeiro e natural espaço de realização e desenvolvimento da personalidade, de convivência solidária entre gerações e de transmissão de valores morais, éticos, sociais, espirituais e educacionais. É um espaço onde se nasce, cresce e desenvolve a vida e, enquanto tal, unidade fundamental da sociedade. A família é um meio privilegiado da realização pessoal e, simultaneamente, de integração na sociedade.

De acordo com Almeida (1987) os pais são pela ordem natural das coisas e cronologicamente, os primeiros educadores e os primeiros a poderem estabelecer o diálogo com os seus filhos. Daí que, a educação sexual deve ser iniciada no meio familiar. É aproveitando as diferentes situações familiares e num contexto natural que os pais devem mostrar atitudes correctas e transmitir a informação adequada.

É no seio familiar que a criança vai construindo uma imagem do corpo como ser sexuado, pela comparação com o pai, mãe ou irmãos, definindo atitudes próprias da sua condição de feminino ou masculino. A influência do ambiente familiar será um factor decisivo para a construção da personalidade e da sexualidade da criança.

Cortesão et al (1989) sustentam que, um ambiente familiar onde prevalece um clima de amor, compreensão, inter-ajuda, com manifestações de carinho e afecto entre pais e filhos, terá uma influência positiva na interiorização de comportamentos sexuais sadios, associado à afectividade e à relação. Nesta vivência de espontaneidade, liberdade e respeito, desprovida de tabus ou falsos moralismos é que a criança e mais tarde o adolescente, terão abertura para colocar as suas dúvidas, e, os pais poderão exercer a sua acção educativa a todos os níveis.

Face ao exposto, levantamos a questão: Será que os pais estão conscientes do seu papel de educadores nesta área ?

Loureiro (1990) manifesta a sua surpresa ao verificar (num estudo que realizou sobre a sexualidade) que as fontes de informação em questões sexuais eram, em quase 50% dos casos, o pai e a mãe, embora o pai informe preferencialmente o filho e a mãe se responsabilize por informar a filha, o que realmente surpreende, se nos recordarmos de

outros estudos na mesma área, em que esse papel era assumido em primeiro lugar pelo amigo(a). Realçamos também que neste mesmo estudo, 47,3% dos adolescentes não conversavam com os pais sobre este assunto, referindo a vergonha e o receio como motivo. Parece, perante estes resultados, que o tabu e o preconceito que o sexo representa ainda na nossa sociedade, é mantido pelos pais e continuado pelos filhos que não se atrevem a pôr à prova as capacidades dos progenitores de se adaptarem aos tempos de hoje.

Alguns estudos realizados, nos Estados Unidos da América em Itália e em Portugal, dos quais salientamos o de Pereira (1993), evidenciam um grande embaraço dos pais quando se trata do diálogo com os filhos sobre o tema da sexualidade. Segundo o mesmo autor, a atitude do pai e da mãe em relação a estas questões apresenta também diferenças. Os jovens do sexo masculino referem-se maioritariamente à postura do pai como receptiva, enquanto que as raparigas a declaram como evasiva. A expressão de embaraço e constrangimento ao abordarem entre si este tema parece ser comum aos pais e aos filhos, verificando-se, no entanto, maior embaraço no diálogo quando a jovem pertence ao sexo feminino. As jovens referem que os pais têm para com elas uma atitude de controlo e de menor permissividade que diferem das atitudes que têm em relação aos rapazes.

Também Gameiro (1994) salienta que alguns pais sentem algumas dificuldades em estabelecer diálogo sobre sexualidade com os filhos adolescentes, que se manifestam por:

- sentimentos de não estarem preparados para transmitir uma informação correcta sobre questões sexuais;
- não terem vivenciado modelos positivos de educação sexual nas suas famílias de origem;
- medo de se intrometerem demasiado ou de menos na vida pessoal dos filhos;
- dificuldades em solicitar ajuda por parte de outros na educação dos seus filhos e falta de tempo para estar com os filhos.

Tendo em conta que, a adolescência dos pais de alguns adolescentes, vivida em princípio nas décadas de 60 e 70, período de contestação dos valores tradicionais familiares, constata-se que receberam uma educação tradicional onde não era contemplada a vertente sexual. Estes pais, que questionavam os valores transmitidos pelos seus pais e desejam ceder novos valores aos filhos, parecem, agora eles próprios, não dispor de um modelo parental no qual se possam basear e contrariar a tendência para a reprodução da educação recebida na sua infância. Permanece assim uma atitude ambivalente. Muitos pais,

aliam aos tabus e vergonhas que povoam ainda a sexualidade, o receio de terem informações insuficientes e de não serem capazes de responder adequadamente às perguntas dos filhos.

De acordo com Pereira (1993), os pais com filhos adolescentes, estão também eles, a reviver a sua adolescência, os seus desejos e medos inconscientes, tornando-se complicado compreender as suas próprias dificuldades e as dificuldades dos seus filhos.

A mesma autora constatou que alguns pais revelam preocupação na aquisição de material didáctico sobre a temática, tendo como objectivo possuírem "informação correcta" para ajudarem os filhos nas suas interrogações e dificuldades. Relevando esta atitude poderemos pensar, que estes pais estão conscientes do seu papel de educadores.

Considerando a família como o principal grupo de apoio emocional que serve de suporte ao indivíduo e pela função socializadora que lhe é inerente, cabe aos pais (se estes estiverem preparados) responder às questões que os filhos colocam sobre a sexualidade, desenfabulizando-as e não dramatizando pequenos acidentes que normalmente surgem na evolução sexual. O papel dos pais como educadores deve ser de compreensão e ensino, de modo que os jovens desenvolvam harmoniosamente a sua sexualidade.

Na opinião de Rodrigues (1998), as personalidades harmoniosas constroem-se com sentimentos de confiança em si e no mundo que as rodeia. As desconfianças que de um ou de outro modo transmitimos inibem, regra geral, o desenvolvimento da personalidade e mais tarde a sexualidade.

De acordo com Sampaio (1993:99), *muitos problemas da adolescência têm origem em dificuldades já experimentadas na infância.* Por exemplo, as questões complexas de identidade sexual que se tornam nítidas quando se é adolescente, são influenciadas pelos passos dados pela criança no modo como esta organiza a sua sexualidade infantil. Assim, se a criança crescer num meio familiar onde possa colocar as suas dúvidas e questões, e existir um diálogo aberto e de confiança entre ela e a sua família, poder-se-ão minimizar dificuldades sentidas e prevenir problemas quando adolescentes.

A família como instância de socialização deverá promover a autonomização do indivíduo. O processo de autonomia e construção de identidade adulta é um processo de construção de intimidade dos adolescentes, intimidade essa que não se deseja vulnerável ao conhecimento ou emissão de juízos de valor pelos pais. Este é um período difícil tanto para os filhos como para os pais, pelo que estilos educativos adequados são importantes no desenlace de todo o desenvolvimento sexual do adolescente, podendo facilitar ou dificultar

este desenvolvimento.

A família enquanto instituição social constitui um contexto de primordial importância no desenvolvimento integral e global da criança, em particular no desenvolvimento cognitivo- afectivo-sócio-moral da criança e do adolescente. Núcleo de vinculação, coesão e interdependência mútua, mas ao mesmo tempo promotor de separação e de autonomia do adolescente que se confronta, nesta fase, com a tarefa de reestruturar as relações que se desenvolveram na infância.

A instituição família vai sendo, progressivamente, substituída pela instituição grupo de pares onde o adolescente passa a buscar a fonte de referenciadas normas de conduta e de estatuto.

No grupo o adolescente encontra o reforço necessário aos aspectos mutáveis do ego que ocorrem nesta fase da vida. O adolescente passa, em grande parte, a depender do grupo, tal como anteriormente acontecia com a estrutura familiar e, particularmente, com os pais. Deste modo o grupo passa a constituir a experiência necessária no mundo externo para alcançar a individualização.

O grupo de pares é percepcionado pelo jovens como lugar de interacções sociais da vida afectiva e trocas cognitivas. O grupo oferece, ao jovem, novos objectos de identificação, além de um espaço de segurança, de expressão e de comparação de comportamentos, ajudando-o na redefinição da sua identidade.

O grupo assume um papel central no processo de socialização dos adolescentes; a emancipação da influência familiar, faz-se simultaneamente a um investimento intenso nas actividades sociais, juntamente com os jovens da mesma idade. Deste modo, os adolescentes vão progressivamente abandonando a sua dependência dos pais, até atingir uma verdadeira autonomia. A autonomia do adolescente, não diz respeito apenas à separação dos pais, mas está sobretudo relacionada com a capacidade de decidir com segurança em si próprio, os seus comportamentos e valores.

Os filhos são o reflexo dos pais e da pressão da sociedade, mas o passaporte para um adulto de sucesso é marcado pela educação e o direccionamento dos direitos e deveres dados por aqueles que acompanharam a maturidade progressiva dos que farão o futuro.

Na opinião de Gameiro (1994), a maneira como se educam os filhos mudou ao longo da história e das diferentes culturas; na nossa sociedade existem diferentes estilos educativos familiares. Os estilos educativos variam entre a família democrática e a família autoritária.

Nas famílias do tipo democrático, os pais legitimam o seu poder encorajando os filhos a debater aspectos relevantes relacionados com o comportamento destes, embora a decisão final seja sempre aprovada ou tomada pelos pais.(Sprinthall e Collins, 1994).

Nas famílias do tipo autoritário, os pais são rígidos e controladores. Tentam ensinar aos filhos padrões perfeitos de comportamento, utilizando medidas punitivas e violentas para impor o respeito. Neste tipo de família a criança ou o adolescente procuram estabelecer diálogo com os pais sem que isso seja possível, pois os pais são demasiado autoritários para permitir que esse diálogo se estabeleça (Sprinthall e Collins, 1994).

O desenvolvimento global da personalidade da criança depende em grande parte dos estilos educativos ou das práticas educativas. Os pais devem ser seguros quanto à educação que dão aos seus filhos, terem metas, pois pais seguros têm menos probabilidade, do que pais confusos e contraditórios, de deixar os filhos inseguros e com problemas.

É necessário que os pais definam regras. Sem regras, o adolescente não tem noção do que é permitido e pode exagerar na liberdade que lhe é oferecida. Estas regras, devem ser suficientemente claras e flexíveis, de modo a suportarem alguns desvios, ou a modificarem-se, à medida que o adolescente amadurece.

Mathre(1999) salienta que, os estilos educativos podem influenciar os comportamentos sexuais. Na sua opinião, os pais que exigem grande maturidade dos filhos e dão carinho e compreensão, têm filhos com maior probabilidade de ter um comportamento social apropriado e que adiem as experiências sexuais e gravidez. Já os pais extremamente exigentes e controladores, ou negligentes e com pobres expectativas são menos bem sucedidos em inculcar valores parentais em seus filhos. O autor supra citado sustenta, que filhos de pais negligentes parecem ser os que têm maior experiência sexual, seguidos dos pais muito rígidos.

Do mesmo modo, na opinião de Mathre (1999) os pais podem influenciar positivamente o adiamento da iniciação sexual e o uso efectivo de métodos contraceptivos, se houver diálogo com os filhos sobre a contracepção e a sexualidade. Ao contrário, os pais que não informam os seus filhos podem estar a contribuir para o risco maior de permissividade sexual e de gravidez.

Em suma , uma boa educação é aquela onde há coerência, justiça e muito diálogo. Saber falar e escutar é o caminho certo, pois na adolescência a insegurança é como uma sombra e os adolescentes necessitam de pais que lhe dêem segurança e apoio.

7.2 - Educação sexual na escola

Paralelamente ao núcleo de relações familiares, outras fontes de referência mais institucionalizadas (como a escola) e fornecedoras de outro tipo de informação devem contribuir, também, para a formação da sexualidade do adolescente.

A escola é um dos locais onde a educação sexual deve complementar a preparação familiar. Contudo, vários estudos mostram-nos, que a escola está longe de desempenhar esta importante função.

Salientamos, alguns resultados de um estudo efectuado por Pereira (1993), com adolescentes: 56,0% dos inquiridos, revelaram que gostariam de ser esclarecidos pelos professores sobre o tema da sexualidade; quase a totalidade dos jovens expressaram ser da máxima importância e urgência o facto da escola introduzir aulas de educação sexual. Manifestaram também, vontade de serem esclarecidos por alguém qualificado.

Os pais por sua vez, estão também conscientes da ausência dessa informação nas escolas, e da lacuna que isso representa na formação sexual dos filhos.

Segundo o Decreto- Lei nº-3 / 84, artigo 2º-, de 24 de Março, a escola não demitindo a família das suas funções, tem um papel preponderante a desempenhar, assumindo uma actividade complementar na educação sexual das crianças e jovens , atendendo ás suas diferenças de género, à maturação cognitiva e afectiva, empenhando-se em corrigir atitudes e colmatar a ausência de informação bem como acompanhando toda a sua acção educativa com a sensibilização para valores profundamente humanos.

Em Portugal, a actual Lei de Bases do Sistema Educativo prevê a inclusão da educação sexual na área de formação pessoal e social que visa proporcionar ocasiões de aprendizagem de conhecimentos , de desenvolvimento de processos e atitudes e de capacidades de acção em diversas áreas. Contudo, nas escolas , os programas escolares fazem pouca referência a assuntos como a sexualidade, excepto em Ciências da Natureza e Biologia.

Tem-se vindo a discutir, com algum entusiasmo, a introdução de programas de Educação sexual nos currícula escolares – (o espaço da "área –Escola" e a disciplina de "Desenvolvimento Pessoal e Social" em alternativa à disciplina de Educação Moral e Religião Católica), o que veio permitir, embora ainda a titulo experimental, a implementação de programas de educação sexual em algumas escolas.

A Associação do Planeamento Familiar tem defendido a urgência da integração da educação sexual nas escolas, fornecendo aos jovens um espaço de informação, sobre a sexualidade e outras questões inerentes à adolescência.

No âmbito dos conteúdos programáticos, a vertente da sexualidade humana deverá fazer parte integrante do processo educativo, quer abordada de modo mais formal, com integração em currícula (em várias disciplinas – transdisciplinaridade - e não apenas nas tradicionais como a Biologia, porque cada uma tem as suas especificidades), quer integrando as relações normais interpares e entre os diversos elementos que constituem a Escola, criando espaços facilitadores e de expressão de problemas e de acesso à informação, embora com respeito integral pela intimidade e pela privacidade, para além da adequação à idade e às características da personalidade, familiares, e sociais do adolescente.

Na opinião de Menezes (1990), a escola pode reproduzir de forma velada, modelos tradicionais de divisão dos papeis sociais, através das expectativas e atitudes dos professores, da organização da sala de aulas, das actividades escolares, dos materiais pedagógicos e dos programas de ensino. O papel da escola na educação sexual implícita da criança e dos adolescentes é inegável, transmitindo valores e atitudes, reforçando crenças e comportamentos, ou seja, a contribuição da escola para a educação sexual não depende apenas da criação de espaços curriculares específicos, mas decorre, de forma não explícita, do decurso das actividades escolares.

O papel do professor reveste-se, neste âmbito, de extrema importância, não tanto pela sua opinião, mas pela forma como proporciona aos alunos um ambiente de confiança que favoreça o diálogo, tomando atitudes de disponibilidade, aceitação e respeito pela curiosidade natural dos jovens de modo a ajudá-los a ultrapassar dificuldades e angústias, não os deixando entregues a si próprios.

A educação sexual no meio escolar é pertinente, quando integrada no desenvolvimento das competências humanas, sociais e académicas dos adolescentes. Deve enquadrar-se no conjunto de relações pessoais e interpessoais, no respeito por si próprio e pelos outros, numa vivência satisfatória e gratificante do corpo e do espírito; deve também contribuir para a aquisição de informação e de conhecimentos que permitam a opção por atitudes, decisões e comportamentos mais adequados, no sentido de menores riscos e de uma vivência responsável, segura e gratificante da sexualidade.

A educação sexual dos adolescentes deve ser perspectivada na sua dupla função,

gratificação e reprodução. Aquela não deve cair na tentação demasiado simplista de reduzir as relações afectivas e humanas ao acto sexual. Se se continuar a desligar as coisas umas das outras corre-se o risco de nenhuma delas se tornar verdadeiramente eficaz.

Embora neste momento já se verifique algum progresso, no que respeita ao discurso sexual, este ainda enfatiza determinadas componentes da sexualidade negligenciando outras. Prazer, afectividade e reprodução são elementos inerentes ao processo da sexualidade, que, devem formar um todo coerente para que esta seja vivida em pleno. A componente prazer parece bastante ausente das discussões sobre o tema da educação sexual, acentuando-se preferencialmente a componente reprodutiva e o tom preventivo (sem dúvida o mais preocupante, mas não o mais edificante no sentido de uma pedagogia sexual).

Embora aceitando parcialmente o valor da sexualidade, (outrora tema proibido de se falar) ainda hoje, prevalece uma perspectiva que olha com desconfiança as manifestações sexuais dos jovens e se situa contraditoriamente entre o não querer desqualificar a sexualidade humana e o querer continuar a desejar regulá-la e limitá-la nas normas e padrões de comportamentos tradicionais.

Nos dias de hoje, já não faz sentido incutirmos nos jovens sentimentos de culpa e de vergonha e muito menos criando a ideia de que o sexo é sujo e pecaminoso; a educação sexual deve apoiar os adolescentes de modo a despertá-los para a vida . A educação sexual nas escolas não pode continuar a ser "tabu", mesmo para os professores mais conservadores. A educação sexual é necessária e indispensável; não só para informar / educar os jovens mas também para os orientar para uma vida sexual responsável.

7.3 - Outras fontes de informação

Embora muitos adolescentes tenham recebido educação sexual em idades precedentes, tanto na família como na escola, nem sempre estão devidamente preparados para tomar decisões mais conscientes e responsáveis face à sexualidade.

De acordo com a literatura existente, a transmissão de informação sobre a sexualidade de pais para filhos adolescentes é geralmente limitada, o que leva frequentemente os adolescentes a voltarem-se para os seus pares.

De acordo com Whaley e Wong (1999), grande parte dos conhecimentos dos

jovens sobre a sexualidade é adquirida de seus pares e dos média. Consequentemente, muita dessa informação que eles acumulam é incompleta, incorrecta, carregada de valores culturais e morais e, portanto, pouca adequada.

O grupo de pares, embora possa deter pouca informação, e por vezes inadequada e imprecisa, exerce uma influência importante na aprendizagem sexual dos jovens. O nível de confiança de relação com os pares, permite a transição de informação em contextos menos ameaçadores para os adolescentes. Segundo Whaley, Wong, et al (1999:351) *O melhor amigo é o melhor auditório que o adolescente pode encontrar para ensaiar possíveis papeis e identidades que ele deseja experimentar.* No grupo cada um deles se interessa pelo que o outro pensa e sente.

Para a maioria dos jovens o grupo de pares assume, durante a adolescência, um papel importante, se bem que os pais continuem sendo a principal influência na sua vida.

Actualmente os jovens são constantemente expostos, pelos meios de comunicação social, a símbolos sexuais e à estimulação erótica. Os *mass media,* em especial a televisão (quer pela força da sua imagem e pela insistência com que aborda e explora a imagem sexual, sobretudo da mulher), são sem dúvida, agentes fortemente modeladores e incentivadores do comportamento afectivo- sexual dos adolescentes.

Segundo Meneses (1990), a leitura e a televisão constituem importantes fontes de informação sobre a sexualidade para os adolescentes. No entanto, o material disponível não é geralmente produzido com a intenção de responder ás suas necessidades, pelo que, frequentemente inclui noções falsas ou inadequadas sobre a sexualidade, tendo uma influência nefasta na formação dos jovens. A sexualidade é abordada como objecto comercial, sem dignidade, sem sentimento e equilíbrio, o que favorece a identificação da sexualidade como algo banal e promíscuo.

Apesar de, nos últimos tempos, termos assistido a alterações nos padrões culturais, que se reflectem numa relativa mudança de mentalidades, ainda se verifica a prevalência do modelo que privilegia a vertente reprodutiva da expressão sexual (genitalidade) esquecendo e negando, ou deixando para segundo plano, a afectividade e o prazer.

8 - SAÚDE REPRODUTIVA / PLANEAMENTO FAMILIAR

O conceito de saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir quando, e, com que frequência o fazem (Conferência Internacional sobre População, 1994).

Esta última condição pressupõe o direito do homem (ou mulher) de ser informado e ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis, bem como o direito ao acesso a serviços de saúde adequados. Abrange ainda, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora de vida e de relações interpessoais, dando respostas adequadas, às necessidades nesta área, ao longo do ciclo de vida incluindo o período da adolescência

Até 1984 não existia nenhum quadro legal que regulamentasse esta matéria. A criação da LEI 3/84 de 24 de Março - Direito à Educação sexual e ao Planeamento Familiar, surge após um debate parlamentar onde se discutiram questões ligadas à legislação e despenalização do aborto. Deste debate parlamentar, emerge a preocupação de definir um quadro legal para a prestação de cuidados de planeamento familiar e para a implementação da educação sexual nas escolas.

A Portaria 52/ 85 de 26 de Janeiro- vem regulamentar a Lei 3/84 de 24 de Março, relativamente ao Planeamento Familiar; define as competências dos serviços de saúde e permite dotar os Centros de Saúde dos meios necessários para que possam desenvolver as suas funções, nomeadamente junto dos jovens, organizando programas de informação/ educação sexual. Esta legislação constitui, assim, o ponto de partida para muitos projectos de articulação nesta área concreta.

As Consultas de Planeamento Familiar devem assegurar actividades de promoção da saúde, tais como: informação, infertilidade, aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das (DTS) Doenças de Transmissão Sexual, prestação de cuidados pré -concepcionais, prevenção do tabagismo e do uso de álcool e outras drogas.

As actividades de Planeamento Familiar constituem, uma componente fundamental da prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva. São parte integrante dos Cuidados de Saúde Primários, e devem organizar-se, em cada Centro de Saúde em articulação com outras instituições, de modo a responder às necessidades das populações em geral,

considerando os adolescentes como um dos alvos prioritários.

Os Centros de Saúde deveriam ser os locais polarizadores e dinamizadores da problemática sexual. Para Rodrigues (1998) são instituições dotadas de condições para constituírem equipas pluridisciplinares. Estas equipas, conhecedoras da sexualidade humana, estão em condições para promover a educação sexual dos jovens e promoverem cursos de formação e actualização a outros técnicos, no sentido de possuírem as melhores competências para a relação com os adolescentes e para que estes sejam promotores directos da saúde sexual.

Nas Consultas de Planeamento Familiar os técnicos de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem ter em atenção certos princípios básicos:

* criar empatia - saber escutar e estabelecer um clima de confiança;

* interagir - encorajar os jovens a colocar os seus problemas e questões;

* assegurar a confidencialidade;

*adequar a informação às necessidades da pessoa em presença, evitar informação excessiva (demasiada informação não permite reter o essencial). Por outro lado, tempo demasiado gasto com a informação, deixa pouco tempo para discutir e esclarecer dúvidas.

O enfermeiro deve estar atento aquilo que o adolescente não consegue verbalizar.

Nas consultas de planeamento familiar é necessário um ambiente de apoio e encorajamento. O técnico de saúde (enfermeiro, médico, sexólogo e psicólogo) deve ser capaz de criar um bom relacionamento com o adolescente. A confidencialidade tem que ser assegurada, não devemos ser "moralistas". É necessário possuir conhecimentos e atitudes adequadas para lidar com os problemas e necessidades dos adolescentes.

Nestas consultas devem ser implementadas medidas para atrair e fixar este grupo etário, nomeadamente através de horários flexíveis e atendimento desburocratizado e gratuito.

Cordeiro (1998) refere que, apesar da acção intensa que se tem verificado nestes últimos anos, a nível dos Centros de Saúde e de outros sistemas de saúde e da acção da Associação do Planeamento Familiar e outras, continua a constatar-se um uso deficiente dos métodos anticonceptivos

Para o autor citado, os adolescentes vêem os serviços prestadores de planeamento familiar com uma certa desconfiança e pouca credibilidade. Segundo Calado (1990), os jovens têm medo de serem identificados e estão pouco motivados para frequentarem estas

consultas, muitas vezes por falta de informação e desconhecimento do seu funcionamento.

Torna-se necessário, proceder à sensibilização das populações, nomeadamente dos mais jovens, para a importância da promoção da saúde, prevenção da doença e dos seus direitos em usufruir de cuidados de saúde gratuitos vocacionados em dar resposta a alguns dos seus problemas, respeitando a individualidade e privacidade. Em suma, é necessário motivar os jovens a participar de uma forma activa na promoção da sua saúde sexual .

8.1 - A contracepção na adolescência

A contracepção é utilizada no planeamento familiar, através de *um conjunto de processos que procuram evitar que a mulher fique grávida quando tem relações sexuais"* (Miguel,1994:62). A mulher tem o direito ao exercício da sua sexualidade, sem que isto implique ficar escrava da reprodução. A contracepção é utilizada como medida preventiva, ou pelo menos deveria ser, sempre que se verifiquem relações sexuais e não se deseja uma gravidez.

A *revolução contraceptiva* introduziu a possibilidade de modificações profundas no comportamento sexual. A descoberta de métodos eficazes e económicos de controle dos nascimentos veio permitir ao homem e à mulher um papel activo e consciente na tomada de decisão sobre ter ou não ter filhos.

Diversos estudos confirmam que uma larga proporção de adolescentes não casados são sexualmente activos, ainda que muitos destes não tenham relações sexuais frequentes. Segundo Cordeiro (1998), a maioria continua a não utilizar métodos contraceptivos nas primeiras relações e em muitas das relações ocasionais.

Associado ao despontar do instinto sexual, que vai provocar no adolescente modificações profundas no conjunto de uma vida afectiva e da sua personalidade, muitos jovens decidem tornar-se sexualmente activos. (Whaley e Wong ,1999) Porém, de acordo com Vilar (1992), esta decisão na maioria das vezes não é acompanhada de medidas contraceptivas adequadas. Para este autor, as razões que levam os jovens à não utilização dos métodos contraceptivos são: relações sexuais esporádicas, falta de informação sobre métodos contraceptivos, e a própria sexualidade; acrescenta-se ainda, que muitos jovens possuem crenças erradas sobre a sexualidade.

Na opinião de Miguel (1994), é importante que os adolescentes que têm relações

sexuais estejam informados de que uma gravidez pode acontecer quando houver apenas uma relação sexual ou nas relações sexuais incompletas, (sem penetração) e nas relações sexuais com coito interrompido. Devem, ainda, estar alertados para as consequências de ser mãe adolescente ou fazer um aborto.

Embora existam opiniões divergentes, Cordeiro (1998) afirma que, uma maior informação dos adolescentes, em idades mais precoces, em relação à sexualidade, não se traduz por um maior número de relações em idades mais jovens; pelo contrário, verifica-se um adiamento das primeiras relações e uma maior protecção aquando dessas mesmas relações. Está provado que *gostar de si próprio e do seu corpo leva o adolescente a tomar mais cuidado com o que eventualmente possa vir a acontecer* (1998:83).

A utilização de contracepção pelos jovens, aumenta à medida que estes vão estabilizando e regularizando os seus contactos sexuais. Contudo, mesmo em relações regulares o uso de contracepção não é a norma e, quando acontece, pode ainda não ser regular e sistemático.

Os adolescentes, casados ou não casados, enfrentam diversos problemas relativos à sua saúde sexual e reprodutiva, incluindo as consequências de uma gravidez não desejada que pode levar entre outras possibilidades, a um aborto inseguro. A gravidez precoce, em idades abaixo dos 16 anos, está associada a um elevado risco de mortalidade e morbilidade para a mãe e para o filho. Além disso, a gravidez reduz as oportunidades de educação e emprego e afecta o desenvolvimento sócio- cultural dos jovens.

Além de todos estes problemas, as relações sexuais desprotegidas, como já vimos anteriormente, também expõem os adolescentes a um elevado risco de contrair doenças de transmissão sexual.

O (SIDA)Síndrome de Imunodeficiência Adquirida confronta-nos de imediato com esta realidade: o amor, o prazer, o gosto pelo perigo. Segundo Andrade (1997:335), *Os adolescentes pressentem confusamente, que a erupção da epidemia veio alterar-lhes os comportamentos e também a sua própria concepção de vida.* O despertar da sexualidade, se os adolescentes não estiverem devidamente informados, poderá constituir uma ameaça para o seu equilíbrio emocional .

Sabemos que os jovens, por natureza são atraídos pela aventura e pelo risco. Inconscientemente, não aceitam o triunfo de uma moral à custa de recalcamentos das suas tendências e inclinações. Em contrapartida, em certas situações, a escolha e a decisão são muito complexas porque o desejo e a busca do prazer são mais fortes e imediatos, e o risco

associado parece estar mais distante, ser menos plausível.

Talvez isto explique a dificuldade que muitos jovens manifestam em utilizar os métodos contraceptivos e entre os quais o preservativo para se protegerem de um vírus tão mortal, que não vêem nem sentem.

Apesar da disponibilidade e facilidade de acesso, que os jovens têm ao planeamento familiar, Meneses (1990) refere que, os adolescentes sexualmente activos tendem a não utilizar, ou a utilizar de forma ineficaz os métodos contraceptivos, expondo-se a todo o tipo de riscos de uma sexualidade desprotegida.(...) *as questões de contracepção não preocupam muito os adolescentes* (Clães, 1990:90). Justifica-se assim, a necessidade de uma intervenção preventiva dirigida aos jovens. É importante que os médicos e enfermeiros entre outros, tomem consciência do seu papel junto dos jovens e desenvolvam acções de educação para a saúde onde estes, os respectivos pais e professores possam participar de forma activa e contribuir para que os jovens possam viver a sua sexualidade de forma saudável sem tabus e medos.

Existem vários métodos contraceptivos adequados para adolescentes. No entanto, estes deverão ter em conta factores pessoais, culturais e ambientais, a idade do adolescente, hábitos sexuais , tais como: a frequência das relações sexuais e o número de parceiros e os riscos possíveis.

A educação sexual é essencial já que alerta os jovens para as consequências do sexo desprotegido, ajuda-os a explorar os valores e a sentirem-se bem com a sua sexualidade. Através de uma educação sexual adequada, os adolescentes podem desenvolver conhecimentos e a confiança, que lhes permita tomarem decisões relativamente ao seu comportamento sexual, inclusivamente a decisão de não terem relações sexuais até se sentirem preparados.

O acesso à contracepção é, na opinião de Vilar (1992), um direito que os jovens têm, permitindo-lhes viverem a sua sexualidade com segurança. A taxa de natalidade tem decrescido significativamente, no entanto é conveniente, que a sua subida não se faça à custa de mães adolescentes. A responsabilidade de evitar este problema é de todos nós: pais, professores e profissionais de saúde.

Ferreira (1996:25) sustenta que, *muitos rapazes sexualmente activos não se importam com o que possa acontecer em resultado de sua actividade sexual. A eles, cabe-lhes a iniciativa, a elas a responsabilidade pelo que possa acontecer.* Para que este tipo de atitude não prevaleça entre os nossos jovens, é necessário que os próprios pais se libertem de alguns preconceitos e crenças relativas à actividade sexual nos seus filhos (rapazes e

raparigas) e sobretudo, procurem estabelecer diálogo com eles, que em nosso entender, é fundamental .

Os pais com o apoio das instituições sociais, nomeadamente as escolas e os cuidados de saúde primários, devem favorecer a tomada de consciência dos jovens para uma responsabilização de comportamentos sexuais.

Os rapazes devem partilhar a responsabilidade da contracepção com as suas parceiras, devem ser encorajados a utilizar preservativo, mesmo que a sua parceira esteja já a utilizar outro método de contracepção, para evitar o contágio de algumas doenças.

Os preservativos, quando utilizados de forma correcta e adequada, constituem um dos mais importantes métodos de contracepção para este grupo etário. A maior vantagem dos preservativos é proporcionarem segurança. Além de proteger contra uma gravidez indesejada, protege contra as DST, incluindo, como já foi dito o (VIH) Vírus de Imunodeficiência Humana. É um método disponível sem necessidade de prescrição médica que é fornecido gratuitamente pelo sistema de distribuição ao nível da comunidade, nos centros de saúde e em outras instituições de apoio a jovens.

A eficácia deste método requer motivação e informação adequada sobre a sua correcta utilização. Quando são utilizados apenas para protecção contra as DTS, os adolescentes devem ser advertidos para a utilização de outro método adicional em relação à gravidez não desejada.

Também a contracepção hormonal pós coital deve , em nosso entender, ter lugar primordial nos serviços de planeamento familiar para adolescentes (mas apenas como segundo recurso), já que estes têm muitas vezes relações sexuais não planeadas e desprotegidas, e podem ter dificuldade em renovar o suprimento de contraceptivos. Este método pode ainda ser utilizado como auxílio no caso de ruptura do preservativo.

Face ao exposto, consideramos ser importante advertir e sensibilizar o adolescente a frequentar as consultas de planeamento familiar para aconselhamento ou orientação sobre a utilização de métodos de contracepção ou outro tipo de informação que necessite, bem como para acompanhamento e vigilância.

Nas consultas de planeamento familiar é necessário um ambiente de apoio e encorajamento para que os jovens não se sintam ameaçados ou constrangidos pelo seu pedido de orientação sexual.

9- COMPORTAMENTOS DESVIANTES

A saúde do ser humano depende da interacção de factores endógenos e exógenos. A este respeito, Amado e Matos (1993) sustentam que, a saúde, equilíbrio instável, ponderável do património herdado - constitucional e do meio é a fonte e o resultado de todas as potencialidades e interferências do homem no processo de auto-moldagem e de criação / modificação do meio ambiente.

Daqui se depreende que, da interacção dos diversos factores (físicos, biológicos, comportamentais e sociais) o homem conseguirá (ou não) um equilíbrio dinâmico compatível com a execução de actividades esperadas e adequadas ao seu estado de desenvolvimento.

De acordo com Last (1987), os factores físicos e biológicos são de fácil compreensão mas, no que diz respeito aos comportamentos individuais e grupais, persistem ainda, algumas incertezas apesar de, através da observação empírica, parecerem influenciar a saúde dos indivíduos.

Para que nos seja fácil compreender a interacção dos comportamentos dos adolescentes na saúde, convém, talvez, fazer uma reflexão acerca das características estruturais, funcionais e dinâmicas da conduta humana.

Segundo San Martin (1988), existem sete características estruturais, funcionais e dinâmicas do comportamento humano.

A conduta humana é qualitativamente diferente da dos animais pois, gera-se, desenvolve-se e controla-se na sua maior parte em sociedade. A génese reside na estrutura social e cultural em que o homem se desenvolve. A acção comportamental é produzida basicamente através de reflexos condicionados, não condicionados e aprendizagem e, posteriormente controlada através do cérebro.

O comportamento humano é multicausal. Na sua génese, modelação e controlo, intervêm factores biológicos, psicológicos, culturais e sociais que interactuam entre si.

A conduta humana forma, assim, um sistema estruturado de relações que condiciona mecanismos operativos de resposta, com unidade expressiva perante circunstâncias determinadas.

O comportamento humano é muito variável dependendo de condicionamentos

socioculturais diferentes.

A conduta humana é um processo dinâmico, que tem tido variações ao longo da história, acompanhando as mudanças da sociedade.

Os padrões de comportamento em cada época histórica são adquiridos pelos indivíduos através do processo de aprendizagem.

Estruturalmente, o comportamento humano é de tipo simbólico porque está baseado no uso de símbolos e é aprendido através da capacidade humana de simbolizar. Esta parece ser a diferença essencial entre o comportamento humano e animal.

Reflectindo sobre o que foi dito, pode-se concluir que o ser humano aprende normas de conduta no meio que o rodeia originalmente, modificando-o à posteriori por imitação, experiência própria e educação sistemática. Neste processo, o social e o biológico relacionam-se por meio da aprendizagem, fazendo variar os resultados.

A reflexão sobre os comportamentos desviantes nos jovens requer antes de mais, uma tentativa de definição do próprio conceito. Tal como Carvalho (1990), concordamos com a noção segundo a qual um comportamento desviante é qualquer comportamento que envolve uma transgressão ou violação de normas e expectativas sociais ou é considerado desviante por um grupo de indivíduos ou pela comunidade.

A seguir, serão assim discutidos alguns comportamentos desviantes nos jovens, particularmente, o consumo de álcool e outras drogas. Pois os consumidores são frequentemente vistos como pessoas imorais, sem força de vontade, ou irresponsáveis que deviam esforçar-se mais para se ajudar a elas próprias, Mathre (1999).

9.1- Consumo de álcool e outras drogas

Embora desde há séculos a droga exista fazendo parte dos costumes de alguns países, variando o tipo de drogas utilizadas com o tipo de civilização, o certo é que nos últimos tempos tomou proporções inquietantes.

Muitas culturas, encorajam a utilização de algumas drogas enquanto que desencorajam a utilização de outras. O consumo de drogas psicoactivas, entendendo-se por tal, todas as substâncias que têm a capacidade de influenciar o comportamento, alterando sentimentos, ou outros estados psicológicos, tem sido endémico em todas as culturas, desde o início da humanidade.

Nos Estados Unidos e Canadá, hoje é socialmente aceite o consumo de drogas como o álcool e o tabaco, enquanto, que outras culturas proíbem o seu consumo. O consumo de marijuana, cocaína e heroína, pelo contrário, não é aceite pela maioria da sociedade dos Estados Unidos, embora estas substâncias sejam consideradas sagradas e o seu consumo seja encorajado em várias outras culturas, (Mathre,1999).

O consumo de drogas e a toxicodependência afectam todas as idades, raças, sexos e segmentos da sociedade. Existe actualmente um consenso em torno da noção segundo a qual se verifica um aumento generalizado de consumo de drogas entre os adolescentes. Campos (1990) afirma que este problema atinge, no nosso país, traços novos preocupantes.

Naturalmente, o uso de drogas não se faz sem comprometer a saúde da pessoa e sem impactos sociais, pois o dependente de drogas e álcool é particularmente susceptível à exploração de terceiros; a maior parte das vezes não tem, ou deteriorou, competências que lhe permitiam auferir os bens essenciais, podendo deste modo, ser facilmente envolvido noutros comportamentos de risco, como por exemplo: prostituição, redes de distribuição de droga e criminalidade.

Para Mathre (1999), drogas são todas as substâncias que ameaçam a saúde do indivíduo ou que prejudicam o seu funcionamento económico e social. São substâncias que podem inibir, acentuar ou modificar em parte um comportamento passível de ocorrer no indivíduo.

As drogas psicoactivas afectam o humor, a percepção e o pensamento; uma vez que estes tipos de drogas podem alterar as emoções, são muitas vezes utilizadas em ocasiões sociais e recreativas e para uso pessoal como auto-medicação de sensações desagradáveis.

O autor supracitado divide as drogas psicoactivas em categorias (depressores, estimulantes e alucinógenos), de acordo com o seu efeito no sistema nervoso central, e as sensações gerais ou experiências que a droga possa induzir.

Os depressores - diminuem o nível total de energia corporal, reduzem a sensibilidade aos estímulos exteriores, e em altas doses, induzem o sono. Em doses baixas podem produzir uma sensação de estímulo causada por sedação inicial dos centros inibitórios no cérebro. Nesta categoria incluímos: o álcool, os barbitúricos, os tranquilizantes e os opiáceos.

Os estimulantes - tal como o seu nome indica, estimulam o sistema nervoso central, faz sentir o indivíduo mais alerta e com maior energia, por activação ou excitação do sistema nervoso central. Contudo, estas drogas não dão unicamente mais energia à

pessoa, mas apenas fazem com que o organismo consuma a sua própria energia mais cedo e em maiores quantidades do que faria normalmente. Estas drogas quando utilizadas com precaução são úteis para a saúde e têm poucos efeitos negativos, no entanto os indivíduos que as utilizam de forma abusiva, depressa se vêem envolvidos num ciclo vicioso, podendo mesmo ficar fisicamente dependentes do estimulante para exercer as suas funções. Nos estimulantes comuns incluem-se a cafeína, a cocaína, as anfetaminas e a nicotina.

Os alucinógenos / psicadélicos - são capazes de produzir alucinações, muitas destas drogas, segundo Doweiko citado por Mathre (1999), foram usadas durante séculos em cerimónias religiosas e rituais curativos e utilizadas por muitas culturas para produzir euforia e como afrodisíacos. As duas substâncias químicas principais dos alucinógenos são o indol alucinógeno e as feniletilaminas. A mescalina, MDMA (ecstasy), marijuana são drogas que estão incluídas nesta categoria.

Os inaláveis não se encaixam adequadamente noutras categorias mas incluem gases solventes, os três tipos principais inaláveis são os solventes orgânicos, os nitritos voláteis e o óxido nitroso. Estas drogas são pouco dispendiosas e fáceis de obter pelos adolescentes. Os efeitos são semelhantes aos do álcool mas têm um início rápido e duram pouco tempo. Inicialmente o consumidor sente-se estimulado à medida que se suprimem as inibições, mas depois experimenta um estado semelhante à embriaguez e possivelmente alucinações.

Para compreender os vários padrões de consumo de droga e de dependência pelos adolescentes, para além da droga especifica que se está a utilizar, devem ser considerados a tendência e o cenário. A tendência refere-se às expectativas, incluindo as inconscientes, que uma pessoa tem em relação à droga que está a ser usada. O cenário é a influência do ambiente físico, social e cultural dentro do qual o consumo ocorre.

Mathre (1999) salienta que, o consumo de droga e dependência é um problema de saúde a nível nacional que está relacionado com numerosas formas de morbilidade e mortalidade, e, chama à atenção de que o consumo exagerado de álcool e outras drogas tem sido associado a vários problemas tais como: acidentes, homicídios, suicídios; doenças crónicas (doenças cardio - vasculares, cancro, e doenças pulmonar); recém-nascidos de baixo peso e anomalias congénitas; violência e rupturas familiares.

Em Portugal confirmou-se alta prevalência de doença física nos toxicodependentes, nomeadamente a situação de portador de hepatite B, (Frasquilho, (1996).

A mesma autora sustenta que no nosso país e em Espanha os toxicodependentes

estão no topo dos grupos de risco, estimando-se a prevalência de anticorpos HIV positivos em 50% a 60% dos casos. Na opinião de Frasquilho (1996), o sexo causal, sem protecção, a negligência higiénica, fazem dos toxicodependentes um grupo de risco para as doenças transmissíveis sexualmente.

Um facto também comprovado, é de que os adolescentes que usam drogas são mais propensos a serem sexualmente activos. Dryfoos (1987) citado por Frasquilho (1996), apresenta-nos alguns resultados de um estudo comparativo, realizados com dois grupos de jovens do sexo feminino, um consumia droga (marijuana) enquanto o outro não. Constatou que 62,0% do grupo das jovens que consumiam marijuana eram sexualmente activas e do grupo que não consumia apenas 7,0% eram sexualmente activas. No mesmo estudo verificou-se que, as jovens consumidoras de tóxicos engravidam mais cedo e mais vezes sem o desejarem .Confirmando uma taxa de 56,0% de gravidezes nas jovens dependentes de drogas.

Segundo a OMS, o crescimento do consumo de álcool entre os jovens é inquietante assim como os problemas que daí resultam. A droga mais consumida permanece o álcool, com 90,5% de prevalência de consumo, entre os jovens dos 12 - 25 anos; os adolescentes sob o efeito destas drogas apresentam diminuição das capacidades de aprendizagem, podendo mesmo verificar-se quebra das capacidades cognitivas. Os adolescentes que bebem têm a probabilidade de vir a ter comportamentos desviantes quando o consumo de álcool interfere com as fases normais do processo de desenvolvimento em curso, pelo que, os jovens não deverão iniciar o consumo de bebidas alcoólicas antes dos 16 anos, e, a partir daí deverão ser encorajados a desenvolver padrões de consumo mínimos.

A partir dos anos 60 o álcool passa a ter uma nova forma, perversa, de consumo passando a ser utilizado como droga e generalizado o seu consumo a toda a população.

A experimentação de álcool e outras drogas é praticamente normativo entre os adolescentes. Os jovens sentem necessidade de se afirmarem no mundo dos adultos e então organizam-se em grupos, que podem ou não estar integrados socialmente, criando e implementando os seus próprios rituais, por vezes, através de comportamentos indesejados, como forma de contestação à própria cultura familiar e tradicionalmente numa procura de si próprio. Surge a curiosidade, o desejo de conhecer e ter novas sensações.

Segundo Carvalho (1990), o grupo parece ser determinante não só em influenciar as atitudes dos pares em relação ao consumo de álcool e drogas ilícitas, assim como em fornecer contextos para o uso daquelas substâncias.

A pressão do grupo começa a manifestar-se com maior evidência por volta dos 14-16 anos, período da adolescência em que se verifica um declínio da influência da família e onde são valorizadas outras influências sociais como: os mass media, a escola e o grupo de pares.

Muitas são as explicações propostas para os comportamentos de consumo de drogas nos adolescentes. Hoje pensa-se que a iniciação ao uso de substâncias psicoactivas deriva sobretudo da interiorização de imagens socioculturais de consumo e de modos psicopatológicos de lidar com situações diversas.

Para Carvalho (1990), a iniciação do uso de drogas pode ser facilitada se os pais adoptam um estilo educativo liberal ou pelo contrário exercem um controle prolongado sobre o adolescente.

Numerosos estudos têm considerado que pais demasiado autoritários que dificultam aos filhos a realização de experiências que lhes permitam aprender a resolver os seus problemas podem provocar, nestes uma atitude de dependência, que poderá levar a outras dependências.

Pais superprotectores que resolvem todos os problemas dos filhos, tornam estes pouco tolerantes à frustração, às situações difíceis, e com dificuldade em resolver essas mesmas situações, pois nunca tiveram oportunidade de aprender a resolvê-las, refugiando-se, por vezes, em consumos de drogas.

As atitudes de abandono ou rejeição por parte dos pais, podem exprimir-se em excesso de exigência, que os adolescentes têm dificuldade em suportar podem também levar ao consumo.

Na opinião de Carvalho (1990) relações familiares positivas desencorajam o consumo de drogas enquanto que a instabilidade familiar podem promover esse consumo

Outro mecanismo que pode levar ao consumo é a imitação, se os pais consomem álcool, a tendência é para os filhos fazerem o mesmo.

Daqui emerge a ideia de que os casos de consumo de drogas seriam fundamentalmente um fenómeno familiar. A ausência de uma concepção teórica que seja dominante na área do uso das drogas tem conduzido, entre outros aspectos, ao aparecimento de métodos e estratégias de intervenção muito divergentes cuja eficácia está longe de se poder considerar estabelecida.

Tridon (1987) considera que o consumo de drogas nesta fase da vida inscreve-se na problemática existencial típica: oposição, busca da identidade, crise nacísica, momentos

depressivos, morosidade e sentimentos de incerteza a tudo e todos.

Os jovens são um grupo vulnerável, daí que a compreensão dos fenómenos psicológicos, para além de outros característicos da adolescência, abrange uma perspectiva psicossocial relacionada com a relação entre o jovem e o grupo onde está integrado, como a família e a escola.

Como já vimos anteriormente, a adolescência assume as características de um período chave onde se desenrolam importantes alterações, físicas, cognitivas, sociais e emocionais. Devido ao processo de desenvolvimento inerente à transição para a idade adulta, os adolescentes têm uma maior vulnerabilidade ao consumo de drogas e mesmo ao abuso de substâncias lícitas como o álcool.

A adolescência é, por si só, uma idade de múltiplos riscos, onde múltiplas remodelações do sistema psíquico dos jovens e a precariedade do seu sistema adaptativo aumentam a exposição ao risco.

São variadas as condições a nível social, já constatado anteriormente, que criam grandes dificuldades no processo maturativo dos jovens. como sejam: a incapacidade das estruturas adaptativas, sobretudo a adaptação e resposta inadequada à realidade actual, o aumento de escolaridade, as barreiras ao ingresso no ensino superior, o prolongamento da dependência material dos pais, as perspectivas sombrias do futuro que não favorece o empreendimento em projectos e, principalmente, a falta de disponibilidade da família para uma comunicação eficaz.

Nesta perspectiva, a adolescência é um período da vida que deve ser visto como uma construção social que decorre num determinado período de tempo e está sujeita a condicionalismos de vária ordem.

Dadas as características deste grupo etário, período de múltiplas e variadas transformações, a sua vulnerabilidade às drogas e a outros problemas de comportamento leva à busca de prazer imediato, pelo que urge ajudar os jovens, através de uma informação adequada. Só é possível modificar normas culturais através de um processo educativo longo e contínuo que altere atitudes e comportamentos.

II – PARTE-OPÇÕES METODOLÓGICAS

1 - ABORDAGEM DO PROBLEMA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A adolescência é um processo, e não apenas um período de tempo, uma idade cronológica. É um processo de maturação em que se adquirem, e afinam, atitudes e competências para uma efectiva participação social, bem como para uma eficaz gestão do bem estar pessoal.

Para compreender a adolescência, teremos que ter em atenção as actuais condições de vida familiar, escolar e social que vão chocar com o normal processo de maturação biopsicossocial e cultural.

Há diversas concepções de compreensão da adolescência, sublinha-se a importância dos factores biológicos e psicossociais relacionados com a fase do ciclo vital em que os adolescentes se encontram. Reconhece-se que há importantes domínios de homogeneidade neste campo, nomeadamente quanto às tarefas psíquicas a cumprir, como por exemplo, o estabelecimento duma identidade, todavia a heterogeneidade decorrente dos tecidos sócio-culturais não pode ser negada.

Os adolescentes influenciam e são influenciados por vários contextos: a família, a rede social, económica e cultural, o ambiente, a educação, o próprio sistema político.

Embora os adolescentes sejam considerados um grupo etário saudável, esta afirmação só é aceite do ponto de vista estritamente físico e não em termos de saúde global. Pois os problemas de saúde, com que se deparam hoje os adolescentes, como já foi referido, não são tanto de ordem física mas de ordem psicossocial.

Nas sociedades ocidentais, nas quais nos inserimos, a adolescência é uma etapa do desenvolvimento que tem proporcionado alguma reflexão. Das ciências da saúde às da educação, da sociologia à política, são raras as áreas do conhecimento que não dediquem uma parte da sua atenção à adolescência.

Existe também, a nível mundial um movimento crescente no sentido de se considerar os adolescentes como grupo vulnerável com necessidades de saúde particulares e, como tal, necessitando de cuidados de saúde específicos e acessíveis.

Há diversos estudos de pesquisa que consignam a associação de vários comportamentos de risco em adolescentes. Analisando as estatísticas, verifica-se que, neste período as principais causas de morte e incapacidade têm origem em comportamentos de risco.

O comportamento sexual é uma área de potencial risco para os adolescentes, o que deriva essencialmente duma actividade sexual precoce, algumas das vezes até não desejada ou sem efectiva ponderação das consequências possíveis, como, por exemplo, contrair doenças sexualmente transmissíveis ou uma gravidez não desejada. O trauma psicológico duma gravidez indesejada é também uma questão a congregar atenções.

Moore citado por Frasquilho (1996) refere que, na última década a gravidez indesejada nas adolescentes foi de 87% casos, para 79% nos anos 70 a 80. Como se sabe a gravidez precoce representa um perigo particular para as mães adolescentes e seus filhos, pois tanto a mortalidade materna e infantil, como a morbilidade relacionada com a gravidez é superior nas mães entre 15 e19 anos do que em mães mais velhas.

Em Portugal há indícios de que as relações sexuais precoces e o número de abortos têm vindo aumentar sobretudo nas zonas urbanas e suburbanas.

Um estudo efectuado por Navarro (1985), revela que 23,5% dos adolescentes do sexo masculino de 15 anos e 60% do sexo feminino já tiveram relações sexuais. A mesma autora (1985) no seu estudo verificou que, há ausência de conhecimentos sobre doenças sexualmente transmitidas e sobre a não utilização de meios contraceptivos; refere ainda que a opinião sobre a contracepção reflecte a falta de conhecimentos sobre estes assuntos.

Segundo a OMS, a infecção pelo (VIH) Vírus de Imunodeficiência Humana, tem na maior parte dos casos, lugar antes dos vinte anos (20); mais de 50% das pessoas com VIH / SIDA, infectaram-se entre os 15 e os 24 anos. Segundo os dados estatísticos do Centro de Vigilância Epidemiológica das doenças Transmissíveis, desde 1983 até Outubro de 1999, no nosso país foram detectados 6263 casos de SIDA, tendo-se registado 3263 mortes, ou seja aproximadamente 50% do número de casos de SIDA conhecidos. A mesma fonte mostra-nos que esta tendência se repete um pouco por todas as capitais distritais do país.

Ajudar os adolescentes a crescer exige a compreensão *não só do que eles pensam* mas sobretudo *de como é que eles pensam.* Os processos cognitivos, ainda bastante focalizados no concreto e no presente, dificultam a incorporação de certas mensagens do tipo "se usares preservativo hoje não terás SIDA amanhã. O futuro é algo pouco distinto e muito longínquo.

Na opinião de Frasquilho (1996), os adolescentes percepcionam a saúde de forma distinta dos adultos. Para eles, ter saúde é igual a ser plenamente activo, ser corajoso, fazer o que se quer. O bom funcionamento físico , a integridade corporal são, nesta fase da vida,

tidos como garantidos; há um forte sentimento de invulnerabilidade derivado do egocentrismo que lhes é próprio. Acreditam na singularidade das suas próprias experiências e estão convencidos que as consequências negativas dos seus comportamentos de risco só acontecem aos outros.

Por outro lado, outros adolescentes fixam-se em atitudes passivas próprias de quem sente não deter o poder de influenciar aquilo que lhes acontece, indo à deriva das circunstâncias ou do desejo da maioria.

Deste modo a adolescência é um período complexo e de considerável risco para a saúde, mas também pode ser um período crítico para intervenções significativas de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis.

Neste sentido, há que saber quais os factores que acentuam a vulnerabilidade e como agir para reforçar a resistência individual tal como a protecção em geral.

É importante reflectir sobre os adolescentes como grupo vivenciador de diferentes experiências e nos seus contextos quotidianos, porque, quotidianamente, e no curso das suas interacções é que os jovens constróem formas sociais de compreensão, de relação e entendimento.

Para que a actuação dos enfermeiros seja adequada às necessidades da população é necessário efectuar estudos de campo. Assim, propusemo-nos a elaborar um estudo descritivo analítico e transversal que tem por objectivos:

- conhecer os comportamentos dos adolescentes face à sexualidade;
- identificar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade;
- identificar o seu nível de conhecimentos relativos à sexualidade;
- conhecer a opinião dos adolescentes em relação às consultas de planeamento familiar.

2 - HIPÓTESES

A formulação de hipóteses constitui um elemento importante no conhecimento cientifico, pelo que se torna imprescindível a sua formulação.

Neste tipo de investigação em que existe uma multiplicidade de condições não se pode definir uma só hipótese e por isso levantam-se várias hipóteses para posteriormente comprovar as relações existentes entre as várias variáveis.

De acordo com Richardson e col (1989), na determinação dos fenómenos sociais intervêm muitos factores, frequentemente interdependentes, o que leva a estudar as relações de dependência apenas em termos limitados. Supõe-se que as variáveis escolhidas neste estudo são as mais importantes para explicar o fenómeno em questão, ao proceder-se à explicitação das hipóteses teve-se em conta as opiniões veiculadas pelos autores referidos na revisão bibliográfica.

No nosso estudo formularam-se as seguintes hipóteses:

H.1 - O comportamento sexual dos adolescentes é diferente segundo o género

H.2- O comportamento sexual dos adolescentes é diferente segundo a idade.

H.3- A idade de início da actividade sexual dos adolescentes é diferente segundo o género.

– Há relação entre o comportamento sexual dos adolescentes e:

- H.4 – a área de residência
- H. 5 - o estado civil dos pais;
- H.6- o relacionamento com o pai e a mãe.
- H.7- a conduta dos pais
- H.8 - a religião

H.9 – A actividade sexual dos adolescentes é diferente segundo o consumo de álcool

H.10- A actividade sexual dos adolescentes é diferente segundo o consumo de medicamentos/ outras drogas

- Os conhecimentos que os adolescentes possuem acerca da sexualidade são diferentes segundo:

  - H.11- o género;
  - H.12- a idade;
  - H.13 - a área cientifica do curso frequentado;
  - H.15 - a comunicação dos adolescentes com os pais acerca de sexualidade;

– As opiniões/ atitudinais dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo :

  - H.16–o género
  - H.17–a religião professada pelos jovens

- A frequência das consultas de planeamento familiar é diferente segundo:

  - H.18– o género
  - H.19- o comportamento sexual.
  - H.20- A opinião dos adolescentes acerca do funcionamento das consultas das de planeamento familiar é diferente segundo o género

3- VARIÁVEIS

Um estudo cientifico, independentemente do seu tipo, contém variáveis que estão inseridas nos objectivos e /ou nas hipóteses.

Gil (1995) refere-se ao conceito variável, como tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspectos, segundo os casos particulares ou circunstâncias; é nesta perspectiva que nos propomos apresentar as variáveis seleccionadas.

No nosso estudo definiu-se como variáveis dependentes*: Os comportamentos, conhecimentos e as opiniões/atitudes dos adolescentes face à sexualidade* .

Para Polit e Hungler(1995), variável dependente é aquela que o investigador tem interesse em compreender, explicar e prever. Esta variável é como que a consequência de uma multiplicidade de variáveis independentes

Para este estudo foram seleccionadas as seguintes variáveis:

Caracterização da amostra

Sexo (1)
Idade (2)
Situação escolar (3)
Área científica (4)
Local de residência (5)
Estado civil dos pais (6)

Comunicação / Relação com os pais

Grau de comunicação com os pais (7)
Como consideram os adolescentes os pais (8)
Comunicação dos adolescentes com os pais sobre sexualidade (9 e 9.1)

Valores

Como se considera em relação à religião (10)
Opinião sobre a religião (10. 1)

Drogas

Consumo de bebidas alcoólicas (11)

Consumo de medicamentos e outras droga (12 e 12.1)

Informação

Informação sobre a sexualidade (13)

Locais onde obtêm informação.(13.1)

Fontes de informação sobre sexualidade (13.2)

Conhecimentos sobre métodos contraceptivos (21 e 21.1)

Atitudes face à sexualidade

Opinião atitudinal sobre a sexualidade (14)

Sexualidade

Satisfação sexual (15)

Orientação sexual (16)

Comportamento sexual (17)

Idade de início das relações sexuais (18)

Parceiro sexual (19e 22)

Planeamento familiar /Saúde Reprodutiva

Métodos contraceptivos (20, 20.1 20.2 e 23)

Atitude face à HIV /SIDA (24, 24.1 e 24.2)

Comportamento face à gravidez (25a) e 25b))

Conhecimento de instituições de saúde de apoio ao adolescente no âmbito da sexualidade (26 e 26.1)

Utilização das consultas de planeamento familiar pelos adolescentes (27 e 27.1)

Técnico de saúde a quem mais pede ajuda (27.2)

Opinião sobre o funcionamento das consultas de planeamento familiar(28 e28.1)

Significado do Planeamento Familiar para os adolescentes (29)

4 – MATERIAIS E MÉTODOS

4.1- Tipo de estudo

Parafraseando Albarello, Luc et al (1997), a metodologia deve ser escolhida em função dos objectivos de investigação, dos resultados esperados e do tipo de análise que se deseja efectuar.

Entendeu-se que este estudo adquirisse um caracter descritivo, analítico e transversal. Os estudos desta natureza tratam de obter informação acerca do estado actual dos fenómenos. Com ele pretende-se precisar a natureza de uma situação tal como ela existe no momento do estudo. Para Polit e Hungler (1991:198); *"os estudos de corte transversal consistem na colheita de dados num período de tempo ou momento particular."*

As pesquisas descritivas têm como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil,1995). Neste estudo pretendeu-se, não só conhecer algumas características dos adolescentes, a sua atitude e conhecimentos face à sexualidade, mas também identificar o "que" e "quem " contribuiu para essas atitudes e conhecimentos

Face aos objectivos e à natureza da problemática em estudo optou-se pela combinação de dados qualitativos e quantitativos. Polit e Hungler(1991:287) sustentam que a combinação criteriosa destes dois métodos de pesquisa " *é capaz de levar insights teóricos e importantes à natureza multidimensional da realidade que, de outra forma, poderia ser intangível"* Além de oferecer a possibilidade de suprimento das carências de um tipo ou de outro de dados.

4.2- População / amostra

De acordo com os objectivos do estudo, a população alvo corresponde aos adolescentes escolarizados, a frequentar o 10°-, 11°- e 12°- anos, nas Escolas Secundárias: Emídio Garcia, Miguel Torga e Abade Baçal, da cidade de Bragança com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, solteiros, totalizando 1732 adolescentes.

A opção em inquirir adolescentes escolarizados, resulta da sua maior facilidade de localização e acesso.

A selecção do local para a realização do estudo deve-se: aos recursos humanos e financeiros disponíveis e por serem escolas situadas na nossa área de residência o que facilitará a recolha de dados.

O grupo etário dos 15-19 anos, coloca alguns problemas de selecção aleatória, a dimensão dos fenómenos a estudar (caracterização das atitudes, conhecimentos e comportamentos) é imprecisa, haveria que estratificar a amostra, correndo-se o risco de uma menor adesão ao preenchimento dos questionários face à diversidade dos grupos etários e às características inerentes ao grupo específico em causa.

Porquê os adolescentes dos (15-19 anos e solteiros)?

Apesar da OMS considerar a adolescência como o período entre os 10 e 19 anos, optou-se pela escolha deste subgrupo por nele existir maior probabilidade de iniciação de experiências heterossexuais. Segundo Moradela (1992), López e Fuertes (1998) e Ceballos (1999), é neste período, que ocorrem as primeiras experiências afectivo-sexuais.

Na fase inicial, o adolescente está centrado em si próprio, a fase da adolescência dos (15-19 anos), é a fase de desidealização da família e da idealização do grupo. A timidez é muitas vezes substituída pelo risco e pela experimentação da nova identidade pessoal e do novo corpo. É a fase durante a qual se partilham, com o grupo, múltiplas experiências, mas em que, na opinião de Blos (1985), os principais problemas giram em torno da necessidade de se tornarem emocionalmente independentes dos pais. Nesta fase, os adolescentes preocupam-se mais com os problemas psicológicos (autonomia, dependência do grupo e sexualidade). O distanciamento em relação ao sexo oposto é a pouco e pouco substituído pela aproximação, embora nesta fase, as suas formas de expressão sexual são ainda experimentais, envolvendo no entanto, e crescentemente, o contacto físico e as primeiras experiências de relações heterossexuais e, nalguns casos, homossexuais. (Felix e Marques,1995).

4.3 - Instrumento de recolha de dados

O instrumento seleccionado para efectuar a colheita de dados foi um questionário de auto preenchimento, voluntário e anónimo.(Anexo-I). O questionário é um instrumento de recolha de dados muito utilizado em ciências sociais e humanas, este torna possível a

compreensão de atitudes, opiniões, e comportamentos.

Para a elaboração do questionário que constituiu o instrumento de notação deste estudo, foram consultados vários trabalhos realizados no mesmo âmbito e com idêntica metodologia, nomeadamente: Navarro (1985), Loureiro (1990), Moradela (1992) e Centro de Investigação Cientifica em Saúde Comunitária (1998). A versão definitiva do instrumento é composto por questões fechadas e abertas, como nos recomendam entre outros, Marie-Fabienne Fortin, Ph. D. (1999); estas estão directamente relacionadas com o problema em causa e provêm da operacionalização das variáveis, contribuindo assim para a concretização dos objectivos em estudo.

O questionário é constituído por duas partes distintas.

A primeira parte destina-se a obter dados pessoais, sociais sobre os adolescentes e questões que permita conhecer a relação / comunicação dos adolescentes com os pais. Questiona-se ainda sobre a religião, consumo de álcool e outras drogas, uma vez que estes comportamentos podem influenciar os comportamentos sexuais dos jovens.

A segunda parte do questionário é constituída por questões que vão permitir a operacionalização das variáveis dependentes e também, independentes, permitindo identificar os conhecimentos, os comportamentos e as opiniões/ atitudes em relação à sexualidade e planeamento familiar.

As questões 13, 13.1, 13.2, 21, 21.1, permitem conhecer a informação e fontes de informação dos adolescentes sobre sexualidade. Para identificar as atitudes e, tendo em consideração a ideia veiculada por Selltiz et al (1987), de que uma média de respostas em relação a um certo número de itens é a melhor amostra das verdadeiras atitudes do informante do que a resposta a uma única questão, optámos pela utilização de vários para avaliar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade. Tendo em conta a fundamentação teórica, foram criados 11 itens em escala tipo Likert, como aconselha Mucchielli Roger (1975), pois é um procedimento ou técnica que procura medir a "intensidade" das opiniões ou as reacções de um indivíduo com referência a um objecto de opinião.

Trata-se de uma escala ordinal com cinco possibilidades de resposta, em que optámos pela posição central ou neutral pois considera-se que desta forma é permitido aos inquiridos o seu posicionamento em relação às situações apresentadas.

As questões 16, 17, 18, 19, 20, 20.1, 20.2, 22, 23, 24, 24.1, 24.2, 25a), 25b) vão permitir identificar comportamentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade. E por último, as questões 26, 26.1, 27, 27.1, 27.2, 28, 28.1 e 29 permitem conhecer a opinião dos adolescentes em relação às consultas de planeamento familiar e o significado do mesmo.

4.3.1- Pré-teste

O questionário utilizado como instrumento de recolha de dados foi previamente submetido a aplicação com o objectivo de avaliar o seu grau de explicitação e compreensão das questões em causa, como recomenda Quivy e Campenhout (1992).

Foi aplicado a 55 alunos da Escola Secundária Miguel Torga com as mesmas características da amostra em estudo. A sua aplicação fez-nos constatar a necessidade de reformular duas questões. O tempo médio de preenchimento foi de (35) trinta e cinco minutos para cada questionário.

4.4 – Procedimentos para a recolha de dados

Para aplicação do instrumento de recolha de dados foram contactados previamente os representantes dos conselhos executivos das respectivas escolas, de modo a obter apoio e autorização necessários à realização do estudo, no que foi acolhido com o maior interesse e espírito de colaboração por parte da escola secundária Miguel Torga, sentindo-se alguma apreensão das escolas Abade Baçal e Emídio Garcia. No entanto não constituiu obstáculo à realização do estudo.

Após a amostra seleccionada e o questionário devidamente testado, foi enviado um oficio a cada uma das escolas, cujo conteúdo versava:

- pedido de colaboração / autorização;
- os objectivos do estudo;
- a idade dos alunos;
- as turmas seleccionadas(ano e áreas)
- e o questionário proposto.

Após a obtenção da respectiva autorização, e, por indicação dos representantes dos conselhos executivos, foi pedida colaboração dos professores das disciplinas de desenvolvimento pessoal e social e da área de desporto, para cedência dos respectivos tempos lectivos e colaboração na aplicação do instrumento de recolha de dados, sendo-lhe dadas as indicações necessárias para a sua aplicação .

A aplicação do instrumento da recolha de dados ocorreu no período de 15 de Abril a 20 de Maio de 1999.

4. 5 – Critérios de análise das variáveis e das hipóteses formuladas

Todas as variáveis em estudo foram analisadas individualmente.

A comparação das características observadas nos jovens, do sexo masculino e feminino, é efectuada com base nos dados relativos aos itens do questionário em função do sexo.

As variáveis nominais serão apresentadas em valores absolutos e percentagens.

Para as variáveis numéricas utilizaram-se as medidas possíveis de aplicação: medidas de tendência central e medidas de dispersão.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado manualmente e por via informatizada, utilizando para o efeito o programa SPSS (Statistical Psychologic and Society Science) na versão 7.05.

Pretendemos testar as hipóteses formuladas e avaliar os resultados ao nível de significância de 0,05.

Aplicámos o teste do Qui-Quadrado, tendo em vista a comparação de proporções, permitindo desta forma descrever a relação entre as variáveis.

Para a comparação da diferença de médias foi utilizado o teste t de Student .

Para da Análise de Variância o teste ANOVA

Para comparações múltiplas o teste de Bonferroni

Para avaliar a correlação/ associação entre as variáveis, foi utilizada a correlação *r* de Spearman.

Para a realização dos testes estatísticos, houve necessidade de fazer associação de alguns itens em algumas variáveis.

Assim:

Para as áreas cientificas foi utilizado o seguinte critério: formou-se um grupo com a área cientifico natural versus outras áreas científicas.

O estado civil dos pais subdividiu-se em: casados e vivem maritalmente – (1), divorciados e viúvos e solteiros –(2)

Para a religião consideraram-se católicos (católicos praticantes e católicos não praticantes) não católicos, constituído pelas outras religiões.

Em relação ao conhecimento, associaram-se os níveis de informação em três grupos; muito boa e boa – 1, regular e suficiente – 2 e insuficiente – 3

Para operacionalizar o comportamento sexual dos adolescentes utilizou-se o seguinte critério: considerara-se todos os adolescentes sexualmente activos (os que já tiveram relações sexuais (raramente, habitualmente e com frequência) - versus os que nunca tiveram relações sexuais os outros.

Para a operacionalização das atitudes foram utilizados 11 itens, questionados numa escala tipo Likert, a cada item foram associada cinco possibilidades de resposta: Concordo totalmente –5; Concordo muito – 4; Nem concordo nem discordo-3; Concordo pouco - 2 e Discordo totalmente - 1.

Nos itens 1, 4, 5, 6, 7, 8 e o 9 ocorre o inverso, ou seja, as pontuações invertem-se: Concordo totalmente – 1; Concordo muito - 2; Nem concordo nem discordo – 3; Concordo pouco – 4 e Discordo totalmente –5.

Assim, são consideradas como opiniões/atitudinais:

- liberais as respostas posicionadas nos níveis quatro (4) e cinco (5) ;
- tolerantes no nível três (3);
- conservadoras as respostas posicionadas dos níveis dois (2) e um (1).

Para o tratamento das hipóteses formaram–se três grupos, associando os itens da seguinte forma: concordo totalmente e concordo muito – 1, nem concordo nem discordo – 2, e, o terceiro grupo constituído por concordo pouco e discordo totalmente.

As questões abertas foram objecto de tratamento qualitativo através de análise de conteúdo. A análise qualitativa de conteúdo é a inferência que permite a passagem de descrição à interpretação enquanto atribuição de sentido às características do material que foram levantadas enumeradas e organizadas. Segundo (Bardin,1991) é considerada a técnica mais apropriada para a classificação da informação subjectiva.

A análise qualitativa de conteúdo, sendo uma técnica de pesquisa, pressupõe como outra qualquer, a elaboração de procedimentos que permitam assegurar a sua fidedignidade e validade.

Seguindo os procedimentos apontados por Vala (1986), em primeiro lugar, deve proceder-se à delimitação dos objectivos e à definição do quadro teórico referencial e, em seguida construir "um corpus", isto é, organizar o conjunto dos documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos.

No nosso estudo depois de definido o quadro teórico, iniciamos um trabalho exploratório sobre o "corpus", constituído por todas as questões abertas do instrumento de colheita do dados num total de quatrocentos e trinta e dois (432) inquiridos. Este permitiu-nos estabelecer um plano de categorias cuja orientação teve subjacente o pressuposto teórico.

No tratamento tivemos em mente a ideia veiculada por Bardin (1991), de que a codificação é o processo através do qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em categorias, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo.

Neste estudo apresentaremos as categorias , os indicadores que e as frequências absolutas e relativas encontradas sempre que seja possível.

5- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação e análise dos dados é um processo tem como objectivo não só resumir as observações que foram realizadas de forma a que forneçam respostas às questões de pesquisa, mas também, procurar um significado mais amplo para essas respostas, relacionando-as com outros conhecimentos disponíveis.

Dado que se pretende fazer a avaliação de possíveis diferenças entre os dois sexos, a comparação das características observadas nos jovens, do sexo masculino e feminino, é efectuada baseando-nos nos dados relativos aos items do questionário em função do sexo. O sexo foi tomado como uma variável independente, isto é, possível de poder influenciar os resultados de algumas variáveis. Deste modo, será objecto particular da nossa atenção.

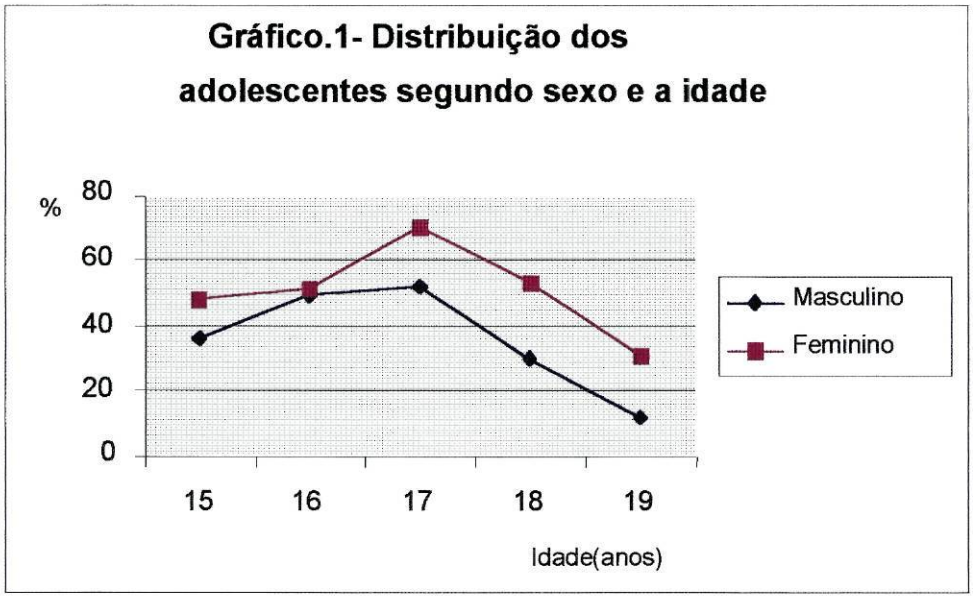
Os resultados apresentados em seguida são resultantes da aplicação do questionário aos adolescentes das três escolas seleccionadas, no período de 15 Abril a 20 Maio de 1999. Referem-se apenas ao grupo de sujeitos inquiridos, não podendo ser efectuadas extrapolações para a população em geral uma vez que este estudo centra-se numa amostra de adolescentes escolarizados, portanto, inválida para esse tipo de conclusões.

Caracterização da amostra

A nossa amostra é constituída por 432 adolescentes. 58,6% pertencem ao sexo feminino e 41, 4 % ao sexo masculino (gráfico1).

A idade média dos adolescentes é de 16,8 anos (mínima 15 anos e máxima 19) o desvio padrão de 1,2, a moda localiza-se nos 17 anos (28,2 %).

A idade média no sexo masculino é de 16,6 anos e um desvio padrão de 1,2, no sexo feminino é de 16,9 e um desvio padrão de 1,3.



Como já foi referido, contribuíram para a nosso estudo os alunos do 10º , 11º e 12º ano de escolaridade das três escolas secundárias da cidade de Bragança. Verificou-se que 47,2% dos jovens frequentam o 10º ano, 24,5% o 11º e 28,2% o 12º ano. O agrupamento - 1,(área Cientifico Natural) é a escolha preferida da maioria dos adolescentes (27,4 %), seguida da área de humanidades (12,3%).

As escolas seleccionadas recebem alunos provenientes de zona urbana e de zonas rurais do concelho. 73,4% residem na cidade e 26,6% reside em aldeias (tabela1).

Tabela 1- Distribuição dos adolescentes segundo o local de residência.

PROVENIÊNCIA	Nº	%
Rural	115	26,6
Urbana	317	73,4
TOTAL	432	100,0

Pela tabela 2, verifica-se que 91,6% das mães e 94,3% dos pais dos jovens são casados, 4,0% das mães e 3,6% dos pais são divorciados.

É de notar que 2,8% dos adolescentes são órfãos de pai e 1,0% de mãe.

Tabela 2-Distribuição dos adolescentes segundo o estado civil dos pais.

PAIS / ESTADO CIVIL	MÃE		PAI	
	Nº	%	Nº	%
Casado	392	91,6	395	94,2
Divorciado	17	4,0	15	3,6
Viúvo	12	2,8	4	1,0
Vive maritalmente	1	0,2	4	1,0
Solteiro	6	1,4	1	0,2
TOTAL	428	100,0	419	100,1

Comunicação com os pais

Na tentativa de se compreender melhor a comunicação que é estabelecida por parte dos adolescentes com os familiares, questionaram-se estes relativamente ao relacionamento com os pais. Na tabela 3, pode-se observar que uma percentagem de 77,3% dos jovens referem ter *boa* comunicação com a mãe e 61,3% referem ter boa comunicação com o pai. As respostas das raparigas relativas à *boa* comunicação, oscilam entre 56,3%% e 74,1% respectivamente para o pai e para a mãe. Nos rapazes essa oscilação é de 68,4% e 81,9%.

Observa-se que as raparigas têm uma comunicação regular com os pais superior à dos rapazes.

No conjunto de ambos os sexos há uma percentagem maior de adolescentes a manter uma regular comunicação com o pai do que com a mãe.

Constata-se que 9,8% das raparigas revelam ter *má comunicação* com o pai e 3,2% com a mãe. A *má comunicação* entre os rapazes e os pais tem pouca expressividade quer com o pai quer com a mãe, embora apresentem alguma diferença, 4,0% tem má comunicação com o pai e 2,3% com a mãe.

Tabela 3- Distribuição dos adolescentes segundo a comunicação com os pais

PAIS / SEXO / COMUNICAÇÃO	PAI						MÃE					
	M		F		TOTAL		M		F		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Boa	119	68,4	138	56,3	257	61,3	145	81,9	186	74,1	331	77,3
Regular	48	27,6	83	33,9	131	31,3	28	15,8	57	22,7	85	19,9
Má	7	4,0	24	9,8	31	7,4	4	2,3	8	3,2	12	2,8
TOTAL	174	100,0	245	58.4	419	100,0	177	100,0	251	100,0	428	100,0

Observando as respostas da tabela 4, relativas à forma como os jovens consideram a conduta dos pais para com eles, verifica-se que, mais de metade (62%) considera a conduta dos pais *razoável*. Comparando esta resposta por sexo, verifica-se não haver praticamente diferenças entre os rapazes e as raparigas.(62,0% e 62,1%, respectivamente).

É de realçar que 20,4% dos jovens considera a conduta dos pais *firme*, neste caso, os jovens do sexo masculino apresentam uma percentagem ligeiramente maior (26,8%) de respostas, comparativamente com 15,8% do sexo feminino. Constata-se o inverso relativamente à conduta dos pais *permissiva*, a percentagem de raparigas (7,9%) que considera a conduta dos pais *permissiva* é maior do que a percentagem de rapazes (4,5%).

A percentagem de jovens que considera a conduta dos pais *intransigente* e *dominadores* é respectivamente de 7,2% e 3,9% ;os rapazes apresentam valores percentuais mais baixos.

Tabela 4 - Opinião dos adolescentes sobre a conduta dos pais para com eles.

SEXO / CONDUTA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Intransigente	4	2,2	13	5,1	17	3,9
Dominadores	8	4,5	23	9,3	31	7,2
Firmes	48	26,8	40	15,8	88	20,4
Razoáveis	111	62,0	157	62,1	268	62,0
Permissivos	8	4,5	20	7,9	28	6,5
TOTAL	179	100,0	253	100,0	432	100,0

Através da questão *"conversa com os seus pais sobre sexualidade?"*, constatou-se que 47,7% dos jovens inquiridos não falam com os pais sobre este assunto.

As raparigas(53,4%) comunicam mais com os pais sobre a *"sexualidade"* do que os rapazes (50,8 %).

Os rapazes que comunicam com os pais sobre este assunto (50,8%), assumem valores percentuais muito próximos dos que não comunicam (49,2%). Nas raparigas constata-se uma ligeira diferença de entre as que comunicam e as que não comunicam(53,4% em relação 46,6%).

Pelas respostas da tabela 5 verifica-se as principais razões evocadas pelos jovens para não falarem com os pais acerca da sexualidade; 39,8% dos inquiridos *evita falar no assunto*; 35,0% refere que *não é assunto para falarem com os pais*; 19,4% dizem *sentirem vergonha*.

Analisando as respostas por sexo, são também estas razões mais evocadas em ambos os sexos, o sentir vergonha tem maior expressão no sexo feminino que no masculino.

Tabela 5- Respostas à questão "Se não conversa com os pais sobre sexualidade. Porquê?"

SEXO / RESPOSTAS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não é assunto para falar com os pais	46	52,3	26	22,0	72	35.9
Tem vergonha	15	17,0	25	21,2	40	19,4
Evita falar no assunto	22	25,0	60	50,8	82	39,8
Não responde	3	3,4	2	2,3	5	2,5
Outros	2	2,3	5	4,2	7	3,4
TOTAL	88	100,0	118	100,0	206	100,0

Nos *"outros"* motivos referidos pelos jovens para justificar a ausência de comunicação com os pais sobre a sexualidade, foram consideradas três categorias: *informação, preconceitos e anulação* (quadro2). Relativamente à informação, 3 jovens consideram que os pais *sabem pouco sobre o assunto*. No que respeita aos preconceitos os indicadores encontrados são: *é um assunto proibido"; sexo é "tabu" para os meus pais, só eles podem praticar.*

Realçamos a última categoria ***anulação*** relativa ao sentimento expresso por um jovem: *nós somos apenas uma forma de vida, que não pode falar nem pens*ar.

Quadro2- Respostas ao item da questão -"outros motivos" porque não conversa com os seus pais?"

CATEGORIAS	INDICADORES	Nº
Informação	"Sabem pouco sobre o assunto"	3
Sub-total		3
Preconceitos	"É um assunto proibido"	2
	"Sexo é "tabu" para os meus pais ,só eles podem praticar"	1
Sub-total		3
Anulação	"Nós somos apenas uma forma de vida, que não pensa, não pode falar nem pensar"	1
Sub-total		1
TOTAL		7

Religião

Em relação à religião, verifica-se que 90,0% dos jovens professa a religião católica, embora 26,6% refiram ser católicos não praticantes. Dos jovens que se consideram católicos praticantes, 68,8% são do sexo feminino e 55,9% do sexo masculino.

A restante percentagem (10,0%) encontra-se distribuída pelos não católicos, sem religião e outra religião. As outras religiões professadas pelos jovens são: testemunha de Jeová e a Evangélica.

Tabela 6- Distribuição dos adolescentes por sexo segundo a sua religião.

SEXO / RELIGIÃO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Católico praticante	100	55,9	174	68,8	274	63,4
Católico não praticante	57	31,8	58	22,9	115	26,6
Cristão não católico	7	3,9	7	2,8	14	3,2
Sem religião	10	5,6	8	3,2	18	4,2
Outra	5	2,8	6	2,4	11	2,6
TOTAL	179	100,0	253	100,0	432	100,0

Constata-se através da tabela 7, que 37,3% referem que *a religião dá sentido à vida* e 33,3% consideram que *"ajuda nos momentos difíceis"*. As raparigas apresentam percentagens mais elevadas que os rapazes em ambos os indicadores.

Uma percentagem de 17,6 considera que *"a religião nos faz mais conformistas"*. Destes, 10,4% pertencem ao sexo feminino e 7,2% ao sexo masculino.

Tanto no sexo feminino como no sexo masculino são as respostas *dá mais sentido à vida; ajuda nos momentos difíceis* as que obtêm maior percentagem, logo seguida de *faz-nos mais conformistas.*

As respostas relativas ao item *"outros" significados atribuídos pelos jovens à religião,* verificou-se que a religião *não tem qualquer significado* para 7 adolescentes; para 4 *a religião é um mito* dois adolescentes referem que os *faz sentir bem interiormente* e *é um valor sem o qual não seriamos nada. A*penas 1 jovem expressa que *a religião serve de fundamento aos valores morais.*

Tabela 7- Respostas à questão "Para si a religião":

SEXO / RESPOSTAS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dá sentido à vida	70	39,1	91	36,0	161	37,3
Ajuda nos momentos difíceis	52	29,1	92	36,4	144	33,3
Serve para impor obrigações	17	9,5	14	5,5	31	7,1
Faz-nos conformistas	31	17,3	45	17,8	76	17,6
Não responde	1	0,6	2	0,8	3	0,7
Outros	8	4,5	9	3,6	17	4,0
TOTAL	179	41,4	253	58,6	432	100,0

Consumo de álcool

A análise da tabela 8, permite–nos verificar que de uma maneira geral os jovens não consomem bebidas alcoólicas *diariamente*. No entanto, verificam-se ligeiras diferenças de consumo entre (7,8%)sexo masculino (0,4%) e o sexo feminino

É de notar que 51,2% dos adolescentes já beberam álcool *ocasionalmente*, notando-se uma maior percentagem de consumidores (86,6%) no sexo masculino, que vai desde o consumo ocasionalmente a diariamente.

Aos fins-de-semana, os rapazes são consumidores de álcool em maior percentagem(39,7%) que as raparigas(11,9%).

Dado as características da região e país (de cultura vinícola), os resultados não nos parecem excessivamente altos, embora pensemos ser importante que se deva continuar a desenvolver campanhas no sentido de divulgar e alertar para os riscos e malefícios do álcool.

Tabela 8- Distribuição dos adolescentes por sexo segundo o consumo de álcool

SEXO / CONSUMO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nunca	24	13,4	71	28,1	95	22,0
Ocasionalmente	70	39,1	151	59,7	221	51,2
Fins - de - semana	71	39,7	30	11,9	101	23,4
Diariamente	14	7,8	1	0,4	15	3,4
TOTAL	179	100,0	253	100,1	432	100,0

Consumo de medicamentos e outras drogas

A tabela 9 mostra-nos que 54,9 % dos jovens de ambos os sexos *nunca* consumiram medicamentos ou outro tipo de drogas.

Analisando as respostas por sexo, verifica-se que o sexo feminino apresenta padrões de consumo ligeiramente superiores ao sexo masculino, nas alternativas de consumo apresentadas, pode observar–se que 50,2% das raparigas e 61,5% dos rapazes referiram que *quase nunca* consumiram. 19,0% das raparigas e 7,8% dos rapazes referiram consumir ocasionalmente

A percentagem de jovens que consome frequentemente (3,0%) e diariamente (3,5%) drogas, embora pouco representativa, merece ser tida em consideração dada a idade dos jovens em estudo, e o tipo de drogas consumidas(quadro 4).

Tabela 9- Distribuição dos adolescentes segundo o consumo de medicamentos /outras droga

SEXO / CONSUMO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nunca	110	61,5	127	50,2	237	54,9
Quase nunca	42	23,5	63	24,9	105	24,3
Ocasionalmente	14	7,8	48	19,0	62	14,3
Frequentemente	6	3,4	7	2,8	13	3,0
Diariamente	7	3,9	8	3,2	15	3,5
TOTAL	179	100,1	253	100,1	432	100,0

A fim de conhecer o tipo de drogas consumidas pelos jovens, colocou–se uma questão aberta, "Caso consuma .Quais?". Com base nos autores consultados, criaram-se duas categorias: *medicamentos e outras drogas* (quadro 3) .

N*os medicamentos*, as drogas mais consumidas pelos jovens são os analgésicos. Como já verificamos anteriormente as raparigas apresentam padrões de consumo mais elevados, quer neste tipo de droga quer relativamente ás outras substâncias consideradas nesta categoria.

Nas *outras drogas, consideradas psicoactivas ilegais,* os padrões de consumo verificados são mais elevados no sexo masculino. As drogas mais consumidas por estes são: os cannabis e seus derivados seguidas da marijuana e o ecstasy.

Quanto ao consumo da heroína, cocaína e LSD são consideradas bastante nocivas para a saúde do indivíduo, estão a ser consumidas por 6 jovens que fazem parte do nosso estudo.

De realçar que, dos jovens que referiram consumir drogas, 34 omitem o tipo de drogas que consomem.

Chamamos à atenção, que alguns jovens consomem mais que um tipo de droga, como vimos anteriormente, apenas havia 195 jovens que consomiam droga e no quadro 3 aparecem 199 jovens a consumir.

Apesar da percentagem de consumidores de drogas ser pequena na amostra estudada, julgamos ser pertinente não desprezar os dados observados, atendendo aos efeitos nocivos quer para a saúde do individual, quer familiar.

Quadro 3- Respostas à questão –"Caso consuma, medicamentos/outras drogas quais?"

CATEGORIAS	INDICADORES	M Nº	F Nº	TOTAL Nº
Medicamentos	Analgésicos	41	75	116
	Anti-depressivos	-	6	6
	Anti - inflamatórios+Antibióticos	-	5	5
	Contraceptivos	-	8	8
SUBTOTAL		41	94	135
Outras drogas	Cannabis e marijuana ou derivados (charros, erva).	10	5	15
	Heroína e morfina.	2	1	3
	Cocaína.	2	-	2
	LSD +heroína+haxixe.	1	-	1
	Ecstasy.	3	1	4
SUBTOTAL		18	7	25
Vários		4	1	5
Não responde		21	13	36
TOTAL *		84	115	199

*Alguns jovens consomem mais que um tipo de droga

Informação e fontes de informação

Na tabela 10, pode observar-se que 45,1% dos jovens consideram ter *boa* informação acerca da sexualidade. 19,0% referem possuir *muito boa* informação; 20,8% consideram ter informação regular e 12,7% afirmam ter informação *suficiente* sobre sexualidade. Apenas 2,3% dos jovens referem ter informação *insuficiente*, a percentagem de raparigas com insuficiente informação é superior à do rapazes.

Os rapazes apresentam percentagens(23,5% e 48,6% respectivamente) superiores às raparigas(15,8% e 42,7%) nos níveis de informação muito *boa e boa.*

Se a informação se traduzir em conhecimentos, (o que nem sempre acontece) pelas respostas expressas pelos jovens, somos levados a pensar que estamos perante um grupo de jovens com alguns conhecimentos sobre a sexualidade.

Quanto aos locais onde os jovens obtiveram informação sobre sexualidade, através da análise da questão aberta observou-se que a escola é o local mais referido pelos jovens de ambos os sexos seguindo-se a casa , o café /bares e o centro de saúde. Salientamos que uma percentagem de 15% de jovens obtiveram informação através da linha directa (centro de apoio aos jovens).

Relativamente à informação que os jovens detêm sobre a sexualidade, pelas respostas á questão "*Obteve a informação que tem sobre a sexualidade através de:*" pode verificar-se que as principais fontes de informação foram a TV, os colegas e leituras. Os professores são referidos por 38,6% dos adolescentes seguidos dos pais (37,3% referem a mãe , 30,8% citam o pai) e 23,6% referem os irmãos .

Os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros e psicólogos) são fontes de informação pouco referidas pelos adolescentes, como se pode observar pelas escolhas manifestadas. Os médicos são referidos por 25,0% dos jovens, e o enfermeiro por 19,2%. O psicólogo é apontado por 7,6% dos adolescentes.

Fazendo uma análise segundo o sexo, constatamos que os rapazes recorrem mais ao pai (15,7%) do que à mãe (10,6%) para obter informação acerca deste tema, embora as raparigas apresentem uma percentagem (15,0%) muito próxima da dos rapazes relativamente ao pai. O mesmo não se observa em relação à mãe, visto que, 26,6% das raparigas recorrem à mãe para obter informação acerca da sexualidade enquanto que apenas 10,6% dos rapazes, têm a mesma atitude.

As raparigas também recorrem mais do que os rapazes aos técnicos de saúde e aos professores para obter informação sobre sexualidade. 17,1% das raparigas e 7,9% dos rapazes recorrem ao médico; 11,1% das raparigas e 8,1% dos rapazes ao enfermeiro; 26,6 % das raparigas e 14,6% dos rapazes obtêm informação junto dos professores.

Os resultados parecem revelar-nos que algo está a mudar em relação à comunicação entre os jovens e os pais acerca do tema da sexualidade, o mesmo se verificando em relação aos professores, mas não com a expressão desejada. O que quer os pais, quer os professores, continuam a ter pouca expressão como fontes de informação junto dos nossos jovens.

Os dados observados revelam que os técnicos de saúde são fontes de informação pouco procuradas pelos jovens, isto levanta-nos alguma preocupação, tendo em consideração as fontes de informação a que recorrem com mais frequência a maioria destes jovens.

Tabela 10 - Grau de informação por sexo sobre sexualidade

SEXO / GRAU DE INFORMAÇÃO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muito boa	42	23.5	40	15,8	82	19.0
Boa	87	48,6	108	42,7	195	45.1
Regular	31	17,3	59	23,3	90	20.9
Suficiente	17	9,5	38	15,0	55	12.7
Insuficiente	2	1,1	8	3,2	10	2.3
TOTAL	179	100,0	253	100,0	432	100.0

Opinião atitudinal dos adolescentes acerca da sexualidade

Solicitou-se aos adolescentes que se pronunciassem sobre cada item apresentado, tentando obter as suas opiniões e inferir do estudo as atitudes dos adolescentes em assuntos acerca da sexualidade.

Analisando as respostas dos adolescentes em relação aos items *afectividade nada tem a ver com a sexualidade; a sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor,* verifica-se que a maioria dos adolescentes relaciona a afectividade à sexualidade. Como se pode confirmar pelas respostas apresentadas no quadro 4, uma percentagem de 31,7 discorda totalmente e 20,4% concordam pouco que a afectividade nada tem a ver com a sexualidade. Estes resultados são confirmados com 74,3% de adolescentes a *concordar totalmente* e 15,1% *a concordar muito* que a sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor. 27,1% dos adolescentes inquiridos manifestam uma atitude oposta, *concorda totalmente* e *concorda muito* que *a sexualidade nada tem a ver com a afectividade.*

Na opinião de 81,5% dos adolescentes a homossexualidade é um comportamento sexual aceitável; 57,2% *concordam totalmente* e 24,3% *concordam muito.* No entanto 13,2% dos adolescentes *nem concordam nem discordam* , revelando uma atitude de tolerância em relação a este comportamento sexual.

Como se pode observar cerca de metade (51,9%) dos jovens inquiridos *discordam* da afirmação que as relações sexuais só devem ter início depois do casamento, 6,8% *concordam totalmente e* 4,8% *concordam muito* que as relações sexuais só devem ter início após o casamento.

Através das respostas atribuídas ao item " *a mulher deve manter a virgindade até ao casamento* " verifica-se em apenas uma minoria (11,3%) atitudes conservadoras em relação à sexualidade da mulher; 65,0%, discordam totalmente ou *concordam pouco* que as raparigas devam manter-se virgens até ao casamento, (35,2 % dos jovens são do sexo feminino e 29,8 % do sexo masculino).

Relativamente à atitude dos jovens inquiridos em relação à actividade sexual do sexo masculino antes do casamento, observa-se que 10,4% dos rapazes *concordam totalmente* e 9,7% *concordam muito* que o homem já tenha experiência sexual quando casa, enquanto que só 4,6% das raparigas *concordam totalmente* e 4,4% *concordam muito*; 24,1% das raparigas *discorda totalmente e 8,3% concorda pouco,* nos rapazes verifica-se uma percentagem (10,9%) menos representativa nestes items. 27,5% dos jovens apresenta atitudes de tolerância.

Na opinião de 15,2% dos jovens a masturbação é um comportamento sexual reprovável; destes 6,0% são rapazes e 9,2% são raparigas. Uma percentagem de 45,7% expressa atitudes tolerantes em relação a este comportamento sexual.

Até à bem pouco tempo prevalecia a ideia de que a masturbação era um comportamento que prejudicava a saúde. Ao que parece 41,9% dos jovens inquiridos discordam totalmente dessa ideia; 14,8% *concordam pouco* com ela. Os jovens que expressam que *nem concordam nem discordam* apresentam uma percentagem representativa (33,3%), isto é, parecem não ter opinião.

Realçamos, que dos jovens inquiridos 2,3% *concordam totalmente* e 4,8% *concordam muito* que a masturbação é um comportamento sexual que prejudica a saúde.

Quanto à opinião dos adolescentes em relação ao item "*as relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução*" verifica-se que 42,6% de jovens do sexo feminino e 24,1% de jovens do sexo masculino *discordam totalmente* dessa afirmação e 17,1% de jovens de ambos os sexos *concordam pouco*.

Os nossos jovens em estudo parecem considerar importante a fidelidade numa relação a dois, sendo esta mais valorizada pelo sexo feminino. De acordo com os resultados 88,5% *concordam* com a fidelidade numa relação a dois.

Em suma, tratando-se de adolescentes a residir numa região do norte do país, tradicionalmente conservadora, em que o meio familiar e sócio–cultural é considerado tradicionalista, ao contrário do que seria de esperar, a maioria dos adolescentes apresentam maioritariamente atitudes liberais em relação à sexualidade; as atitudes de tolerância assumidas por alguns jovens parecem querer revelar um não assumir a sexualidade sem preconceitos.

QUADRO 4 - Opinião atitudinal dos adolescentes face á sexualidade segundo o sexo

Níveis / Indicadores / Sexo		Concordo totalmente		Concordo muito		Nem concordo nem discordo		Concordo pouco		Discordo totalmente	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1-A afectividade nada tem a ver com a sexualidade	N	26	38	28	25	47	43	41	47	37	100
	%	6,0	8,8	6,5	5,8	10,9	10,0	9,5	10,9	8,6	23,1
2-A sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor.	N	114	207	37	28	21	12	6	1	1	5
	%	26, 4	47,9	8,6	6,5	4,9	2,8	1,4	0,2	1,2	1,2
3-A homossexualidade é um comportamento sexual aceitável.	N	116	131	42	63	12	45	6	9	3	5
	%	26,9	30,3	9,7	14,6	2,8	10,4	1,4	2,1	0,7	1,2
4-As relações sexuais só devem ter inicio após o casamento.	N	8	21	7	14	17	64	36	41	111	113
	%	1,9	4,9	1,6	3,2	3,9	14,8	8,3	9,5	25,7	26,2
5-A mulher deve manter a virgindade até ao casamento.	N	9	18	11	11	30	72	33	31	96	121
	%	2,1	4,2	2,5	2,5	6,9	16,7	7,6	7,2	22,2	28,0
6-A masturbação é um comporta mento sexual reprovável .	N	12	20	14	20	56	112	29	33	68	68
	%	2,8	4,6	3,2	4,6	13,0	25,9	6,7	7,6	15,7	15,7
7-A masturbação é um comportamento que prejudica a saúde.	N	3	7	14	18	57	87	32	32	73	108
	%	0,7	1,6	3,2	4,2	13,2	20,1	7,4	7,4	16,9	25,0
8- As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução.	N	6	6	7	2	23	26	39	35	104	184
	%	1,4	1,4	1,6	0,5	5,3	6,0	9,0	8,1	24,1	42,6
9-Utilizar métodos contraceptivos artificiais é imoral.	N	22	12	8	5	42	54	26	37	81	145
	%	5,1	2,8	1,9	1,2	9,7	12,5	6,0	8,6	18,8	33,6
10-O homem já deve Ter experiência sexual quando casa.	N	45	20	42	19	45	74	19	36	28	104
	%	10,4	4,6	9,7	4,4	10,4	17,1	4,4	8,3	6,5	24,1
11-A fidelidade mutua é importante na relação a dois.	N	120	221	26	15	23	8	3	2	7	7
	%	27,8	51,2	6,0	3,5	5,3	1,9	0,7	0,5	1,6	1,6

Opinião dos adolescentes sobre a sua sexualidade

Como se pode verificar pela tabela 11, uma percentagem de 24,7% dos adolescentes referem estar *muito satisfeitos* e 31,0% consideram-se *satisfeitos* com a sua sexualidade. A percentagem de jovens que expressa estar *pouco satisfeitos* (4,6%) e *insatisfeitos* (3,2%) é pequena, embora o seu total (7,8%) mereça atenção.

Analisando os dados segundo o sexo, verifica-se que mais de 50% dos rapazes e das raparigas estão satisfeitos com a sua sexualidade, no entanto há uma alta percentagem de (45,5%) de raparigas que não respondem.

Pela respostas à questão *como se considera sexualmente:* verificou-se que a maioria (94,7%) dos adolescentes inquiridos assumem-se heterossexuais e há uma minoria que se consideram bissexuais e homossexuais (2,8% e 2,1% respectivamente).

Tabela 11- Grau de satisfação sexual dos adolescentes.

SEXO / GRAU DE SATISFAÇÃO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muito satisfeito	52	29,1	55	21,7	107	24,7
Satisfeito	58	32,4	76	30,0	134	31,0
Pouco satisfeito	15	8,4	5	2,0	20	4,7
Insatisfeito	12	6,7	2	0,8	14	3,3
Não responde	42	23,5	115	45,5	157	36,3
TOTAL	179	100,0	253	100,0	432	100.0

É curioso observar que embora haja uma alta percentagem de inquiridos satisfeitos com a sua sexualidade, 58,1% destes nunca tenha tido relações sexuais.

A maior percentagem dos jovens que nunca tiveram relações sexuais pertence ao sexo feminino (76,3%) .

É afirmado por 21,5% dos jovens que *raramente* têm relações sexuais. A percentagem dos jovens que refere que tem relações sexuais *habitualmente* e com *frequência* é de 12,5% e 7,9% respectivamente.

Tabela 12 - Comportamento sexual dos adolescentes segundo o género

SEXO / RESPOSTAS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nunca	58	32,4	193	76,3	251	58,1
Raramente	64	35,8	29	11,5	93	21,5
Habitualmente	30	16,8	24	9,5	54	12,5
Com frequência	27	15,1	7	2,8	34	7,9
TOTAL	179	100,0	253	100,0	432	100.0

Dos 181(41,9) adolescentes que tiveram relações sexuais, 38% são rapazes e 13,9% são raparigas.

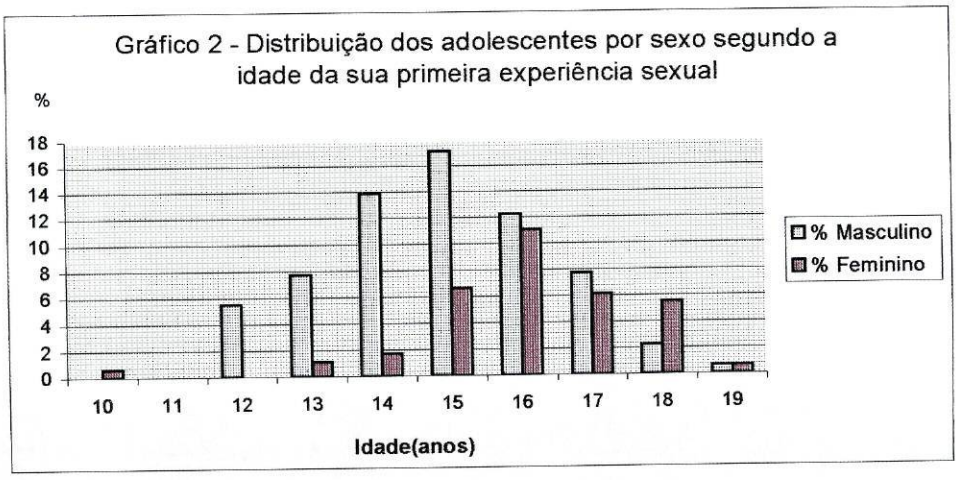
Para os rapazes a idade média da sua primeira relação sexual é de 14,9 (mínimo de 12 anos e um valor máximo de 19 anos), a moda localiza-se nos 15 anos de idade.

Para as raparigas a idade média da primeira relação sexual é de 16 anos , (mínimo de 10 anos e um valor máximo de 19 anos), a moda situa-se nos 16 anos, isto significa, que a maioria das raparigas têm a sua primeira relação mais tarde que os rapazes.

É de notar, que a idade mínima de início da actividade sexual referida no sexo masculino é de 12 anos enquanto que nas raparigas é de 10 anos. Se se comprovar a veracidade destas respostas há necessidade de uma reflexão sobre o ensino da sexualidade nas escolas.

Pelo gráfico 2, conclui-se que a maioria dos jovens inquiridos de ambos os sexos têm a sua primeira relação sexual entre os 14 e os 17 anos.

Constata-se que o número de jovens a ter relações sexuais diminui à medida que aumenta a sua idade. A percentagem de jovens que refere ter tido relações sexuais em idades precoces, embora não seja grande não pode ser ignoradas, pelas consequências que estas podem acarretar para o adolescente e família, quando não são tomadas medidas preventivas.



Através do quadro 5, pode verificar-se que a maioria dos jovens de ambos os sexos iniciaram a actividade sexual com amigos; 38,6% dos jovens do sexo masculino tiveram a sua primeira relação sexual com uma amiga, 11,0% com um amigo, 13,8% com a namorada. 1,1% dos jovens do sexo masculino iniciaram–se sexualmente com uma prostituta. Igual percentagem (1,1%) iniciou–se com a prima. Um jovem refere que teve a sua primeira relação sexual com a avó e outro com a irmã.

Quanto ao sexo feminino, 27,6% afirmam que tiveram a sua primeira relação sexual com um amigo, 2,8% com uma amiga, 1,7% com o namorado. Uma das jovens do sexo feminino refere que teve a sua primeira relação sexual com um chulo e outra com o irmão.

Quadro 5- Respostas à questão .-" Com quem teve a sua primeira relação sexual?"

CATEGORIAS	INDICADORES	M		F		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
Não familiares	Amigo	20	11,0	50	27,6	70	38,6
	Amiga	70	38,7	5	2,7	75	41,4
	Namorada(o)	25	13,8	3	1,6	28	15,4
	Prostituta	2	1,1	-	-	2	1,1
	Chulo	-	-	1	0,6	1	0,6
SUB- TOTAL		117	64,6	59	32,5	176	97,1
Familiares	Prima	2	1,1	-	-	2	1,1
	Primo	-	-	1	0,6	1	0,6
	Irmã	1	0,6	-	-	1	0,6
	Avó	1	0,6	-	-	1	0,6
SUB-TOTAL		4	2.3	1	0,6	5	2,9
TOTAL		121	66,9	60	33,1	181	100,0

N=181

Pelas respostas à questão: "Se tem relações sexuais costuma utilizar algum método contraceptivo?", verificou-se que dos 181 jovens que referem ser sexualmente activos, 87,3% utilizam método contraceptivo, as raparigas representam uma percentagem de 30,9% e os rapazes 56,4%. O método contraceptivo mais utilizado pelos jovens é o preservativo (87,3 %). 30,9% das respostas são raparigas e 56,4% são rapazes. Verifica-se também, uma percentagem de 6,7% que utilizam a associação de dois métodos (preservativo + pílula), a pílula é utilizada por uma jovem e outra jovem refere que utiliza o diafragma.

Pela análise das respostas à questão aberta em que se questionam os adolescentes sobre as razões que os leva a não se proteger quando têm relações sexuais, foram criadas cinco categorias: *prazer, confiança; ocasional, constrangimento e económica*. A categoria com maior número de respostas é *o prazer*, em que 11 adolescentes justificam que não utilizam nenhum método de contracepção porque *retira / diminui o prazer* e 4 referem não *gostar de os utilizar*(quadro6).

Na categoria *confiança*, verifica-se que 6 jovens não usam nenhum método porque *confiam no seu parceiro sexual*; 5 jovens manifestam *constrangimento*. A categoria *ocasional* através dos seus indicadores parece revelar que 3 jovens tiveram relações sexuais sem serem programadas indo de encontro àquilo que acontece a maioria das vezes neste período da adolescência; 2 jovens referem que *não tinham dinheiro para os comprar* esta justificação, no entanto, pode não estar apenas relacionada com o problema económico, podendo, ser também resultante da falta de informação relativamente a uma das finalidades do planeamento familiar *fornecer aos jovens medidas preventivas para que estes possam viver a sua sexualidade de forma saudável* (que inclui distribuição gratuita de métodos contraceptivos).

Perante as respostas, poderemos questionar-nos relativamente à programação e execução de actividades como a promoção/educação para a saúde junto das camadas mais jovens.

Quadro 6- Respostas à questão -" Se não utiliza nenhum método contraceptivo. Porquê?"

CATEGORIAS	INDICADORES	Nº
Prazer	"Não gosto de utilizar" "Retira o prazer"	4 11
SUB-TOTAL		15
Confiança	"Conheço bem com quem tenho relações sexuais"	6
SUB-TOTAL		6
Ocasional	"Porque não os tinha nessa altura"	3
SUB-TOTAL		3
Constrangimento	"Vergonha de os ir comprar" "Medo/vergonha que os meus pais venham a saber.	3 2
SUB-TOTAL		5
Económica e/ ou desconhecimento	"Não tinha dinheiro para os comprar "	2
SUB-TOTAL		2
TOTAL		31

Pelas respostas à questão "conhece algum método contraceptivo que simultaneamente protege contra a SIDA e uma gravidez indesejada", verifica-se que uma percentagem de 93,5% de adolescentes refere que conhece e 5,6% diz que desconhece. 4 adolescentes não respondem à questão.

Dos 93,5% que responderam *sim*, 96,3% possuem conhecimentos correctos relativos ao método contraceptivo que protege simultaneamente contra o SIDA e uma gravidez indesejada (quadro7). Como se pode observar, 89,4 % referem o preservativo, 6,9% referem o preservativo associado a outro método; 1,9% dos jovens revelam uma certa ignorância, uma vez que referem métodos incorrectos, como a pílula e o diafragma confundindo a protecção de doenças de transmissão sexual com a protecção contra uma gravidez não desejada.

Quadro 7- Respostas à questão. -" Se sim, qual o método contraceptivo que utiliza?"

CATEGORIAS	INDICADORES	N	%
Método contraceptivo correcto	Preservativo	361	89,4
	Preservativo+espermicida	1	0,2
	Preservativo+pílula	27	6,7
SUB-TOTAL		389	96,3
Método contraceptivo incorrecto	Pílula	7	1,7
	Diafragma	1	0,2
SUB-TOTAL		8	1,9
Não respondem		7	1,7
TOTAL		404	99,9

N=404

A frequência com que os jovens mudam de parceiro sexual, começa a ser preocupação generalizada. Foi nosso propósito averiguar o que acontece com os adolescentes inquiridos.

Os resultados obtidos pela questão - *No último ano, teve relações sexuais com*: constatamos que a maioria dos adolescentes não têm tido relações sexuais com pessoas consideradas de risco para a sua saúde. No entanto, 149(62,3%)dos jovens já tiveram relações sexuais com pessoas consideradas de risco, uma vez que essas pessoas ou já estão contaminadas ou assumem comportamentos que as expõe ao risco de serem contaminadas. Deste modo, se os jovens tiveram relações sexuais desprotegidas com estas pessoas estão sujeitos a serem eles no futuro portadores dessas doenças.

Salientamos, que há uma grande percentagem(48,0%) de jovens que respondem não saber, isto é desconhecem o passado sexual e o estado de saúde das pessoas com quem tiveram relações sexuais.

É de notar que as percentagens observadas nos jovens do sexo masculino (embora sejam maioritariamente os que respondem que não têm relações sexuais com pessoas de risco), representam o maior grupo que responde também afirmativamente. 31,9% referem desconhecer o passado da pessoa com quem se relacionam sexualmente; 12,1 % tiveram relações sexuais com prostitutas; 3,8% com parceiros sexuais com SIDA ou seropositivos e 3,3% com pessoa com outras doenças de transmissão sexual.

Quando questionados se utilizam preservativo quando têm relações sexuais e desconhecem o passado sexual dessa pessoa, verifica-se que dos 181(41,9%) adolescentes

sexualmente activos 7,9% dos jovens do sexo masculino e 2,3% do sexo feminino referem não utilizar.

Numa tentativa de identificar se os adolescentes mudaram o seu estilo de vida a nível da sexualidade desde que tomaram conhecimento da existência da SIDA, questionaram-se "*Se mudaram algum aspecto da sua vida sexual desde que tiveram conhecimento da existência da SIDA (*quadro8). Mais de metade (51,6%) responde que "*sim*", e 48,4% responde que "*não*". Estes resultados vêm confirmar o que se tinha observado anteriormente, ou seja, constata-se um forte sentimento de invulnerabilidade próprio desta fase do ciclo vital, num número significativo de jovens.

Estas respostas poderão também indiciar uma atitude de indiferença perante as consequências negativas dos comportamentos de risco.

Fazendo uma análise segundo o sexo, constatamos que 55,3 % dos jovens do sexo feminino não mudou o seu estilo de vida sexual. Já nos jovens do sexo masculino isto aconteceu em 38,5%. Quanto aos jovens que mudaram o seu estilo de vida sexual (51,6%), verifica-se uma percentagem maior (61,5 %) de rapazes comparativamente com 51,6% de raparigas.

As mudanças expressas pelos adolescentes em relação à sua sexualidade desde que tomaram conhecimento da existência da SIDA, estão relacionadas com: *o uso de preservativo sempre que têm relações sexuais* e a *escolha do parceiro sexual*. 12,5% referem apenas *ter relações sexuais com o meu namorado*; 7,2% afirmam *não ter relações sexuais com quem tem* SIDA e 4,5% *ter relações sexuais apenas com quem se conhece,* o que pode traduzir um excesso de confiança no parceiro; se pensarmos que o adolescente frequentemente muda de parceiro e que o doente seropositivo pode não apresentar sinais de doença até uma fase tardia.

Salientamos, que 6,7% dos jovens expressam *angústia / medo* de ser infectados pelo vírus da SIDA ou apanhar a doença.

Quadro 8- Respostas à questão- "Mudou algum dos aspectos da sua vida sexual desde que teve conhecimento da existência da SIDA ?Se sim, em quê? "

CATEGORIAS	INDICADORES	SEXO			
		M		F	
		N	%	N	%
Método contraceptivo adequado	"utilizar preservativo sempre que tenho relações sexuais"	76	34,1	58	26,0
SUB-TOTAL		76	34,1	58	26,0
Escolha do parceiro(a)	"Tenho relações apenas com o meu namorado(a)"	13	5,8	15	6,7
	"Não ter relações sexuais com quem tem SIDA"	6	2,7	10	4,5
	"Ter relações só com quem conhecemos bem"	4	1,8	6	2,7
SUB-TOTAL		23	10,3	31	13,9
Angústia / medo	"tenho medo de apanhar a doença"	-	-	3	1,3
	"preocupação de ser infectada"	4	1,8	8	3,6
SUB-TOTAL		4	1,8	11	4,9
Não responde		7	3,1	13	5,8
TOTAL*		110	49,3	113	50,7

*N=223

Entre os inquiridos que não se previnem contra a SIDA, realçam-se dois aspectos: *atitudes de auto confiança e atitudes de indiferença*. Estes resultados não nos surpreendem se tivermos em conta o estadio de desenvolvimento em que os adolescentes se encontram. Para os adolescentes, enfrentar o perigo poderá ser sinónimo de coragem. A integridade física é nesta fase da vida considerada como garantida. Como se pode observar através da análise do quadro 9, oito adolescentes referem que a sua vida sexual em nada se alterou porque *são resistentes às doenças* e três manifestam "*não ter medo de apanhar a SIDA*".

Dos adolescentes que não se previnem contra o SIDA, 72,8% revela uma atitude de *indiferença* , 22,9%, *não se preocupam com isso*; 18,7% mencionam que *raramente têm relações sexuais por isso não me preocupo*; 11,0% referem *ainda são muito nova para me preocupar com isso*. As respostas atribuídas aos restantes indicadores *não tenho namorado*; *porque não sei o que isso é e não tenho relações* sexuais tem pouca expressividade.

Realçamos a expressão de um adolescente *para mim a SIDA é uma incógnita, por isso nada se alterou na minha vida sexual*.

Poderemos assim, talvez concluir que os adolescentes constituem um grupo de risco, quer pelos comportamentos adoptados quer pelas opiniões que manifestam a propósito da sexualidade e comportamentos sexuais.

Quadro 9- Respostas à questão . - " Se não mudou nada na sua vida depois que tomou conhecimento da existência da SIDA. Porquê?"

CATEGORIAS	INDICADORES	M		F	
		Nº	%	N	%
Atitude de auto- confiança	"Sempre estive informado como me prevenir"	2	0,9	6	2,9
	"Conheço bem as pessoas com quem me relaciono.	1	0,5	10	4,8
	"Sou resistente ás doenças"	6	2,9	4	2,0
	"Não tenho medo de apanhar essa doença"	2	0,9	2	0,9
SUB-TOTAL		11	5,2	22	10,6
Atitude de indiferença	"Raramente tenho relações sexuais, por isso não me preocupo"	11	5,3	28	13,4
	"Para mim a SIDA é uma incógnita, por isso nada se alterou na minha vida sexual"	4	2,0	1	0,5
	"Nunca me preocupei com isso"	23	11,0	25	11,9
	"Ainda sou muito nova(o) para me preocupar com isso"	7	3,3	16	7,7
	"Não tenho namorado(a)"	5	2,4	14	6,7
	"Porque não sei o que isso é, e não tenho relações sexuais.	3	1,4	15	7,2
SUB-TOTAL		64	25,4	121	47,4
N/respondem		5	2,4	19	9,1
TOTAL*		69	33,0	140	67,1

*N=209

Questionados sobre *o que faria se ficasse grávida,* ou se *"a sua parceira ficasse grávida"*, a distribuição das respostas dos inquiridos pelos items revela que a maioria (62,5%) dos jovens escolhem as alternativas de resposta *discutiam o assunto com a(o) companheira(o);* seguido do item *pedia ajuda aos pais*(47,5%).

Ao item *assumia o filho mas não casava* são atribuidas pelos rapazes 34,1 % de respostas e apenas 15,0% pelas raparigas. 9,5% dos rapazes sugeria o aborto e 8,7% das raparigas recorriam ao aborto.

Pelas respostas dos jovens ao item "outras", verificou-se que cinco jovens perante uma gravidez não desejada ; três *fugiam de casa* e duas delas referem que *se suicidavam*.

Quadro10 - Respostas à questão – "O que faria se ficasse grávida/ou se a sua parceira ficasse grávida.

SEXO / RESPOSTAS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Discutia o assunto com ela(e).	94	52,5	176	69,6	270	62,5
Pedia ajuda aos pais.	84	46,9	121	47,8	205	47,5
Pedia ajuda ao médico e/ou enfermeiro.	32	17,9	49	19,4	81	18,8
Sugeria o aborto/ recorria ao aborto.	17	9,5	22	8,7	39	9,0
Assumia o filho mas não casava.	61	34,1	38	15,0	99	22,0
Casava.	25	13,9	32	12,6	57	13,1
Não sabe	21	11,7	18	7,1	40	9,2
Outras	-	-	5	2,0	5	1,2

*Mais do que uma resposta era possível

Através das respostas à questão, "Conhece algum serviço de saúde onde possa obter informação sobre sexualidade ou resolver algum problema neste domínio?", constatou-se que 31,0% dos adolescentes não sabem onde recorrer .

As instituições de saúde referidas pelos (69,0%) jovens que afirmam conhecer, foram em primeiro lugar o centro de saúde, vindo em segundo lugar o instituto da juventude (linha directa). As outras instituições referidas: 6 jovens recorrem ao gabinete de psicologia da escola que frequentam e 9 ao médico particular.

Questionados acerca da frequência às consultas de planeamento familiar, verificamos que dos 432 jovens que participaram no estudo, apenas 36,6% dos jovens frequentam essas consultas. (21,5% pertencem ao sexo feminino e 15% ao sexo masculino).

O centro de saúde é o local onde 134 jovens frequentam as consultas de planeamento familiar; os restantes recorrem ao instituto da juventude (15 jovens), médico particular (4 jovens) e 2 ao hospital.

Quanto ao técnico de saúde a quem os jovens mais recorrem, constata-se que 96 jovens procuram o médico ; 16 o médico e a enfermeira ; 28 a enfermeira e 15 o psicólogo do instituto da juventude.

Na tentativa de identificar quais os motivos que levam os adolescentes a não frequentar as consultas de planeamento familiar , elaborou-se uma questão aberta de forma a permitir que os jovens se expressassem livremente. Das respostas à questão foram criadas seis categorias: *desconhecimento, transferência de responsabilidade, constrangimento, sentimento de culpa /medo, indiferença e desculpabilização*(quadro 11*)*.

A categoria mais representativa diz respeito à falta de conhecimentos / informação dos jovens. Como se pode verificar através dos indicadores: 13 jovens referem *não saber onde funcionam essas consultas*, 8 dizem *desconhecer as suas finalidades* . É de realçar os conceitos errados que os nossos jovens possuem em relação às consultas de planeamento familiar, uma vez que estes consideram que essas consultas *são apenas para pessoas casadas,* ou porque : *ainda não iniciei a minha vida sexual; não tenho namorado; raramente tenho relações sexuais.* 7 jovens responsabilizam os pais, justificando que *não tenho os meus pais comigo* ou *a minha mãe nunca me levou lá.*

Um aspecto a salientar é o *constrangimento* manifestado por 11 jovens, ao justificarem que não frequentam as consultas de planeamento familiar por que *têm vergonha,* devido *a serem muito novas e não se sentirem à vontade*; duas jovens referem que o facto de quando vão ao centro de saúde serem acompanhadas pela mãe *se sentem constrangidas para falar sobre o tema da sexualidade*. Estes resultados põe em evidência os preconceitos e tabus ainda existentes em torno da sexualidade. Ao que parece revelar que alguns manifestam opiniões liberais acerca da sexualidade em geral, mas, assumem atitudes conservadoras no que respeita à sua sexualidade.

Os sentimentos de culpa/medo manifestados por 3 jovens vêm reforçar o que já foi dito; eles justificam não frequentar essas consultas " porque o médico de família é amigo dos pais .

Os outros motivos referidos pelos jovens, evidenciam o seu desinteresse, ou seja, a despreocupação destes jovens em relação à sua saúde, como se pode confirmar pelos indicadores: *nunca me preocupei com isso*; ou *não tenho tempo.*

Concluindo, um número significativo de jovens possui conceitos errados sobre planeamento familiar. A sexualidade continua e poderá continuar a ser entendida como algo *pecaminoso*, se os técnicos de saúde pais e professores em equipas inter e pluridisciplinares não ajudarem os jovens a clarificar e a vivenciar a sexualidade de forma saudável.

Parece que a divulgação dos serviços de apoio aos jovens não tem sido feita com eficácia, pelos próprios profissionais da saúde junto dos jovens.

Quadro 11 - Respostas à questão "Se não frequenta as consultas de planeamento familiar. Porquê?"

CATEGORIAS	INDICADORES	Nº
Desconhecimento	"Não sei onde funcionam"	13
	"Desconheço as finalidades dessas consultas"	8
	"Porque essas consultas são para pessoas casadas e para jovens que estão para casar"	4
	"Raramente tenho relações sexuais"	2
	"Ainda não iniciei a minha vida sexual."	4
	"Não penso ter filhos tão cedo"	3
	"Não tenho namorado"	6
SUB-TOTAL		40
Transferência de responsabilidade	"Porque não tenho os meus pais comigo"	1
	"A minha mãe nunca me levou lá"	6
SUB-TOTAL		7
Constrangimento	"Tenho vergonha porque ainda sou nova"	5
	"Não me sinto à vontade para ir a essas consultas"	4
	"A minha mãe acompanha-me sempre às consultas, e eu não me sinto à vontade para falar sobre isso"	2
SUB-TOTAL		11
Sentimento de culpa/ medo	" Já pensei em ir, mas tenho medo"	2
	"Porque o meu médico de família é amigo dos meus pais"	1
SUB-TOTAL		3
Indiferença	"Nunca me preocupei com isso"	5
SUB-TOTAL		5
Desculpabilização	"Ainda não tive oportunidade"	1
	"Não tenho tempo"	5
SUB-TOTAL		6
TOTAL		72

Relativamente à forma como funcionam as consultas de Planeamento familiar 75,9% dos adolescentes expressam que concordam com o seu funcionamento e 22,7% discorda. 7 jovens não respondem à questão.

Dos motivos referidos pelos adolescentes que não concordam com o funcionamento das consultas de planeamento familiar, foram seleccionadas quatro categorias relacionadas com: *divulgação, acessibilidade, atendimento e confidencialidade*(quadro12).Na opinião de 18 jovens estas consultas *têm pouca divulgação junto da população jovem*; 16 opinam que *são pouco acessíveis*, e destes, 6 manifestam que *se está muito tempo à espera.*

Quanto ao atendimento, dois jovens referem-se ao aspecto relacional, manifestando que "as pessoas são pouco simpáticas; 4 expressam que os técnicos de saúde não os compreendem. Cinco jovens referem que nessas consultas há falta privacidade e sigilo. Assim a *confidencialidade* que é tão valorizada pelos adolescentes e muito mais tratando-se de assuntos tão íntimos como a sexualidade parece ser ignorada pelos técnicos de saúde.

Quadro12- Respostas à questão. "Se não concorda com o funcionamento das consultas de planeamento familiar. Porquê ?"

CATEGORIAS	INDICADORES	N
Divulgação	"Pouco divulgadas junto dos jovens"	18
SUB-TOTAL		18
Acessibilidade	" Pouco acessíveis"	10
	" Está-se muito tempo à espera"	6
SUB-TOTAL		16
Atendimento	" As pessoas não são simpáticas"	2
	" O pessoal não nos compreende "	4
SUB-TOTAL		6
Confidencialidade	" Pouca privacidade "	3
	" Há falta de sigilo"	2
SUB-TOTAL		5
TOTAL		45

Pelas respostas do quadro 13, constatamos que para a maioria dos inquiridos *planeamento familiar* significa; *ajuda, informação e prevenção*. Como se pode verificar pela percentagem de respostas atribuídas aos *items ajuda para uma vida sexual saudável; informação sobre métodos contraceptivos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis* . As respostas atribuídas pelas raparigas são ligeiramente mais elevadas que as atribuídas pelos rapazes. É de notar a baixa percentagem de respostas atribuídas pelos jovens ao *tratamento de infertilidade*.

Quadro 13 - Respostas à questão " Para si planeamento familiar significa?"

SEXO / RESPOSTAS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.	92	51,4	146	57,7	238	55,1
Forma de evitar a gravidez	64	35,8	90	35,6	154	35,6
Ajuda para uma vida sexual saudável	90	50,3	175	69,2	265	61,3
Informação sobre métodos contraceptivos.	83	46,4	169	66,8	252	58,3
Tratamento de infertilidade	26	14,5	27	10.7	53	12,3
Controle de natalidade	83	46,4	90	35,6	173	40,0

*Mais que uma resposta é possível

Resultados estatísticos das hipóteses

Hipótese.1 – ***O comportamento sexual dos adolescentes é diferente segundo o género.***

Relativamente ao comportamento sexual e o género, a percentagem dos rapazes (16,8% 15,1%) que refere que tiveram relações sexuais habitualmente e com frequência é maior que a percentagem de raparigas (9,5% e 2,8%).

Para verificar a hipótese formulada recorreu-se à aplicação do Qui-quadrado (X^2=88,12; para 3 gl e um $p<$ 0,01). O que nos leva a considerar que há diferenças significativas entre o comportamento sexual dos adolescentes e o género.

Hipótese2- ***O comportamento sexual dos adolescentes é diferente segundo a idade.***

Através da análise de variância (ONE WAY ANOVA), obteve-se para $F=2,607$, ao qual está associado um $p=0,05$, logo igual ao nível de significância adoptado. Recorreu-se à aplicação da Correcção de Bonferroni para comparações múltiplas, e, analisou-se qual o efeito das idades nos diferentes comportamentos sexuais (adolescentes que nunca tiveram relações e nos que tiveram raramente, habitualmente e com frequência). Os resultados obtidos em ambos os testes estatísticos não foram conclusivos.

Assim, decidiu-se estabelecer a comparação das médias das idades dos adolescentes que nunca tiveram relações sexuais versus os sexualmente activos , utilizando

o teste *t de student* para amostras independentes. Concluindo - se que a idade média (16,6 anos) dos adolescentes que não são sexualmente activos é inferior à idade média (17 anos) dos adolescentes sexualmente activos. Os resultados(quadro14) verificados (p=0,01 e I. C. 95%, *não contendo o valor zero*), permitem inferir que nos adolescentes que fazem parte da nossa amostra há diferenças entre as médias das idades dos que nunca tiveram relações sexuais e os sexualmente activos.

Quadro 14 –Comparação das médias das idades dos adolescentes com o comportamento sexual.

TESTE	**Teste de LEVENE para a igualdade de variâncias**		Teste t para comparação de médias.					
	F	***p***	**t**	**gl**	***P*** bicaudal	Dif. de médias	Df. Erro padrão	Intervalo de confiança **95%**
Igualdade de variâncias assumida	1,095	0,296	-2,56	430	0,011	- 0,3088	0,1207	-0,546 -7,17E-02

Hipótese.3– ***A idade de inicio da actividade sexual é diferente segundo o género.***

Através dos resultados obtidos(quadro15) verificou –se que os rapazes iniciam mais cedo as relações sexuais (em média aos 14,85 anos) que as raparigas, que começam a ter relações sexuais em média aos 16,05 anos. A diferença de médias observada pelo *t Student*

(t= 4,897; 179 gl e p<0,001) comprova que existe diferença significativa entre os dois sexos em relação ao inicio das relações sexuais. Assim, o sexo masculino começa em média mais precocemente a sua actividade sexual do que as raparigas.

Quadro15 – Resultados estatísticos da hipótese " a idade de inicio das relações sexuais é diferente segundo o género.

TESTE / IDADE	**Teste de LEVENE para a igualdade de variâncias**		Teste t de Student para comparação de médias.					
	F	***p***	**t**	**gl**	***P*** bicaudal	Dif. de médias	Df. Erro padrão	Intervalo de confiança **95%**
Igualdade de variâncias assumida	1,243	0,266	- 4,897	179	0,001	-1,207	0,2465	-1,6936 -0,7207

Hipótese 5 – ***Há relação entre o comportamento sexual dos adolescentes e o estado civil dos pais.***

Foram elaboradas duas sub –hipóteses, na hipótese 4 a) relaciona-se o estado civil do pai com o comportamento sexual dos jovens e na hipótese 4 b) o estado civil da mãe com a mesma variável . Pelos resultados apresentados no quadro16, pode– se verificar que há relação entre o estado civil do pai e o comportamento sexual dos adolescentes (X^2 *=4,458; p=0,035)* . O mesmo não se verifica em relação ao estado civil da mãe, uma vez que o X^2 *=0,714; p=0,398.* Logo superior ao nível de significância previamente definido

Hipótese.6 - ***Há relação entre o comportamento sexual dos jovens e o seu relacionamento com os pais.***

Tal como na situação anterior, elaboraram – se duas sub-hipóteses : na hipótese 5a) estabeleceu - se relação do comportamento sexual dos adolescentes com o relacionamento destes com o pai e na hipótese 5 b) verifica –se se há relação entre a variável comportamento sexual e o relacionamento dos jovens com a mãe. Determinado o Qui – Quadrado, comprovou-se a existência de associação entre o comportamento sexual dos jovens e o relacionamento com a mãe (X^2 *= 6,233; p=0,044*) o que não acontece em relação ao pai (X^2 *= 0,468; p=0,791*).(quadro16)

Relativamente às **hipóteses 4, 7 e 8,** os resultados obtidos (quadro16)através do Qui – Quadrado revelaram inexistência de relação entre o comportamento sexual dos jovens em estudo e a sua zona de residência (X^2*=4,238; p=0,232) ; a* conduta dos pais para com eles (X^2 =3,00; p=0,558), o mesmo se verifica em relação à religião.(X^2 =2,635 ; p=0,105).

Hipótese.9- Os adolescentes que consomem álcool têm uma actividade sexual diferente dos não consumidores.

No que concerne ao consumo de álcool , os resultados evidenciam a existência de diferenças de comportamentos sexuais entre os grupos, os que consomem bebidas alcoólicas todos os dias, 86,7% têm relações sexuais frequentemente e habitualmente enquanto que os que não consomem apenas 27,4% tem relações sexuais frequentemente e habitualmente.

Aplicado o Qui-Quadrado (X^2 = 69,226; p<0,001) comprova a existência da diferença de comportamento sexual entre os grupos. Resulta assim, que os jovens consumidores de álcool têm comportamentos sexuais diferentes dos não consumidores.(quadro16)

Hipótese.10- Os adolescentes que consomem medicamentos /outras substâncias têm uma actividade sexual diferente dos não consumidores.

Relativamente ao consumo de medicamentos / outras drogas, analisando os comportamentos sexuais dos que consomem droga frequentemente e ocasionalmente (76,9% e 38,7% respectivamente)têm relações sexuais frequentemente e habitualmente. O Qui- Quadrado (X^2=*27,848; para 4gl e um p<0,001*) revelou diferenças significativas entre os grupos, relativamente ao comportamento sexual e o consumo de drogas (quadro16).Parece que os jovens que consomem medicamentos e outras drogas manifestam uma actividade sexual diferente dos que não consomem.

Quadro16 –Relação entre ocomportamento sexual dos adolescentes e a: zona de residência, estado civil dos pais, relacionamento com os pais, conduta dos pais, religião, consumo de álcool e consumo de medicamentos /outras drogas.

HIPÓTESES	Qui-Quadrado		
	X^2	*gl*	*p*
Hipótese.4– zona de residência	4,238	3	=0,232
Hipótese. 5 a) – estado civil do pai	4,458	1	**=0,035**
Hipótese.5b) – estado civil da mãe	0,714	1	=0,398
Hipótese.6a)– relacionamento com o pai	0,468	2	=0,791
Hipótese.6b)- relacionamento com a mãe	6,233	2	**=0,044**
Hipótese. 7 –conduta dos pais.	3,000	4	=0,558
Hipótese. 8- religião	2,635	1	=0,105
Hipótese. 9- consumo de álcool	69,226	3	**<0,001**
Hipótese.10 – consumo de droga	27,848	4	**<0,001**

Conhecimentos dos adolescentes acerca da sexualidade

Hipótese.11- ***O nível de conhecimentos sobre sexualidade é diferente segundo o género.***

Uma percentagem de 58.5% das raparigas e 72.1% dos rapazes referem que possuem informação muito boa e boa sobre sexualidade. É de notar que 3,2% das raparigas e 1,1% dos rapazes possuem informação insuficiente.. Pelos resultados(quadro18) do X^2 = 9,052; 2 ***gl;*** p=0,01 confirmam que existe uma diferença significativa de conhecimentos entre os rapazes e as raparigas. Podendo deste modo inferir que os rapazes estão mais informados que as raparigas acerca do tema da sexualidade.

Hipótese 12 –O *nível de conhecimentos dos adolescentes em sexualidade é diferente segundo a idade.*

Pela aplicação da análise de variância (ANOVA) e para reforçar os resultados encontrados efectuou-se a Correcção de Bonferroni . Verificou-se que a percepção dos adolescentes quanto à sua informação acerca da sexualidade é melhor nos mais novos , sendo a idade média dos que respondem muito boa e boa 16,5 e 16,7 anos, respectivamente e a dos que respondem insuficiente 17,3 anos. (ANOVA F= 4,26, ao qual está associado uma probabilidade de p=0,002, logo inferior ao nível de significância adoptado).(quadro-17)

A aplicação da Correcção de Bonferroni para comparações múltiplas vem reforçar as diferenças já observadas entre os grupos relativas ao nível de conhecimentos. Revelou a existência de uma diferença significativa entre as médias da idade dos adolescentes que respondem ter informação suficiente e muito boa (p=0,01).

Quadro.17 - Relação entre os conhecimentos e a idade dos adolescentes

Fonte de variação	ANOVA análise de variância				
	SS	gl	MS	F	*p*
Entre grupos	25,645	4	6,4,11	4,26	0,002
Dentro dos grupos	642,668	327	1,505		

Hipótese 13- O nível de conhecimentos dos adolescentes é diferente segundo a área cientifica frequentada pelos adolescentes.

Quanto à área cientifica, tivemos em conta esta variável, uma vez que o currículo do agrupamento - I (área cientifico natural) integra disciplinas onde se abordam conteúdos sobre a fisiologia e anatomia do aparelho reprodutor, podendo esta, levar ao enviezamento dos resultados. Pela aplicação do Qui-quadrado(qudro18) relacionou-se os conhecimentos dos adolescentes com todas as áreas cientificas frequentadas por eles, o valor do X^2***=6,24; 4gl; p=0,18*** não foi conclusivo. Assim, formaram –se dois grupos área cientifico natural versus outras áreas, verificando-se o mesmo (X^2 =2,698; 2 gl; p=0,26), sugerindo assim, que os jovens que frequentam a área cientifico natural não revelam níveis de conhecimentos diferentes dos que frequentam outras áreas.

Hipótese.14-O nível de conhecimentos dos adolescentes é diferente segundo a sua comunicação com os pais acerca da sexualidade.

Em relação à comunicação dos adolescentes com os pais acerca da sexualidade, constatou – se que 52,3 % comunicam e 47,7% não comunicam. Através da **hipótese 14,** verificou–se . O valor do X^2 ***=10,718; 2 gl; p=0,005,*** permite inferir que há diferença de conhecimentos entre os jovens que falam com os pais acerca da sexualidade versus os que não comunicam(quadro18).

QUADRO18 - Relação entre os conhecimentos e: género, área cientifica e comunicação dos adolescentes com os pais.

HIPÓTESES	Qui-Quadrado		
	X^2	*gl*	*p*
Hipótese.11– género	9,052	2	**0,01**
Hipótese.13– área cientifica do curso sexualidade.	2,698	2	0,26
Hipótese14–comunicação do adolescentes com os pais acerca de sexualidade.	10,718	2	**0,005**

Hipótese 15 –*"As opiniões / atitudes dos adolescentes face à sexualidade são diferentes segundo o género."*

A fim de verificar se as atitudes dos adolescentes são (ou não) diferentes segundo o género, recorreu-se a aplicação do Qui-Quadrado. Os resultados apresentados no quadro 19, parecem confirmar que os rapazes e as raparigas têm uma noção diferente da sexualidade. 34,0 % das raparigas respondem (*concordam pouco e discordam totalmente).* respectivamente que "a sexualidade nada tem a ver com a sexualidade" em relação a 18,1% dos rapazes. p=0,008 confirma que há diferença de opiniões atitudinais entre os rapazes e as raparigas acerca da sexualidade, a vertente afectiva da sexualidade parece ser percentualmente mais valorizada pelas raparigas.

Em relação ao item " a sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor ", os resultados encontrados vêm reforçar a ideia anteriormente verificada, p=0,015 parece que os rapazes e as raparigas têm conceitos diferentes acerca da sexualidade, a vertente afectiva é mais valorizada pelas raparigas. Mais de metade (54,4%) das raparigas associam o amor e o afecto à sexualidade em relação comparativamente a 35,0% dos rapazes.

O sexo feminino (55,1%) revelaram opiniões atitudinais mais liberais que os (44,9%) os rapazes em relação à homossexualidade. p=0,003 confirma a existência de diferença significativa de atitudes entre as raparigas e os rapazes.

As opiniões atitudinais dos rapazes e das raparigas relativamente ao inicio da actividade sexual (genitalidade), revelaram –se diferentes, valor de p=0,001 altamente significativo. 70,0% das raparigas revelaram opiniões atitudinais conservadoras e apenas 30,0% dos rapazes.

Em relação ao item " a mulher deve manter a virgindade até ao casamento " , as raparigas (59,2%) manifestaram opiniões atitudinais mais conservadoras que os rapazes (40,8%). Valor de p=0,015 confirma que existe uma diferença significativa de opiniões atitudinais entre os rapazes e as raparigas relativamente à sexualidade da mulher, ao que parece, os rapazes mostram-se mais liberiais que as raparigas.

As raparigas expressam opiniões atitudinais (66,7%) mais tolerantes relativamente aos rapazes (33,3%), face ao item " a masturbação é um comportamento sexual reprovável. O valor de p= 0,009 comprova a existência de diferença de opinião atitudinal entre os rapazes e as raparigas.

No que concerne ao item "a masturbação é um comportamento que prejudica a saúde " e ao item " as relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução". Os resultados do Qui-quadrado não foram conclusivos.

Relativamente à utilização dos métodos contraceptivos, 63,8% dos rapazes manifestaram opiniões atitudinais mais conservadoras do que as raparigas(36,2%). Uma percentagem de 63,0 das raparigas expressam opiniões atitudinais liberais. O valor de p=0,002 confirma que há diferenças de opiniões atitudinais entre os dois sexos em relação à utilização dos métodos contraceptivos.

Em relação à sexualidade masculina *" o homem quando casa já deve ter experiência sexual"*, verificou-se um p=0,001 o que confirma a existência de uma diferença significativa de opinião entre as raparigas e os rapazes . Os resultados observados mostram-nos que maioritariamente (74,9%) as raparigas são as que expressam opiniões atitudinais mais conservadoras comparativamente a 25,1% dos rapazes.

No item " a *fidelidade mutua é importante na relação a dois"* verificou-se um valor de p=0,001, o que demonstra que existe uma diferença altamente significativa de opinião atitudinal entre os rapazes e as raparigas. 74,2% dos rapazes manifestam opiniões atitudinais mais tolerantes que as raparigas (25,8%). É de notar, que maioritariamente são as raparigas que expressam opiniões atitudinais mais liberais relativamente à fidelidade mutua na relações a dois. (61,8% são raparigas e 38,2% são rapazes).

Em suma, pelos dados observados, parece que de uma forma global as raparigas têm opiniões atitudinais mais liberais face à sexualidade que os rapazes.

Quadro 19 –Relação entre as opiniões / atitudinais dos adolescentes e género

ITEMS	Qui-Quadrado (X^2)		
	X^2	*gl*	*p*
1- A afectividade nada tem a ver com a sexualidade.	9,637	2	**0,008**
2-A sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor.	8,381	2	**0,015**
3-A homossexualidade é um comportamento sexual aceitável.	11,537	2	**0,003**
4- As relações sexuais só devem ter inicio após o casamento.	23,45	2	**0,001**
5-A mulher deve manter a virgindade até ao casamento.	8,4	2	**0,015**
6-A masturbação é um comportamento sexual reprovável.	9,315	2	**0,009**
7-A masturbação é um comportamento que prejudica a saúde.	0,377	2	0.828
8- As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução.	4,795	2	0,09
9- Utilizar métodos contraceptivos artificiais é imoral.	12,243	2	**0,002**
10-O homem já deve ter experiência sexual quando casa.	60,71	2	**0,001**
11-A fidelidade mutua é importante na relação a dois.	16,318	2	**0,001**

Hipótese 17- ***A opinião atitudinal dos adolescentes face à sexualidade em geral é diferente segundo a sua religião***"

Recorreu-se à aplicação do teste de independência (Qui-quadrado) para avaliar a existência de relação entre as opiniões atitudinais dos adolescentes e a sua religião.

Relativamente ao item " a sexualidade nada tem a ver com a sexualidade verificou –se um valor de p=0,04, demonstrando a existência de diferença de opinião atitudinal entre os jovens católicos e os não católicos.(quadro20). Ao que parece os jovens católicos valorizam mais a vertente afectiva que os não católicos.

Verificou-se que as opiniões dos adolescentes católicos e os não católicos são diferentes acerca de que a sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor. Através dos resultados do X^2=56,596 para 2 gl e um p=0,001) comprovou-se que essa diferença é

significativa entre os grupos. 65,3% dos jovens católicos concordam totalmente e concordam muito que a sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor, enquanto que os não católicos apenas 24,0% são dessa opinião.

Um aspecto também valorizado maioritariamente (64,4 %)pelos jovens católicos e em menor percentagem (24,1)pelos não católicos é a fidelidade mutua na relação a dois. Determinado o Qui-quadrado , comprovou-se a existência de diferença significativa de opiniões entre os dois grupos. (X^2=12,63 ; 2 gl p=0,002).

É de notar que não se verificou diferença de opinião atitudinal entre os adolescentes católicos e os não católicos em relação aos outros items. (quadro 20).

Quadro 20 –Relação entre as opiniões/ atitudinais dos adolescente e a religião

ITEMS	Qui-Quadrado (X^2)		
	X^2	*gl*	*p*
1- A afectividade nada tem a ver com a sexualidade.	6,392	2	**0,04**
2-A sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor.	56,596	2	**0,001**
3-A homossexualidade é um comportamento sexual aceitável.	2,848	2	0,24
4- As relações sexuais só devem ter inicio após o casamento.	0,523	2	0,77
5-A mulher deve manter a virgindade até ao casamento produção.	1,176	2	0,56
6-A masturbação é um comportamento sexual reprovável.	3,114	2	0,21
7-A masturbação é um comportamento que prejudica a saúde.	0,313	2	0,86
8- As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução.	0,664	2	0,72
9- Utilizar métodos contraceptivos artificiais é imoral.	3,19	2	0,2
10-O homem já deve ter experiência sexual quando casa.	2,346	2	0,31
11-A fidelidade mutua é importante na relação a dois.	12,6	2	**0,002**

Através da correlação do Coeficiente de Spearman, avaliou-se a associação das opiniões atitudinais dos adolescentes acerca da sexualidade, entre si. Os resultados encontrados revelaram-nos que as associações das opiniões atitudinais dos adolescentes acerca da sexualidade, entre si, são maioritariamente positivas fracas mas muito significativas verificando-se também algumas negativas fracas mas muito significativas.

Realçamos a associação positiva moderada altamente significativa (r_s= 0,706; p<0,001) observada entre a mulher deve manter – se virgem até ao casamento e as relações sexuais só devem ter inicio após o casamento (quadro21).

Quadro 21-Magnitude das correlações entre as opiniões atitudinais dos adolescentes acerca da sexualidade

ITEMS	1-A fectividade nada tem a ver com a sexulidade	2-A sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor.	3.A homossexualidade é um comportamento sexual aceitável.	4-As relações sexuais só devem ter inicio após o casamento.	5-A mulher deve manter a virgindade até ao casamento.	6 A masturbação é um comportamento sexual reprovável .	7-Amasturbação é um comportamento que prejudica a saúde.	8-As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução	9Utilizar método contraceptivos artificiais é imoral.	10-O homem já deve ter experiência sexual quando casa.	11.A fidelidade mútua é importante na relação a dois.
1 A afectivida de nada tem a ver com a sexualidade		r_s= - **0,161** p = **0,001**					r_s= - 0,098 p= 0,042	r_s= **0,174** p < 0,001	r_s = **0,203** p < **0,001**	r_s = - **0,138** p < **0,001**	rs =– **0,162** p < **0,001**
2-Asexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor.	r_s= - **0,161** p=**0,001**			r_s=0,109 P = 0,024		r_s=0,107 p =0,026			r_s= - 0,11 p=0,022	r_s=**0,167** p = **0,004**	r_s = **0,389** p < **0,001**
3-A homossexualidade é um comportamento sexual aceitável.				r_s = - 0,099 p= 0,04	r_s = -0,101 p=0,036	r_s =**0,142** p=**0,003**	r_s = **-0,244** p < **0,001**	= - *0,127* p=*0,008*	r_s = **-0,162** p =**0,001**		
4-As relações sexuais só devem ter inicio após o casamento.		r_s=0,109 p=0,024	r_s = - 0,099 p =0,04		r_s =**0,706** p < **0,001**	r_s =- **203** p<**0,001**	r_s =**0,124** p =**0,01**	r_s =**0,238** p <**0,001**	r_s = **0,161** p =**0,001**		
5.A mulher deve manter a virgindade até ao casamento.			r_s = - 0,101 p = 0,036	r_s =**0,706** p<**0,001**		r_s =**0,195** p< **0,001**	r_s =**0,201** p< **0,001**	r_s =**0,244** p <**0,001**	r_s =**0,170** p < **0,001**		
6.A masturbação é um comportamento sexual reprovável		r_s= 0,107 p=0,026	r_s = **-0,142** p =**0,003**	r_s =**0,203** p<**0,001**	r_s =**0,195** P <**0,001**		r_s =**0,445** p <**0,001**	r_s =**0,206** p<**0,001**	r_s =**0,15** p =**0,002**		r_s =**0,168** p <**0,001**
7-A masturbação é um comportamento que prejudica a saúde.	r_s– 0,098 p= 0,042		r_s = - **0,244** p< **0,001**	r_s =**0,124** p= **0,01**	r_s =**0,201** P< **0,001**	r_s =**0,445** p< **0,001**		r_s =**0,334** p =**0,001**	r_s =**0,308** p <**0,001**	r_s =**0,129** p =**0,007**	r_s =*0,106* p =*0,028*
8- As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução	r_s = **0,174** p< **0,001**		r_s=-**0,127** p = **0,008**	r_s =**0,238** p< **0,001**	r_s=**0,244** P< **0,001**	r_s =**0,206** p<**0,001**	r_s= **0,334** p < **0,001**		r_s =**0,398** p< **0,001**	r_s =**0,144** p =**0,003**	
9-Utilizar métodos contraceptivos artificiais é imoral	r_s= **0,203** p< **0,001**	r_s=- 0,11 p=0,022	r_s= - **0,162** p= **0,001**	r_s =**0,161** p =**0,001**	r_s=**0,17** P< **0,001**	r_s = **0,15** p=**0,002**	r_s =**0,308** p < **0,001**	r_s =**0,398** **p** <**0,001**		r_s = **0,228** p < **0,001**	
10-O homem já deve ter experiência sexual quando casa.	r_s = **0,167** p< **0,001**	r_s=-**0,138** p= **0,004**					r_s = **0,129** p=**0,007**	r_s =**0,144** p =**0,003**	r_s = **0,228** **p** <**0,001**		r_s =**0,13** p =**0,007**
11-A fidelidade mútua é importante na relação a dois.	r_s= - **0,162** p= **0,001**	r_s= **0,389** p= **0,001**				r_s =**0,168** p<**0,001**	r_s =*0,106* p=*0,028*			r_s =- **0,13** p =**0,007**	

Hipótese 18-*A frequência das consultas de planeamento familiar é diferente segundo o género".*

A hipótese formulada não se confirma. (X^2 *=0,009 ; p=0,924)*

Hipótese 19 –*A frequência das consultas de planeamento familiar é diferente segundo o comportamento sexual dos adolescentes.*

Os resultados estatísticos não são conclusivos(X^2 *=2,495; p=0,114*), não se confirma a hipótese formulada.

Hipótese.20 – A *opinião dos adolescentes sobre o funcionamento das consultas de planeamento familiar é diferente segundo o género.*

Quanto á opinião dos adolescentes sobre o funcionamento das consultas de planeamento familiar, o valor do X^2 *=5,006; p=0,082* que sugere que não existe diferença de opinião dos adolescentes sobre o funcionamento dessas consultas entre os jovens do sexo masculino e do sexo feminino.

6-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A sexualidade humana, é um dos domínios em que, de uma forma muito acentuada, se encontram entrelaçados aspectos de ordem biológica, psicológica e socio-cultural, cuja influência é determinante de atitudes e comportamentos.

No momento em que cada vez mais se manifesta a importância da sexualidade no adolescente e em que esta tomada de consciência põe em causa os valores morais tradicionais, desencadeando reacções de temor em muitos adultos, parece útil reflectir sobre os resultados obtidos.

Pensamos, tal como Vasconcelos (1999), que falar em sexualidade na adolescência, no singular, oculta o logro, típico das categorizações identitárias generalizantes, que é o de pressupor a homogeneidade das práticas, sentimentos, e pensamentos de uma qualquer categoria populacional. Esta categoria é marcada, de facto, pela diversidade das situações sociais objectivas e subjectivas, que a compõem. Não há uma adolescência mas – adolescências- constituídas por redes relacionais de diferenças sociais, que estrutura proximidades e distâncias sociais relativas.

Não se pode deixar de fazer referência à selecção da amostra. Se por um lado, procuramos garantir a sua uniformidade ao incluirmos apenas adolescentes escolarizados, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos inclusive, solteiros, e, de certo modo podermos controlar as variáveis concorrentes, ao circunscrevermos a amostra apenas a adolescentes escolarizados dificilmente se poderão inferir os resultados para outros adolescentes, sendo mais cauteloso restringir os resultados para os adolescentes contemplados neste estudo.

Como as variáveis a estudar envolviam dimensões afectivas do comportamento, consideramos que o método de recolha de dados (questionário) utilizado, foi o mais adequado. As respostas obtidas através do instrumento de recolha de dados, sobre as práticas sexuais devem ser lidas preponderantemente como declarações. Pois se é certo que remetem para práticas comportamentais concretas e com elas têm alguma correspondência, devem estas ser tomadas como respostas tendencialmente adequadas ao que o inquirido espera que seja a resposta socialmente correcta.

virilidade e da compulsão sexual enquanto que, a sexualidade feminina continua subordinada a uma lógica de preservação. Deste modo, as respostas dos jovens, do sexo feminino e do sexo masculino, não podem igualmente ser desligadas dos estereótipos dominantes sobre o que se pensa que dever ser , respectivamente, o comportamento sexual do rapaz e da rapariga. A sociedade portuguesa parece ser mais culpabilizante e negativa quanto à sexualidade feminina.

Pelas respostas dos 432 adolescentes que participaram no estudo (41,4% são rapazes e 58,6% são raparigas), relativas à questão utilizada para caracterizar o comportamento sexual dos jovens, constatou-se que 67.7% dos rapazes já se iniciaram sexualmente enquanto que apenas 23,8% das raparigas confirmam ter tido relações sexuais.

De acordo com Miguel e Vilar (1988) os rapazes , em termos gerais, manifestam tendência para afirmarem que tiveram relações sexuais, mesmo não tendo tido, as raparigas pelo contrário omitem terem tido relações sexuais apesar de já as ter tido.

Hipótese1 –***Há relação entre o comportamento sexual e o género.***

Verificou-se um Qui-quadrado igual a 88,12, um $p< 0,01$, confirmando a existência de relação significativa entre o comportamento sexual e o género. Os resultados parecem revelar maior culpabilidade das adolescentes do sexo feminino, e evidenciar o maior prestigio social atribuído á actividade sexual dos rapazes.

Em outros estudos anteriores, verificou-se esta mesma clivagem entre a actividade sexual dos rapazes e das raparigas. Dos quais salientamos: Navarro(1985), Loureiro(1990) e Vasconcelos (1999).

Hipótese 2- - *O comportamento sexual dos adolescentes é diferente segundo a idade.*

Os resultados estatísticos revelaram que a idade média (16,6 anos) dos adolescentes que não são sexualmente activos é inferior à idade média (17 anos) dos adolescentes sexualmente activos.($t=-2,56$; $p=0,01$) o que sugere que há diferença entre as médias das idades dos jovens sexualmente activos e os que nunca tiveram relações sexuais.

Os resultados obtidos no nosso estudo parecem reforçar a ideia veiculada por Vasconcelos (1999), de que a idade de iniciação sexual esteja a descer nas gerações mais novas, já que os jovens inquiridos revelaram maioritariamente que se iniciaram sexualmente entre os 14 e os 17 anos. Segundo Abreu (1999), em Portugal o inicio da actividade sexual ocorre em média entre os 15 e os 17 anos.

Brown e Cromer citados por Abreu (1999) atribuem este facto a vários factores, entre os quais se destacam: a influência do grupo, dos mass média, a puberdade precoce, o nível sócio- económico, as características da personalidade dos jovens e as características familiares.

Hipótese.3 - *A idade de inicio para a actividade sexual é diferente segundo o Género.*

Para os jovens inquiridos a idade mínima da sua primeira relação sexual é para o sexo masculino de 12 anos e máxima de 19 anos, para as raparigas a mínima é 10 anos e a máxima 19 anos. Através do teste t Student (t=4,897; p=0,001), verificou-se que existe diferença dos comportamentos sexuais entre os dois sexos, os rapazes iniciam a sua actividade sexual (em média aos 14,9 anos), mais cedo que as raparigas, que começamem média aos 16,05 anos.

O prestigio e valorização social atribuído à sexualidade masculina podem ter influenciado as respostas dos rapazes .As declarações feitas (que se iniciaram sexualmente aos 12 anos) por 8,3% dos jovens dos sexo masculino, põe-nos algumas reservas quanto à sua veracidade, devido á idade precoce em que estas ocorrem e ao estadio de desenvolvimento em que o adolescente se encontra.

Na opinião de Levisky(1995), os impulsos e emoções sexuais, neste período - puberdade - ocorrem principalmente ao nível das fantasias e devaneios. O jovem nesta fase está muito voltado para si e para o seu corpo. Os jogos sexuais, frequentes nesta fase do ciclo vital, estão mais voltados para a descoberta do próprio corpo das sensações e prazeres que esta lhe proporciona.

Frade e col (1992) referem que embora nesta fase- puberdade - a actividade sexual (genitalidade) seja pouco frequente, alguns pré - adolescentes, podem no entanto, envolver-se em relações sexuais com penetração.

Hipótese. 4 –*Há relação entre o comportamento sexual dos adolescentes e a área de residência.*

Mediante a socialização adquirimos atitudes de acordo com o meio que nos rodeia, grande parte dos comportamentos aprendem-se socialmente.

Os jovens que participaram no estudo residem maioritariamente (73,4%) em zona urbana (em que o meio familiar e sociocultural é considerado menos conservador que o meio rural). Através da análise descritiva verificou-se que dos 41,9% adolescentes sexualmente activos 28,9% residem na cidade onde o estudo foi efectuado, manifestando estes uma maior actividade sexual em relação aos jovens residentes no meio rural. 14,8% jovens do meio urbano têm relações sexuais habitualmente e com frequência comparativamente a 5,6% dos adolescentes do meio rural. Os resultados estatísticos (X^2=4,238; p=0,232), parecem não confirmar a existência de relação entre o comportamento sexual dos adolescentes e a sua zona de residência.

Hipótese.5 - *Há relação entre o estado civil dos pais e o comportamento sexual dos jovens.*

Verificou –se que existe relação entre o comportamento sexual dos jovens e o estado civil do pai (X^2=4,458; p=0,035), em relação ao estado civil da mãe a hipótese não se confirmou (X^2 =0,714; p=0,398).

Como podemos constatar pelos resultados obtidos, a larga maioria dos adolescentes inquiridos estão inseridos numa família nuclear (definida por Worsley (1977) como a coabitação e a cooperação social reconhecidas de um casal com os respectivos filhos). Na opinião de diversos autores consultados, de entre os quais Almeida, (1987) e Cortesão(1989), consideram que o tipo de família em que a criança ou o jovem está inserido pode contribuir para a interiorização de comportamentos sexuais adequados ou não.

Hipótese. 6 - *Há relação entre o comportamento sexual dos adolescentes e a comunicação destes com os pais.*

Com base nos resultados obtidos sobre a comunicação dos adolescentes com os pais, constatamos alguma diferença entre a comunicação dos jovens com o pai e com a mãe. 61,3% referiram ter boa comunicação com o pai e 77,3% revelaram ter boa comunicação com a mãe. salientamos, que 7,4% expressaram ter má comunicação com o

pai e 2,8% com a mãe. Os resultados revelaram que os jovens que não tiveram relações sexuais apresentaram níveis de (46,5%) boa comunicação com a mãe e 36,2% boa comunicação o pai. Dos jovens sexualmente activos 30,8% têm boa comunicação com a mãe e 25,2% com o pai. Determinado o teste do Qui- quadrado (X^2=6,233; p=0,044) revelou que o comportamento sexual dos adolescentes é dependente da sua comunicação com a mãe. Em relação à comunicação com o pai (X^2=0,468;p=0,791) a hipótese em estudo não se confirma.

Como base no referencial teórico, a família é a instância social com papel mais determinante no desenvolvimento e na educação da sexualidade da criança e mais tarde do adolescente, quer pela importância dos vínculos afectivos entre pais e filhos, quer pela influência que os pais têm como modelos de observação quotidiana, nomeadamente no que respeita à relação entre os dois. É essencialmente no seio da família que a criança adquire a sua identidade sexual, é também aí, que o jovem aprende a construir as primeiras representações cognitivas e afectivas que, consequentemente contribuem para a formação de atitudes.

Hipótese - *Há relação entre o comportamento sexual dos adolescentes e a conduta dos pais para com eles.*

A conduta dos pais para com os jovens inquiridos, é considerada por 62,0% dos jovens *razoável*, verificando-se a mesma clivagem relativamente aos jovens que ainda não tiveram relações sexuais. Pela aplicação do teste Qui-quadrado (X^2=3,00; p=0,558) a hipótese em estudo não se confirma.

A interiorização por parte da criança no que concerne a uma determinada moral sexual, não acontece apenas em virtude de lhe serem transmitidas explicitamente umas tantas normas reforçadas por estímulos positivos ou negativos. A aprendizagem decorre ao longo da observação do comportamento dos pais, face a inúmeras situações, e passa pelo grau de coerência entre as normas verbalizadas e as práticas realizadas. (Ferreira, 1998).

Hipótese 8 –*Existe relação entre o comportamento sexual dos adolescentes e a sua zona de residência.*

Os resultados estatísticos sugerem que os comportamentos sexuais dos adolescentes são independentes da sua zona de residência(X^2 =4,238; 3gl; p=0,232),

Hipótese. 9 –*Existe relação entre o comportamento sexual dos adolescentes e a religião professada por estes.*

Através dos resultados do X^2=2,635; p=0,105, constatamos que não há diferença de comportamento sexual entre os jovens católicos e os não católicos.

Ao procurar identificar o significado que os jovens atribuem à religião, constatou – se que 37,3% dos jovens consideram que "dá sentido à vida, e 33,3% manifestaram que *"ajuda nos momentos difíceis."* Para 7 jovens a religião não tem qualquer significado.

Hipótese.10 - *Os adolescentes que consomem álcool têm uma actividade sexual diferente dos que não consomem.*

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, os adolescentes que revelaram que consomem bebidas todos os dias (86,7%) referiram que têm relações sexuais frequentemente e habitualmente, enquanto que entre os que não consomem, apenas 27,4% referiu ter relações sexuais frequentemente e habitualmente. O valor do Qui-quadrado (X^2=69,226; p=0,001) confirma a existência desta diferença da actividade sexual entre os grupos.(consumidores e não consumidores). Resulta assim, que os jovens consumidores de álcool têm uma actividade sexual diferente dos não consumidores.

De acordo com a OMS o crescimento do consumo de álcool é inquietante assim como os problemas que daí resultam. A utilização destas substâncias na adolescência, qualquer que seja o tipo, é especialmente nociva e perigosa dado que elas provocam profundos fenómenos de despersonalização, de transformação corporal e de angústia profunda num período crucial do processo maturativo(Sampaio,1993).

Também aqui, é decisivo o papel da família, uma vez que a inexistência de coesão familiar, impossibilita o fornecimento, ao jovem, do suporte indispensável ao processo identificatório em curso, proporcionando este tipo de comportamentos.

Hipótese.11 – *Os adolescentes que consomem medicamentos/ outras drogas têm uma actividade sexual diferente dos que não consomem.*

Pela análise descritiva dos dados verificou-se que os adolescentes consumidores de droga, com padrões de consumo(76,9%) frequente e (38,7%) ocasionalmente, referiram que têm relações sexuais frequentemente e habitualmente. Pelo valor do (X^2=27,848; para 4gl e p=0,001), verificou – se que existem diferenças significativas entre os grupos relativamente ao comportamento sexual e o consumo de drogas. Parece que os jovens

consumidores de drogas manifestam uma actividade sexual diferente do que os não consomem.

Os medicamentos são as drogas mais consumidas pelos jovens (59,5% consomem analgésicos, 4,1%contraceptivos, 3,% anti-depressivos e 2,6% anti-inflamatórios +antibióticos). Nesta categoria as raparigas são as que apresentam maior percentagem de consumo(38,5% são raparigas e 21,0% são rapazes), as drogas consideradas ilegais são mais consumidas pelos rapazes.

De acordo com Dryfoos (1987) citado por Frasquilho um facto comprovado é de que os adolescentes que usam drogas são mais propensos a ser sexualmente activos. Este autor revela alguns resultados de um estudo comparativo, realizado com dois grupos de jovens do sexo feminino, um grupo consumia droga (marijuana) e o outro não. Verificou que 62,0% das jovens que consumiam marijuana eram sexualmente activas enquanto que das que não consumiam apenas 7 eram sexualmente activas. No mesmo estudo constatou – se que as jovens consumidoras de drogas engravidaram mais cedo e sem o desejarem (a taxa de gravidezes nas jovens dependentes da droga foi de 56,0%).

Em suma , tendo em conta os dados observados, consideramos tal como Sampaio(1993) que a solução para estes problemas passa pela mudança de atitudes dos adolescentes e não por modelos punitivos e de controle judicial que mais não são que simples artefactos de que se obtêm apenas resultados insatisfatórios, pouco válidos e inseguros.

Deste modo, é importante concluir, que a solução para o problema passa por esforços conjuntos, dos adolescentes, pais e sociedade, no sentido de empreender medidas de combate ao consumo de álcool e outras drogas, de forma a eliminar os factores facilitadores do consumo. É importante desenvolver competências nos jovens para que estes possam encontrar formas alternativas e maneiras de estar e de interagir com a família, a escola e a sociedade. Só assim conseguirão atingir a idade adulta, desenvolvendo mecanismos de controle pessoal e social que lhes permita inibir comportamentos de risco, reconhecendo a importância das relações pessoais na definição da identidade.

Os resultados relativos ao grau de satisfação sexual dos adolescentes revelaram que 4,6% estão pouco satisfeitos e 3,2% se consideraram insatisfeitos com a sua sexualidade. Quanto aos que se consideraram satisfeitos, as percentagens observadas apresentam pouca variação entre os dois sexos. Apenas 21,7% das raparigas e 29,1% dos rapazes manifestaram que estão muito satisfeitos com a sua sexualidade, no grau de

satisfeito observou –se uma percentagem de 30,0% para as raparigas e 32,4% para os rapazes.

Quanto à orientação sexual dos adolescentes, maioritariamente (94,7%) assumiram-se heterossexuais, salientamos que3,9 % dos rapazes assumiram se bissexuais e 2,8% homossexuais. As raparigas 2,0% consideraram-se bissexuais e 1,6% homossexuais.

Como é do conhecimento geral, tradicionalmente , a orientação sexual considerada saudável para o indivíduo e aceite pela sociedade é a heterossexualidade. Os resultados obtidos revelaram, segundo padrões sociais actuais, que os jovens inquiridos assumem uma orientação sexual saudável. Uma minoria assume comportamentos sexuais, que hoje em dia são considerados como diferentes alternativas de desejo sexual.

No plano teórico, vários autores, dos quais salientamos Clães (1990), consideram que a passagem para a heterossexualidade passa por uma fase de investimento homossexual. No entanto López e Furtes (1998), afirmam que os contactos homossexuais são mais frequentes antes dos 15 anos e têm maior incidência nos rapazes que nas raparigas.

Tendo em conta que os adolescentes estudados têm idades compreendidas entre os 15-19 anos, inclusive, poderá acontecer que alguns destes jovens ainda se encontre numa fase de desinvestimento dos objectos de amor .Como afirma Blos (1985) o desinvestimento dos objectos de amor parentais, traz consigo a procura de novos objectos, passando muitas vezes por uma fase de homossexualidade que permite a resolução de conflitos bissexuais e a entrada na adolescência propriamente dita.

A forma como os jovens do nosso estudo vivem a sua primeira relação sexual enfatiza que essa relação é experimental, desprovida de compromisso relacional já que 49,6% dos jovens de ambos os sexos, referiram que se iniciaram sexualmente com uma amiga(o). Relativamente à sexualidade masculina, estes resultados vão de encontro aos resultados encontrados por Vasconcelos(1999) no seu estudo, efectuado no âmbito da sexualidade na adolescência, os resultados obtidos revelaram que a grande maioria dos jovens do sexo masculino se iniciavam sexualmente com uma amiga. O mesmo não acontece com as raparigas, uma vez que no estudo efectuado pelo autor supra citado, estas iniciaram em maioria a sua vida sexual com o namorado.

Realçamos que 1,1% dos rapazes se iniciou sexualmente com uma prostituta, o que parece não ser muito frequente na sociedade actual, ao contrário de épocas passadas em que os rapazes recorriam com frequência a esse tipo de relações para iniciar a sua actividade sexual .

Uma percentagem de jovens (2,9%) revelou ter iniciado a sua vida sexual com familiares. (1,1% uma prima, e 0,6% um primo, a irmã e avó, respectivamente). Estes resultados levantam –nos algumas preocupações uma vez que se trata de relações incestuosas (proibidas na nossa sociedade).

A maioria (87,3%) dos adolescentes refere a utilização dos métodos contraceptivos nos seus contactos sexuais, maioritariamente. O preservativo é o método mais utilizado pelos jovens do nosso estudo, uma percentagem de 6,7% dos jovens utilizam a associação de dois métodos (preservativo + pílula), podendo-se presumir, que a maioria dos jovens sexualmente activos revelam possuir conhecimentos acerca de métodos contraceptivos.

Segundo Lourenço(1998) variáveis psicológicas, sociais e culturais estão associadas à utilização de métodos contraceptivos por parte dos adolescentes. A informação e formação sobre contracepção estão presentes nesta dinâmica.

As razões que levam 12,7% dos jovens a não utilizarem métodos contraceptivos foram expressas através de uma questão aberta. Assim, 11 referiram que *retira o prazer*, 4 dizem que *não gostam de os utilizar*. Realçamos as respostas de 5 jovens onde variáveis psicológicas como o constrangimento estão presentes, manifestadas por *vergonha de os ir comprar* e *medo /vergonha que os pais venham a saber*. Segundo Cordeiro (1998), a maioria dos jovens continua a não utilizar métodos contraceptivos nas primeiras relações sexuais e em muitas relações ocasionais. A justificação(porque não tinha nessa altura) dada por 3 jovens para a não utilizar método contraceptivo, parecem revelar um comportamento sexual ocasional e sem ponderação dos riscos(por exemplo, uma gravidez não desejada ou contrair doenças sexualmente transmissíveis).

A resposta *não tinha dinheiro para os comprar* é referida por 2 jovens. Estes jovens, talvez por falta de informação, revelaram desconhecer os seus direitos no que respeita à Lei nº-3 /84 de 24 de Março- que afirma no artigo 6º-" As consultas de planeamento familiar e os meios contraceptivos proporcionados por entidades públicas são gratuitos ". O acesso à contracepção é na opinião de Vilar (1992),um direito dos jovens, permitindo-lhes viverem a sua sexualidade com segurança.

Questionados todos os adolescentes inquiridos sobre o conhecimento do método contraceptivo que simultaneamente evita a gravidez e algumas doenças sexualmente transmitidas, constatou-se que 93,5% referiu conhecer. No entanto, destas apenas 57,1% revelaram conhecimentos sobre o método contraceptivo correcto, ao referir o preservativo

(51,7%), seguido do preservativo associado à pílula (5,2%) e por último, 0,2% dos jovens referiram que utilizam o preservativo associado ao espermicida.

Um dado importante a ter em conta, entre outros já citados, é que uma percentagem (1,9%) de jovens que manifestaram ter conhecimentos de prevenção da SIDA revelaram tê-los errados, ao referirem o método de barreira a pílula e o diafragma como métodos apropriados. Por tal motivo, justifica- se a necessidade de uma intervenção preventiva dirigida aos jovens. É importante que médicos e enfermeiros tomem consciência do seu papel junto dos jovens e desenvolvam sessões de educação para a saúde onde estes possam participar de forma activa e contribuir para que estes vivam a sua sexualidade de forma saudável sem tabus e medos.

Através da questão- *No último ano teve relações sexuais com:*, quisemos identificar quais os parceiros sexuais dos nossos jovens. Confirmou-se que a maioria dos jovens não tem relações sexuais com pessoas que poderiam pôr em risco a sua saúde. Verificou-se, no entanto, que 18,2 %dos jovens do sexo masculino tiveram relações sexuais com prostitutas; 8,2% dos jovens referem como parceiros sexuais, pessoas bissexuais (6,6% são rapazes e 1,6% são rapariga); 30,4% expressam que se relacionaram sexualmente com parceiros homossexuais (10,7 % são rapazes e 19,7% são raparigas). Uma percentagem significativa (70,9%) de jovens manifestou que teve relações sexuais com pessoas das quais desconhecem o passado sexual. Realçamos que 5,8% dos jovens inquiridos referiam ter tido relações sexuais com pessoas com SIDA. Estes comportamentos sexuais (associados à não utilização de medidas preventivas), manifestados por um número significativo de jovens é preocupante, e reveladores que algo está a falhar no que diz respeito promoção / educação para a saúde junto das camadas mais jovens.

Quanto à questão "*mudou algum aspecto da sua vida desde que tomou conhecimento da SIDA*", constatou –se que dos jovens alteraram os seus comportamentos sexuais, 44,7% são raparigas e 61,5% são rapazes. Das respostas dos jovens que responderam que alteraram os seus comportamentos sexuais, emergiram quatro categorias: *método contraceptivo adequado; escolha do parceiro(a) sexual e angustia/ medo.*

Estas categorias com os seus indicadores, são reveladoras das preocupações destes jovens em relação à SIDA, como se pode ver, 34,1% dos rapazes passaram a utilizar preservativo sempre que têm relações sexuais, assim como 26,0% das raparigas.

A escolha e restrição do parceiro(a) sexual passou a ser uma prática comum destes jovens como se pode verificar pelas respostas *tenho relações sexuais apenas com o meu namorado* ; *ter relações sexuais só com quem conhecemos* e *não ter relações sexuais com quem tem SIDA*. Quanto aos jovens que referem angústia /medo perante a SIDA, pode não ser tão preocupante em relação ao contágio da doença, mas consideramos ser necessário intervir junto destes jovens de forma a ajudá-los a viver a sua vida sexual sem fobias e medos.

Relativamente aos adolescentes que referiram que a sua vida sexual em nada se alterou após ter conhecimento da existência da SIDA, realçam-se duas categorias: atitudes de autoconfiança e atitudes de indiferença.

Os indicadores *sou resistente às doenças* e *não tenho medo de apanhar a SIDA* referido por 4,8% dos adolescentes deixa perceber que existe nestes jovens um forte sentimento de invulnerabilidade próprio desta fase de desenvolvimento. Os indicadores *nunca me preocupei com isso*; *raramente tenho relações sexuais, por isso não me preocupo* expressam bem a indiferença dos jovens perante a SIDA. Os indicadores *porque não sei o que isso é; e não tenho relações sexuais* e *para mim a SIDA é uma incógnita, por isso nada se alterou na minha vida* não exprimem apenas indiferença, mas demonstram que os conhecimentos destes jovens acerca da SIDA ou são inexistentes ou inconsistentes.

Quisemos conhecer as atitudes dos adolescentes perante uma gravidez não desejada; pela análise dos dados verificou-se que 62,5% dos adolescentes escolheram *discutir o assunto com o companheiro*, e 47,5% *pedia ajuda aos pais*. As raparigas apresentam percentagens(69,6% e 47,8) com maior expressividade em relação aos rapazes(52,5% e 46,9%) em ambos os itens. Aos técnicos de saúde foram atribuidas apenas 18,8% das respostas, parece que os adolescentes, mesmo em situações geradoras de angústia como é o caso de uma gravidez indesejada, pouco procuram estes técnicos para os ajudar.

No nosso estudo uma percentagem 9,0 dos inquiridos referiu que recorria ao aborto; 13,1disseram que casavam (13,9% dos rapazes 12,6% das raparigas) . Na opinião de Meneses(1990), os adolescentes quando confrontados com uma gravidez não desejada confrontam-se com quatro alternativas: o casamento, o aborto, serem mães solteiras ou entregarem o filho para adopção.

Os resultados obtidos revelaram que 5(1,2%)jovens do sexo feminino perante uma gravidez indesejada, 3(0,7%) fugiam de casa e 2(0,5%) delas que se suicidavam. Os sentimentos revelados por estas jovens parecem confirmar a teoria defendida por Breken citado por Meneses de que o período que medeia entre a certeza da gravidez e a tomada de decisão caracteriza-se por sentimentos contraditórios e alternados de ansiedade, de depressão ou euforia. Factores psicossociais (opinião dos outros), religiosos e económicos entre outros, podem interferir na decisão tomada pelos jovens.

Sabendo dos riscos orgânicos, psicológicos e sociais que uma gravidez não desejada tem para os adolescentes, consideramos tal como Cordeiro(1998), que estas devem ser objecto de prevenção.

Conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade

Neste estudo, 45,1% dos jovens inquiridos referiu ter boa informação sobre o tema da sexualidade e apenas 19,0% consideraram estar muito bem informados. Salientamos que 2,4% dos jovens manifestaram estar insuficientemente informados sobre sexualidade.

Pelos dados obtidos parece estarmos perante uma percentagem significativa de jovens com um bom nível de informação acerca da sexualidade em geral. Estes resultados contrariam, em certa medida, aqueles encontrados por Loureiro(1990) onde 75,1% dos inquiridos não possuíam conhecimentos sobre sexualidade em geral, apesar das características das amostras serem em muitos aspectos, semelhantes.

Embora mais de metade dos jovens inquiridos revelasse estar informada acerca da sexualidade, no entanto nem sempre estes se traduzem em conhecimentos e comportamentos adequados. Neste mesmo estudo, verificou- se que alguns dos jovens que manifestaram possuir conhecimentos sobre métodos contraceptivos que protegem contra a SIDA e uma gravidez não desejada, referiram como método de barreira a pílula, do mesmo modo, alguns destes jovens adoptam comportamentos sexuais que pode pôr em risco a sua saúde, pela escolha de parceiros com quem se relacionam sexualmente.

Através da análise das respostas da questão aberta" *qual o local onde obteve informação sobre sexualidade* verificou - se que a escola é o principal local referido pelos jovens (28,0%), vindo logo a seguir a casa(família); em último aparece o centro de saúde. Assim, o diálogo entre a família e a escola adquire uma importância muito especial no

âmbito mais especifico da educação sexual, quer pela ajuda que a escola pode dar aos pais na realização dos seus papeis, quer pela necessidade de uma cooperação saudável e coerente entre as famílias e a escola para que o desenvolvimento sexual dos jovens possa ser integrado de forma harmoniosa, preparando estes para uma vivência positiva da sexualidade.

Realçamos que 15,0% dos jovens recorreram à linha directa (centro de atendimento para os jovens sobre saúde sexual e reprodutiva - criados pela portaria nº-52 / 85 de 26 de Janeiro.) para obter informação sobre sexualidade; talvez o recurso a esta fonte de informação (que permite o anonimato de quem pede informação), mostre que a sexualidade continua a ser tabu para os nossos jovens, uma vez que estes se sentem constrangidos para pedir ajuda.

As fontes de informação às quais os jovens recorreram para obter informação sobre sexualidade revelam uma diversidade de procura. No nosso estudo, à semelhança do estudo desenvolvido por Pereira(1993) que versava sobre "com quem falam os adolescentes sobre sexualidade" entre outros desenvolvidos no nosso país e também noutros países, constatou –se que os amigos e os mass média (TV com 75,5% e as leituras com 63,7%), são as fontes mais procuradas pelos jovens.

Não podemos esquecer que o grupo de amigos(tal como a bibliografia indica), tem como função primordial não apenas, ser fonte de informação mais ou menos correcta, mas também a de oferecer aos jovens novos objectos de identificação para além de um espaço de segurança e de comparação de comportamentos; ajuda-o na redefinição da sua identidade. O grupo funciona como um espaço de confidências, de apoio e segurança de partilha de angústias onde o adolescente se sente um igual aos outros. Na adolescência a instituição família vai sendo substituída pelo grupo de pares, sendo este percepcionado pelo jovens como lugar de interacções sociais da vida afectiva e trocas cognitivas.

Os mass média, procurados por uma percentagem representativa de jovens, constituem um importante meio de comunicação para os adolescentes, inclusive, na área da sexualidade. No entanto, a informação disponível não é geralmente, produzida para responder às necessidades dos jovens, incluindo noções falsas e inadequadas sobre sexualidade e, muitas vezes, completamente descontextualizadas de um relacionamento afectivo. Mesmo assim, apesar dos aspectos negativos que este tipo de informação comporta, poderá no interior da família, servir como mediador na comunicação sobre sexualidade, é nestes momentos de convívio familiar que os pais poderão ajudar os jovens

a processar as diferentes mensagens que lhe são transmitidas.

Os resultados verificados no nosso estudo, estão de acordo com os de Pereira(1993). Os jovens recorrem pouco aos professores e aos pais para obter informação sobre sexualidade (apenas 38,9% recorreram aos professores, 37,3% à mãe e 30,8% recorreram ao pai). É de notar, que os técnicos de saúde são também pouco procurados como fontes de informação acera da sexualidade pelos jovens.

Todas estas constatações parecem demonstrar que quer os pais quer os professores quer os técnicos de saúde, ainda não se consciencializaram das suas funções como formadores e educadores na educação sexual dos adolescentes.

Hipótese. 12–Os conhecimentos *dos adolescentes sobre sexualidade são diferentes segundo o género.*

O nível de informação dos rapazes e das raparigas revelaram ligeiras diferenças. 3,2% das raparigas e 1,1% dos rapazes expressaram ter informação insuficiente sobre sexualidade. A informação dos rapazes sobre sexualidade, nos níveis muito boa e boa, como já vimos anteriormente é superior à das raparigass. O valor do Qui-quadrado igual a 9,052; 2gl; p=0,01 sugerindo assim, que há diferença de conhecimentos entre os rapazes e as raparigas.

Hipótese.13- Os *conhecimentos dos adolescentes acera da sexualidade são diferentes segundo a idade.*

Pela análise de variância verificou – se que a média das idades dos que revelaram níveis de informação muito boa é de 16,5 anos e a dos que responderam insuficiente é de 17,3 anos. A confirmar estes os resultados, pelo teste ANOVA obteve-se um F=4,26, e um p=0,002, o que sugere que os adolescentes mais novos estão mais informados que os adolescentes com mais idade. A aplicação da correcção de Bonferroni entre as idades dos adolescentes e a informação destes sobre o tema da sexualidade revelou que existe uma (p=0,01) diferença significativa entre a média das idades dos adolescentes que responderam ter informação muito boa e os que têm informação suficiente. Tais resultados sugerem que nível de conhecimentos é melhor nos adolescentes mais novos.

Hipótese 14 – *Os conhecimentos dos adolescentes acerca da sexualidade são diferentes de acordo com a área cientifica que frequentam.*

A nível disciplinar, os currículos de quase todas as disciplinas possibilitam a abordagem de diversos temas de educação sexual, existindo, entretanto, algumas áreas que incluem explicitamente temas de educação sexual, como é o caso da área cientifico natural, através das disciplinas de biologia e psicologia. Neste sentido, quisemos saber se os adolescentes que frequentavam esta áreas cientificas tinham conhecimentos diferentes daqueles que frequentavam outras áreas. O valor do Qui-quadrado 2,689; para 2 gl e um p=0,26, demonstrou que não há diferença de conhecimentos entre os dois grupos, isto é , os adolescentes que frequentam a área cientifico natural não possui conhecimentos diferentes acerca da sexualidade em relação aos que frequentam outras áreas.

Hipótese.15 –*Os conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade são diferentes segundo a comunicação destes com os pais.*

Quanto à comunicação dos adolescentes com os pais acerca da sexualidade, verificou-se que 47,6% dos jovens inquiridos não falam com os pais acerca deste assunto. As raparigas (53,4%)comunicam mais com os pais do que os rapazes(50,8%) acerca da sexualidade. Os dados observados revelaram que os jovens que conversam com os pais apresentam melhores níveis de conhecimentos do que os que não conversam. Os resultados estatísticos obtidos (X^2 =10,718; 2gl; p=0,005) levam - nos a inferir que há diferença de conhecimentos entre os jovens que conversam com os pais sobre sexualidade e os que não conversam.

A comunicação familiar transmite conhecimentos, opiniões, crenças e valores. Mesmo que os assuntos sexuais não sejam falados, isso tem um significado que o adolescente vai construir. Os amigos podem ser a principal fonte de informação sexual e espaço de partilha de experiências, mas é a família que mais influência as opiniões, crenças e valores sexuais dos adolescentes.

Os motivos referidos pelos jovens para a ausência de comunicação entre eles e os pais acerca da sexualidade, evidenciam grande embaraço dos jovens para falar com os pais sobre este tema; 39,8% dos jovens *evita falar no assunto com os pais ;* 35,0% referem que *não é assunto para falarem com os pais* e 19,4% manifestou *vergonha* em abordar com os

pais este tema. Também Loureiro(1990), no seu estudo verificou que 47,3% dos adolescentes manifestaram vergonha e receio em abordar este tema da sexualidade com os seus progenitores .

Parece que o "tabu" e o preconceito que o sexo tem representado para outras gerações prevalece ainda nos nossos jovens reflete-se neles.

Salientamos que 3 jovens consideraram que os pais *não estavam preparados para falar sobre o assunto;* na opinião de 2 jovens *não se pode falar em sexo junto dos pais e* 1 jovem referiu que" *falar em sexo junto dos pais é tabu, que só eles podem praticar".* Estes resultados parecem evidenciar o pensamento de Mauco (1977) de que os pais temem inconscientemente a revelação da sua própria culpabilização da sexualidade e oferecem aos jovens, por detrás da fachada da sua autoridade, a imagem de adultos inseguros.

Chamamos à atenção para a expressão de um jovem" ***nós somos apenas uma forma de vida, que não pode falar nem pensar "*** . Estes resultados levantam uma questão, será que os pais deste jovem estão preparados para o orientar no seu percurso de vida. Na opinião de Rodrigues (1998), as personalidades harmoniosas constrõem-se com sentimentos de confiança em si e no mundo que as rodeia. As desconfianças que de um ou de outro modo transmitimos inibem, regra geral, o desenvolvimento da personalidade e mais tarde da sexualidade.

Opinião / atitudinal dos adolescentes face à sexualidade

Analisando os dados considerados para avaliar as opiniões atitudinais dos adolescentes face à sexualidade, constatamos que estes assumiram maioritariamente posições liberais. As raparigas são as que apresentam percentagens mais representativas.

As pessoas que têm atitudes liberais aceitam a sexualidade como um acto humano positivo, e estão preparadas mental, afectiva e socialmente a viver a sua sexualidade, e a aceitar que os outros vivam também a sua, ainda que diferente.

A vertente afectiva da sexualidade é também mais valorizada pelas raparigas, o que está de acordo com a fundamentação teórica. 54,4% das raparigas e 35,0% dos rapazes , referiram que concordam totalmente e concordam muito que *"a sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor".*

No item "*a masturbação é um comportamento sexual reprovável*" 33,3% dos jovens assumiram atitudes de tolerância e 31,4% revelaram atitudes liberais do mesmo modo que 38,9% dos jovens manifestaram atitudes de tolerância e 41,9% expressaram atitudes liberais relativamente ao item "*a masturbação é um comportamento sexual que prejudica a saúde*"

Salientamos que 79,0% dos jovens concordam muito que "*fidelidade é importante numa relação a dois*"(51,2% são raparigas e 27,8% são rapazes)

Hipótese.16 - *As opiniões dos adolescentes face à sexualidade em geral são diferentes segundo o género"*

Através da análise descritiva dos resultados obtidos relativos às opniões atitudinais dos adolescentes acerca da sexualidade revelaram que as raparigas em relação aos rapazes apresentam ligeiras diferenças de opinião relativamente a todos os itens utilizados para avaliar as atitudes face à sexualidade.

Os resultados estatisticos, através do Qui-quadrado reforçam essa ideia, sugerem que as opiniões atitudinais dos rapazes e das raparigas acerca da sexualidade são diferentes, excepto nos itens " *a masturbação é um comportamento que prejudica a saúde*" e "*as relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução*", em que os resultados do Qui-quadrado reveelaram que não há diferença entre as atitudes dos rapazes e das raparigas.

Hipótese.17 - *As opiniões dos adolescentes face à sexualidade em geral são diferentes segundo a sua religião.*

A análise dos dados do Qui-quadrado relativos à hipótese revelaram que as atitudes dos adolescentes católicos face à sexualidade não são diferentes dos adolescentes não católicos na maioria dos itens. È de realçar, que se verificaram atitudes diferentes entre os dois grupos, nos itens " *a afectividade nada tem a ver com a sexualidade* (X^2 =6,392; p=0,04); *A sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor* (X^2 =56,596; p=0,001) e no item "*a fidelidade mutua é importante na relação a dois*"(X^2 =12,63; p=0,002).

Pela Correlação do Coeficiente de Spearman verificou-se uma associação positiva moderada altamente significativa (r_s =0,706; p=0,001) observada entre o item " *a mulher deve manter-se virgem até ao casamento* o item *"as relações sexuais só devem ter inicio após o casamento"*

Hipótese.18 e 19- ***A frequência das consultas de planeamento familiar é diferente segundo:o género e o comportamento sexual dos adolescentes.***

Os adolescentes pouco procuram os serviços de saúde. No nosso estudo, os dados revelaram que a frequência das consultas de planeamento familiar pelos jovens é apenas 36,6%. O valor do Qui-quadrado 0,009; p=0,924 demonstrou que não existe diferença quanto à frequência das consultas de planeamento familiar entre os rapazes e as raparigas. Verificando-se o mesmo (X^2 =2,495; p=0,114), relativamente aos jovens sexualmente activos e aos que nunca tiveram relações sexuais isto é, as hipóteses formuladas não se confirmaram

Em relação ao local onde as jovens frequentam as consultas de planeamento familiar, o centro de saúde é preferido pela maioria(31,0%).Entre os técnicos saúde a quem os jovens mais pedem ajuda, vem em primeiro lugar o médico, seguida da enfermeira, há ainda jovens que pedem ajuda simultaneamente ao médico e á enfermeira.

Os motivos referidos pelos jovens que os leva a não frequentar estas consultas foram expressos através de uma questão aberta, da sua análise emergiram 6 categorias: *desconhecimento; transferência de responsabilidade; constrangimento; sentimento de culpa / medo, indiferença e desculpabilização.*

A falta de conhecimentos é expressa por alguns jovens ao referirem que *não sabem onde funcionam estas consultas; desconhecem as finalidades dessas consultas* e 6 referem que *não têm namorado* e que *essas consultas são para pessoas casadas, e para jovens que estão para casar.* 6 jovens transferem a sua responsabilidade para a mãe, como se pode verificar pelo indicador *a minha mãe nunca me levou lá.* Salientamos o sentimento de constrangimento e medo/culpa expresso pelos indicadores *não me sinto à vontade para ir a essas consultas; tenho vergonha porque ainda sou nova e porque o meu médico de família é amigo dos meus pais.* 5 jovens manifestam "*indiferença*" e outros justificam que "*não têm tempo*" ou que "*ainda não tiveram oportunidade*".

Hipótese.20- ***A opinião dos adolescentes em relação ao funcionamento das consultas de planeamento familiar é diferente segundo o género.***

Pelos resultados estatisticos observados constatou-se que a opinião dos rapazes e as raparigas sobre o funcionamento das consultas de planeamento familiar não é

diferente, uma vez que, a hipótese formulada não se confirmou (X^2=5,006; p=0,082).

Uma percentagem 22,7% dos jovens inquiridos discorda da forma como estas consultas funcionam, das justificações referidas pelos jovens que não concordavam com o funcionamento dessas consultas, foram criadas 4 categorias: *divulgação, acessibilidade, atendimento e confiden*cialidade. Pela análise dos seus indicadores, constatamos que os princípios a que devem obedecer as consultas de planeamento familiar, ao que parece, não estão a ser aplicados nestas consultas no atendimento aos jovens.

Constatou-se, que 18 jovens consideraram que "*estas consultas são pouco divulgadas junto dos jovens*; 10 manifestaram que *"são pouco acessíveis*" e 6 dizem que "*estão muito tempo à espera*". Num estudo efectuado por Santos (2000), as opiniões dos jovens com idades compreendidas entre os 15-19 sobre o funcionamento dos centros de saúde, 60,2% revelaram opiniões desfavoráveis, tal como no nosso estudo, um aspecto referido é de que estão muito tempo à espera para ser atendidos, e são de opinião que os funcionários são antipáticos e apressados.

Os resultados obtidos nos dois estudos, parecem revelar que alguns centros de saúde não são um referencial de motivação e de procura de informação, estando, deste modo a afastar-se das suas funções, que é educar para a saúde.

A análise dos dados em relação ao atendimento parecem demonstrar que os técnicos de saúde, não conseguiram estabelecer com estes jovens uma relação de ajuda, alguns dos jovens referiram que "*o pessoal não os compreende*" que *"as pessoas não são simpática"*. A privacidade e *o sigilo* é um direito da pessoa, e um dever dos profissionais da saúde, são importantes para qualquer pessoa e em particular para os adolescentes, na opinião de 3 jovens *"há pouca privacidade" e outros consideram que "há falta de sigilo"* nessas consultas. Num estudo efectuado com adolescentes do sexo feminino em 1955, incidindo sobre consultórios de clínicos gerais, em Sheffiel, revelou que quase 75% das jovens com menos de 16 anos e 50,0% com idades compreendidas entre 16-19 anos manifestaram receio sobre essa falta de sigilo em relação à contracepção.(Tilsley,1998)

Quanto ao significado do planeamento familiar, para a maioria (61,3%) dos jovens deste estudo, planeamento familiar significa " ajuda para uma vida sexual saudável; para 58,3" significa informação sobre métodos contraceptivos e para 55,1% significa prevenção das doenças sexualmente transmitida. Apenas 12,3% atribuiu ao planeamento familiar o tratamento de infertilidade.

Em síntese, a sexualidade será sempre um processo de construção individual com dúvidas, hesitações e tomadas de decisão, feito de experiências e aprendizagens de vida positiva e negativa. Agindo de forma adequada (pais, professores e técnicos de saúde) pode-se, entretanto, contribuir para que este caminho seja feito de forma mais positiva e gratificante.

A discussão dos resultados reportam-nos ao pensamento de Postic (1984) *querer formar alguém é procurar formamo-nos a nós próprios.* Há que ser tolerante, respeitador de opiniões e atitudes, ser capaz de formular juízos de valor quando se é solicitado, com verdade e sem subterfúgios. Nunca humilhar, nunca agredir, uma longa e interminável aprendizagem é exigida ao educador.

7-CONCLUSÕES / SUGESTÕES

Constatamos ao longo deste estudo que a sexualidade é um fenómeno complexo e como tal não se podem tirar conclusões precipitadas pois nele intervêm factores ambientais, socioculturais, pessoais, conhecimentos e valores.

Apesar de, nos últimos anos, termos assistido a alterações nos padrões culturais, que se reflectem numa relativa mudança de mentalidades, constata- se que a sexualidade em geral ainda se mantém eivada de mitos e tabus. Os jovens referem atitudes liberais acerca da sexualidade em geral, mas, também evidenciam medo /vergonha, constrangimento em relação à sua sexualidade e embaraço em comunicar sobre o assunto

O estudo da sexualidade na adolescência inscreve-se no processo de desenvolvimento do adolescente, exige uma avaliação global rigorosa de todos os comportamentos, atitudes e valores, cuja finalidade será a obtenção de dados necessários a uma intervenção eficaz dos pais, professores e técnicos de saúde, susceptível de desenvolver, no jovem, a capacidade para agirem autonomamente, assumindo opções conscientes e responsáveis nos diversos contextos da vida, manifestando respeito pelos outros que com eles interagem.

Estamos conscientes das limitações que este estudo, de caracter descritivo, com um cunho analítico pode suscitar, pelo facto de ser restringido às opiniões emitidas pelos adolescentes inquiridos; importa que outros se lhe sigam em âmbito mais alargado e incluindo adolescentes não escolarizados, no sentido de percepcionar duma forma mais abrangente o que pensam, sabem e querem os adolescentes de hoje quanto à sua sexualidade.

Tendo em conta os objectivos deste trabalho, com o qual se pretendia conhecer os comportamentos opiniões / atitudes e conhecimentos dos adolescentes acerca da sexualidade e, ainda, identificar a opinião dos adolescentes sobre o planeamento familiar, pensamos tê-los atingido.

Dos resultados obtidos retiramos as seguintes conclusões:

A amostra do nosso estudo foi assim constituída por adolescentes de ambos os sexos, sendo 58,6% do sexo feminino, com idade média de 16,9 anos e 41,4% do sexo masculino com idade média de 16,6 anos. Maioritariamente (73,4%) são provenientes do meio urbano.

Relativamente ao estado civil dos pais, verificou-se que a quase totalidade dos jovens estão inseridos numa família núclear. 91,8% das mães são casadas ou vivem maritalmente, tal como a maioria dos pais.

Em relação á comunicação/relação entre pais e adolescentes, verificou-se que mais de metade tem boa comunicação com os pais.(77,3% com a mãe e 61,3% com o pai). No entanto quando se trata de comunicar com os pais acerca da sexualidade, essa comunicação apresenta percentagens diferentes (47,7% dos jovens não comunicam os pais acerca desse tema). Os jovens evidenciam embaraço e constrangimento para falar com os pais sobre este assunto.

Um percentagem de 90,0% dos jovens inquiridos professa a religião católica.

Os resultados revelaram que 78,0% consomem álcool e 45,1% consomem medicamentos e outras drogas.

O nível de conhecimentos acerca da sexualidade é para 19,0% dos jovens muito bom e para 45,1% bom. Apenas 2,3% referiram ter conhecimentos insuficientes. Os amigos e os *mass média* são as principais fontes de informação dos jovens acerca da sexualidade seguidos dos pais e dos professores. Os técnicos de saúde são pouco procurados pelos jovens como fontes de informação.

Verificou-se a existência de relação entre os conhecimentos dos adolescentes acerca da sexualidade; e o género, e a comunicação dos adolescentes com os pais acerca da sexualidade.

Os adolescentes inquiridos evidenciam na sua maioria opiniões atitudinais liberais face aos itens relativos à sexualidade, ao que parece, as raparigas expressam atitudes mais liberais comparativamente com os rapazes.

Mais de metade (55,8%) dos jovens consideram-se satisfeitos com a sua sexualidade. Uma minoria assume-se homossexual.

Uma percentagem representativa (41,9%) dos jovens é sexualmente activa, os rapazes apresentam uma actividade sexual superior à das raparigas. A maioria destes iniciou-se sexualmente entre os 14-17 anos de idade.

Maioritariamente os jovens de ambos os sexos tiveram a sua primeira relação sexual com um amigo(a) e uma minoria iniciou-se sexualmente através de relações sexuais incestuosas (com a irmã e outro com a avó).

Os resultados estatísticos sugerem a existência de relação entre o comportamento sexual dos adolescentes e: o estado civil do pai, o relacionamento dos jovens com a mãe, o

consumo de álcool e o consumo de medicamentos e outras drogas.

O preservativo é o método contraceptivo mais utilizado pelos jovens. É de a realçar que alguns jovens já associam dois métodos contraceptivos nos seus contactos sexuais. O constrangimento e o medo dos jovens em assumirem que são seres sexuados, com uma vida sexual activa pode ter levado a que alguns destes jovens não utilizem nenhum método contraceptivo.

As consultas de planeamento familiar são pouco frequentadas pelos jovens, o desconhecimento do seu funcionamento, o constrangimento, o sentimento de culpa/medo foram motivos referidos pelos jovens para não frequentarem essas consultas.

A opinião dos jovens inquiridos sobre o funcionamento das consultas de planeamento familiar é pouco favorável. Uma número representativo de inquiridos consideram que há pouca divulgação destas consultas junto dos jovens e que são pouco acessíveis, nas suas respostas denotam-se que há ausência de alguns princípios subjacentes à relação de ajuda, fundamental no atendimento aos jovens.

Na sequência do exposto, parece-nos pertinente tecer algumas sugestões:

A educação sexual deverá iniciar-se precocemente utilizando um ensino em espiral, o qual será efectuado não de uma só vez, mas em diversos momentos diferentes da escolaridade da criança/ adolescente duma forma apropriada ao seu estadio de desnvolvimento.

A intervenção dos técnicos de saúde terá forçosamente que passar primeiro por aqueles que são agentes primários da educação da criança / adolescente.

Apoiar os pais no convivio e diálogo com os filhos para diminuir a insegurança e a ansiedade que sentem com os mesmos(principalmente nesta fase da vida), é tarefa dos profissionais de saúde. Para tal é necessário promover a formação de técnicos de saúde, de forma a melhorar as suas competências de actuação.

Os *mass média* também poderão desmpenhar papel de educadores quando transmitem informação adequada e concertada através de acções de educação para a saúde desenvolvidas por técnicos devidamente preparados (profissionais de saúde, sociais e da educação)

Promover o desenvolvimento de acções de educação sexual nas escolas, na sua necessária articulação com outros agentes educativos, nomeadamente as famílias, e outros

serviços e profissionais, como os da área da saúde.

Recomendamos que:

Se envolvam os jovens nas tomadas de decisão, projecção e implementação de políticas que modelem a sua vida e influenciem a sua saúde.

Se forneçam aos jovens uma adequada e fiável educação para a saúde e serviços de saúde sexual e reprodutiva acessíveis e de qualidade.

Garantam aos jovens o direito à privacidade e confidencialidade nos serviços de cuidados de saúde sexual.

Uma das prerrogativas fundamentais para a construção de programas de intervenção eficazes reside na capacidade de se trabalharem determinados preconceitos que podem obstar a qualquer estratégia preventiva e que muitos de nós, profissionais de saúde, ainda não ultrapassamos.

O investimento imediato na saúde sexual dos jovens é um valioso passo no sentido do desenvolvimento sustentado tanto para beneficio do indivíduo, como da sociedade e da humanidade.

BIBLIOGRAFIA

ABERASTURY, Arminda; et col (1986)-*Adolescência*. 4ª-ed., Porto Alegre.Artes Médicas.

ABREU, Margarida da Silva Neves (1999) - *Adolescência e Concepção*. "Nursing", 135,

AJURIGUERRA,J.D.(1977) – Manuel de psychiatrie de l'enfant. 2 ed.,Paris, Masson.

ALBARELLO, Luc; et al 1(997) – *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências de Sociais*. Lisboa, Grádiva.

ALLEN, F.G. et aL(1987)-*Sexologia em Portugal*. Vol(I), Lisboa, Porto Editora.

ALMEIDA, José M. Ramos (1987)-*Adolescência e Maternidade*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

AMADO, João; MATOS, Eduarda (1993)-*Saúde em Estarreja: Contribuição para a sua avaliação." Saúde em Números*" Direcção Geral dos Cuidados de Saúde primários, vol. 8,(1) Fev.,:3-6.

ANDRADE, Maria Isabel(1997)-*Uma Idade Chamada Desejo: Prespectivas culturaois para a Prevenção da SIDA na Adolescência*."Inovação", nº10, :327-342.

ASSOCIAÇÃO DE PLANEAMENTO FAMILIAR (1995)- Declaração Sobre contracepção para adolescentes. "Sexualidade",nº6(2),Abril/Junho.

ASSOCIAÇÃO DE PLANEAMENTO FAMILIAR (1998) - *Educação Sexual nas Escolas*. "Sexualidade" Série 2 , nº-17/18, , Janeiro / Fevereiro.

BARDIN, L.(1979)- *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições70.

BENJUMEA, Carmen de la Cuesta (1998). *Textos compilados nas aulas de Métodos de Investigação Qualitativa* ,no V Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto, ICBAS.

BLOS, Peter (1995). *Adolescência- Uma Interpretação Psicanalitica*.3 ª-ed. ,S. Paulo, Livraria Fontes Editores, L.tda.

BOGDAN, Robert; Bklen, Sari (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto, Porto Editora.

BURKE Ann. (1999) *A Crescente Ameaça da Epidemia Silenciosa*. "Nursing " nº-136, Set.,:29-31.

CALADO, Beatriz Stella Pieroni (1990). *O Planeamento Familiar na Promoção de Saúde da Mulher*." Planeamento Familiar", Vol.16,Lisboa, Julho, :3-9.

CALADO, José M. (1998) *O Adolescente e o Consumo de Gorduras e Fibras Alimentares – Factores Associados aos Comportamentos*. "Rev. Port. de Saúde Pública.", vol.16 (3), Julho / Setembro, :5-29.

CAMPOS, Dinah Martins de Souza (1975) *Psicologia da Adolescência.* Petrópolis, Vozes.

CARVALHO, J.N.(1990). *Comportamentos Desviantes. In* BártoloP. Campos. *Psicologia do Desenvolvimento e Eeducação de Jovens,*Vol.II.Lisboa Unibersidade Aberta.

CASTANHEIRA, J. L. (1991) *A Cidade, os Jovens e a Saúde*, "Rev. Port. de Saúde Pública." n.2: 17-21.Lisboa.

CEBALLOS, Gerardo Castilho. (1999). *El Adolescente y sus Retos:La Aventura de Hacerse* Maior. Madrid, Ediciones Pirámide, SA.

CLÃES, Michlel (1990). *Os Problemas da Adolescência.* 2ª-ed.,Lisboa, Editorial Verbo.

CORDEIRO, J.C.D.-(1979)-*O Adolescente e a Família.*Lisboa,Morães Editora.

CORTESÃO, Irene et al (1989)-*Educação para uma Sexualidade Humanizada.*Guia de orientação para pais e professores.Porto, Edições Afrontamernto.

DEBESSE, Maurice (1976) *A Adolescência.* 4ª-ed., Mira-Sintra, Europam, L.da.

DIAS, C.D.& VICENTE, T.N.(198) – *A Depressão no Adolescente.*Porto, Edições Afrontamento.

DIRECÇÃO GERAL DA FAMÍLIA(1984)- *Educação Sexual:* o Diálogo necessário.Lisboa,D.G.F.

EDWARDS, Griffih; Lader, Malcolm (1994)- *A Natureza da Dependência de Drogas.* Porto Alegre. Artes Médicas.

EPSTEIN, Joyce Levy; KARWEIT, Nancy (1983)- *Frends in School Patterns of Selection and Influence in Secondary.*New York,Academic Press.

ERIKSON, Erik H. (1971)- *Infância e Sociedade.* Rio de janeiro, Zahar.

ERIKSON, Erik H. (1976)-*Identidade Juventude e crise*-(tradução) Cabral, Alvaro, ZAHAR Editores, Rio de Janeiro.

FABIÃO, Estela (1998)- *Adolescentes, Pares e Familia. Que Cumplicidade*? "Rev. Pediatr. Port.", Vol.29 (1) :35-42.

FAW, Terry (1974)- *Pscologia do Desenvolvimento.* Recife, Editora Mcgraw-Hill.

FELIX, L.& MARQUES, A. M.(1995)-*E nós...somos Diferentes*?.Editora A.P.F.

FERNANDEZ, José Luis Garcia.(1991).*El Embargo no Doseado en Adolescentes, una Propuesta de Intervençion.* "Rol de Enfermaria." Barcelona,n.158:37-42.

FERREIRA, Mª- C. (1996) *Desenvolvimento Psicossexual do Adolescente.*APF.(Textos de apoio ao gabinete de apoio ao jovem).

FERREIRA, António Cardoso(1998).*Sexualidade na Infância-Os papeis da família, da escola e da sociedade*."Sexualidade",nº-17/18 série2. Janeiro/ Fevereiro.

FLEMING, Manuela (1993) -*Adolescência e Autonomia. O Desenvolvimento Psicológico e a relação com os Pais.* Porto, Afrontamento.

FORTIN, M. F. (1987)- *Educação Sexual na Escola.* Lisboa. Texto Editora.

FRADE, Alice et al. (1992)- *Educação Sexual na Escola.* Lisboa, Texto Editora.

FRASQUILHO, Maria Antonia(1996)-*Comportamentos Problema:Factores Protectores e Educação para a Saúde. O caso daToxicodependência.*Queluz, Laborterapia.

FRASQUILHO, Maria Antónia. (1998) *Estilos de Vida, Comportamentos e Educação para a Saúde. –Comportamentos – Problema e Comportamento Saudável Segundo os Adolescentes.* "Rev. Port. Saúde Pública." , vol.16 (1), p:13-19.

FRASQUILHO, Maria Antónia; Marques , Ana Paula (1992). *O Papel da Comunidade na Prevenção Primária das Toxicodependências* . "Rev.Port. de Saúde Pública." 10(4): 47-54.

GAMEIRO, J.(1993)- *Familias e Toxicomania."*Psicologia"1 :33-39.

GAMEIRO, José(1994)- *Quem sai aos seus/Comunicação Pais e Filhos Adolescentes Sobre Sexualidade.*Porto, Edições Afrontamento.

GIL, Antonio Carlos(1995) - *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.* 4ªed. S. Paulo, Publicações Atlas.

GIR, Elucir;et al (1998)- *Informação / Educação em DST/ AIDS / Sexualida Humana-Um relato de experi~encias de catorze anos.*"Rev. E.Enf. USP" vol.32,nº-4, .291-296.

GOMES-PEDRO, João (1997)- *Adolescência Revisitada.* "Acta Pediátr. Pot." Vol.28(3): 197-8.

GOMES-PEDRO,João(1997) – *A Criança e o jovem no Ciclo de Vida.*"Acta Pediátrica Port." nº-3 vol.28 199-205.

GONÇALVES, Ferreira,F. A. (1990)- *Moderna Saúde Pública.* 6º-ed., Lisboa .Fundação Calouste Gulbenkian.

GRAWTIZ, Madekeine(1984)-*Méthodos des Sciences Sociales.*Paris, Dalloz. .648-695.

JAFFE, Jerome; e col.(1981)-*Tóxicos e outros Vícios- Problemas e soluções.* S. Paulo. Gráfica Editora S.A.

LAST, Jhon M.(1987)-*Public Health and Human Ecology.connecticut*, Appleton & Lange.

LEITÂO, L. M. (1990) – *Educação sexual nas Escolas.*" Saúde e Escola"nº-15, Junho, Ed.M.E.S.:4-9.

LEVISKY, David Léo.(1995)- *Adolescentes - Reflexões Psicanalíticas.* Porto Alegre, Artes Médicas.

LOPES, José Fernando e col. (1996)-*Hábitos tabágicos numa população de adolescentes escolarizada*.". Port. Saúde Pública", vol.14 (4),Out.-Dez :49-63.

LÓPEZ, Félix; FUERTES, Antonio(1998)-*Para Comprender La Sexualidad*. Pampelona, Editorial Verbo Divino.

LOUREIRO, F, (1990)- *Informação Sexual dos Adolescentes – Grau e Conhecimentos, Relação com Comportamentos e Opiniões* "Rev. Port. Saúde Pública" n.2:17-21.

LOURENÇO, Maria Madalena de Carvalho.(1998)-*Textos e Contextos da Gravidez na Adolescência /A Adolescente , a Familia, e a Escola*. Lisboa , Fim de Século, Lda.

LUCAS,J.S.(1993)-*SIDA: A Sexualidade Desprevenida dos Portugueses*. Lisboa, Mcgraw-Hill.

MAUCO, Jeorges(1977) *Educação e Sexualidade*. 1 ª-ed.Lisboa.Mores Editores.

MACHADO VAZ, J.et al (1996) Educação Sexual na Escola. Lisboa.U.A.

MARIE-FABIENNE; FORTIN, Ph, D.(1996) *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência.

MÁRIO,Cordeiro(1993) *Os Adolescentes e a Sexualidade* ."Pais e Filhos" nº. 30,

MÁRIO; Cordeiro (1998)- *Gravidez na Adolescência*."Pais e Filhos" nº-85, Fevereiro,:82-83.

MATHRE, Mary Jhn-(1999)*O Abuso de Substâncias na Comunidade*, in. Enfermagem Comunitária, *Promoção da Saúde, Família e Indivíduo*.Loures, Mosby,Lusociência.:775-200.

MARTIN, H.San (1989)-*Manual Salud Pública Y Medicina*. 2ª- ed.,Paris,Masson.

MCKINNEY, J.P.(1986) *Psicologia do Desenvolvimento-O Adolescente e o jovem Adulto*.Rio de Janeiro, Editora Campos.

MEAD, M.(1961)-*Conning of age in Samoa*. New York, Morrow.

MENESES, Isabel (1990)-*O Desenvolvimento Piscossexual*. "IN".Cmpos, B. P.*Psicolgia do Desenvolvimento e Educação de Jovens*.Lisboa , UA.

MIGUEL, N.e Vilar D.(1987)- *Afectividade e Sexualidade no Contexto Cultural e Social Português*. Lisboa ,IED,vol. (II).

MIGUEL, Nuno Silva.(1994). *Os Jovens e a sexualidade*. 6ª-ed. Lisboa, Comissão da Condição Feminina, EPNC.

MONTEIRO, Manuela; SANTOS, M.R.(1995)-*Psicologia*. Vol.(1), Porto Editora.

MORADELA, Mariano (1992)-*Psicología del Desarrollo-Infância, Adolescencia, Madurez Y Senectud*. Barcelona, Marcombo Boixareu Edidtores.

MOURA, Luis F. Simões(1992) *A Adolescência e os seus Problemas*. "Nascer e Crescer" vol.1,(3),Setembro.152-4.

MUCCEHELLI, Roger (1975)-*O Questionário na Pesquisa Psicossocial*.S. Paulo, Livraria Martins Fontes Editora L.tda.

NATÁRIO, E. (1993)-*Escola Promotora Saúde: Conceitos e Princípios de Intervenção*.Lisboa, DGS.

NAVARRO, Mª- Fernanda (1985)-*Adolescentes Portugueses uns Estudos.* Lisboa, ENSP.

NAVARRO, Maria Fernanda (1984)-*Saúde Escolar: Evolução e princípios Orientadores*. "Rev. Port. de Saúde Pública" ,(2):10-14.Lisboa.

OMS(1991) – *Educação Sexual-Viver Saudável*. Sessão do Comité Regional da Europa (41ª-).Lisboa.

ORIGLIA, D. Quillon, H.(1977)- *Adolescência*. 3ª-ed. Lisboa, Publicações D. Quixote.

OSÓRIO, L.C.(1989)- *Adolescente de hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas.

PEREIRA, M.G.(1993) – *Com Quem falam os Adolescentes sobre Sexualidade?Ilações com base nos resultados de um Questionário*. "Análise Psicológica"nº-:415-424.

PIAGET, J. & INELDER, B. (1976)- *Da Lógica da Criança à Lógica do Adolescente*.São Paulo,Livraria Pioneira Editora.

POLIT, D. F; Hungler, Bernardette (1995)- *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre, Artes Médicas.

PORTUGAL, Asembleia da República. *Lei Bases do Sistema Educativo*, Imprensa Nacional Casa da Moeda EP:1986.

PORTUGAL, Assembleia da República .Lei 3/84. *Planeamento Familiar*. Diário da Republica .Iª-série, nº-71,:3-24.1984.

PORTUGAL, Direcção- Geral de Saúde (1998) *Progressos em Saúde Infantil*. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Nº-25 ,ISSN.

PORTUGAL, Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.(1992). *Saúde dos Adolescentes*. nº- 2 e 5, Divisão de Saúde Infantil.

PORTUGAL, Instituto Nacional de Estatistica Demográfica: 1992;; 1994 e 1998.

PORTUGAL, Ministério da Educação DL nº-286/ 89. *Planos Curriculares do Ensino Básico e Secundário*.DR.1º-Série,nº-198.29de Agosto.1989.

PORTUGAL, Ministério da Educação(1993). *Roteiro de Reforma do Sistema Educativo: Guia para Pais e Professores*. Lisboa.1993.

PORTUGAL, Ministério da Saúde(1985)- Portaria nº-52/85 de 26 de Janeiro-Regulamento das Consultas de Planeamento Familiar e Centros de Apoio para .jovens.I Série-nº-22.

PORTUGAL, Ministério da Saúde(1993*). Saúde Infantil e Juvenil: Programa. Tipo de Actuação.* Lisboa,DGS.

PORTUGAL,Direcção- Geral de Saúde (1998) *Progressos em Saúde Infantil.* Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Nº-25 ,ISSN.

PORTUGAL,Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.(1992). *Saúde dos Adolescentes.* nº- 2 e 5, Divisão de Saúde Infantil.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUT, Luc Van(1992)-*Manual de Investigação em Ciências Sociais.* Lisboa,Grávida,:224-235.

RICHARDSON, Roberto Jerry; et col (1989)-*Pesquisa Social, Métodos e Técnicas.* 2ªed.,S. Paulo, Atlas.

RIVIER, Berthe Reymond. (1983)- *O Desenvolvimento Social da Criança e do Adolescente.* Lisboa, Editorial Aster.

RODRIGUES, Anabela e col. (1998)-*Relações de Trabalho e Sexualidade.* "Enfermagem", nº-11,(2ª-série), Publicações da Associação Potuguesa dos Enfermeiros, Julho/Set. : 31-38.

ROPER, Nancy(1987)-*Modelo de Enfermaria.*2ª-ed.Madrid, Interamericana.

RUANO, Casado; e col. (1991)- *Educacion para la Salud en la Escuela.* "Rol de Enfermaria."(158) Barcelona.

SAMPAIO, Daniel. (1991)-*Ninguém Morre Sózinho.*2ª- ed., Lisboa, Editorial Caminho.

SAMPAIO, Daniel. (1994).-*Inventem-se Novos Pais.* 4ª-ed., Lisboa ,Editorial Caminho.

SAMPAIO, Daniel. (1997).*Vozes e Ruídos- Diálogo com os Adolescentes.* 9º-ed., Lisboa, Editorial Caminha.

SAMPAIO, M. M (1987)-*Escola e Educação Sexual.* Lisboa, Livros Horizonte.

SANTOS, José Oliveira. (2000).*Responsabilidade Perante a saúde na Adolescência.*"Nursing "nº-140, Janeiro.:29-35

SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK (1987), Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais, Delineamentso de Pesquisa, VOL.I, S. Paulo – E.P.U.

SILBEREISEN, Rainer K; e col (1987). *Sobre os Problemas do Comportamento na Adolescência: Observações de Campo e Avaliação Longitudinal.* "Análise Psicológica", Série V(4),Outubro: 509-537.

SILVA, D.M.; SILVA,E.Mª- B.(1997)- *O Adolesente e o Tabaco.* "S. Infantil" nº-19 :17-22.

SOARES, Isabel (1990).*O Grupo de Pares e a Amizade*. In: Campos, B.P. e Col. *Psicologia do Desenvolvimento e da Educaçãodos Jovens*. Lisboa ,U.A,Vol.2, :93-137.

SOUSA, Maria de Fátima Dias de (1995). *A Educação para a Saúde na Prática de Saúde Escolar, Diagnóstico da Situação de um Concelho de Lisboa*. "Rev. Port. de Saúde Pública." 13 (1):39-51.

SPRINTHALL, N.A; Collins,W.A (1994). *Psicologia do Adolescente*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

SPRINTHALL, Richard C; Sprinthall, Norman (1993).*Psicologia Educacional*. Lisboa Mcgraw-Hill.

SUGAR,Max. (1992) *Adolescência Atípica e Sexualidade*.Porto Alegre, Artes Médicas.

TRIDON, P.(1987)- L'enfant, L'adolescent et L'alcool. In: BARRUCAND, D.-Alcoologe, 4ª-ed. Nancy:Editor.

TISLEY,Lorraine(1998)*A saúde Sexual e os Adolescentes*."Nursing"nº-123,Julho.:10-14.

VALA, Jorge(1986); Análise de Conteúdo in SANTOS SILVA, Augusto; MADUREIRA PINTO, José; Metodologia das Ciências Sociais, 7ª Ed – Porto Edições Afrontamento.

VASCONCELOS,Pedro.(1999)*Algumas Questões sobre a Sexualidade Juvenil*."Sexualidade"nº-21/22.Série2 .Janeiro/Junho:7-11.

VILAR, Duarte. (1992) *Os Problemas Sexuais*. "Pais"nº-16. Fev.,:61-62.

VILAR. D.(1987). Aprendizagem e Educação Sexual. In Allen Gomes; et al Sexologia em Portugal, Vol II_Sexualidade e Cultura. Lisboa: Porto Editota :165-179.

WAHLLEY, L. Wong, D. L.(1999). *Enfermagem Pediátrica*. 5ªed., Rio de Janeiro, Editora Guanabara.

WILDE, W.D.(1975)*-A Adolescência*.Lisboa, Livros Horizonte.

ANEXO

ANEXO.I –Instrumento de recolha de dados
(Questionário- aplicado)

INSTRUÇÔES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÀRIO

Este questionário é anónimo.
Responda a todas as questões com o máximo de sinceridade. As informações recolhidas destinam-se a tratamento estatístico

Antes de responder e preencher o questionário , leia com atenção as questões.

Não deixe nenhuma questão por responder, pois deixará de ter interesse para o estudo.

Nas questões em que há um quadrado(☐) responda, colocando uma cruz (x) na resposta que achar mais adequada .

Nas questões de resposta aberta, responda no espaço que se encontra destinado para o efeito.

Antecipadamente grata pela colaboração dispensada

(Maria Filomena Grelo Sousa)

Dados pessoais (Note bem, estes dados não o identificam, servem apenas para tratamento estatístico).

1- Sexo: 1. □ Masculino 2. □ Feminino

2-Idade: ____ anos

3-Ano Escolar: 1. □ 10°- 2. □ 11°- 3. □ 12°-

4-Área Cientifica:

_____

5-Local de residência:

1. □ Rural 2. □ Urbana

6- Estado civil dos pais:

PAI:	**MÃE:**
1. □ Casado	1. □ Casada
2. □ Divorciado	2. □ Divorciada
3. □ Viúvo	3. □ Viúva
4. □ Vive maritalmente	4. □ Vive maritalmente
5. □ Solteiro	5. □ Solteira

7-Assinale qual o grau de comunicação que tem com os seus pais:

	1. **Boa**	2. **Regular**	3. **Má**
Pai			
Mãe			

8-Considera os seus pais:

1.□ Intransigentes 2. □ Dominadores 3. □ Firmes 4. □ Razoáveis 5. □ Permissivos

9-Conversa com os seus pais sobre assuntos como a sexualidade?

1. □ Sim 2. □ Não

9.1-Se não, porquê?

1. □ Não é assunto para discutir com os pais
2. □ Têm vergonha em falar do assunto
3. □ Eles não respondem
4. □ Eles evitam falar sobre sexo
5. Outro(especifique)_____

10-Religião:

1. □ Católico praticante
2. □ Católico não praticante
3. □ Cristão mas não católico
4. □ Sem religião
5. Outra religião, qual?_____

10.1- Para si a religião:

1. □ Dá sentido à vida
2. □ Ajuda nos momentos difíceis
3. □ Serve para impor obrigações e proibições
4. □ Faz com que sejamos mais conformista
5. Outro(especifique) _____

11-Consome com frequência bebidas alcoólicas:

1.**Nunca bebi**	2.**Ocasionalmente**	3.**Fins-de -Semana**	**4. Diariamente**

12-consome com frequência medicamentos /drogas?

1.□ Nunca 2. □ quase nunca 3. □ ocasionalmente 4. □ frequentemente 5.□ diariamente

12.1-caso consuma, quais?_____

13- A informação que possui sobre sexualidade é:

1.□ Muito boa 2.□ Boa 3. □ Regular 4. □ Suficiente 5. □ Insuficiente

13.1-Onde obteve a informação sobre sexualidade?

Quais os locais? _____

_____

13.2 Obteve a informação que tem sobre a sexualidade através de:
(pode assinalar mais que uma resposta).

1 □ pai	6 □ mãe
2 □ colegas/amigos	7 □ irmãos
3 □ leitura	8 □ televisão/filmes
4 □ professores	9 □ médicos
5 □ psicólogos	10 □ enfermeiro

Outros meios(especifique)_____

14- Responda a todas as questões a seguir apresentadas de forma honesta e espontânea.
Assinale com uma cruz (x) no quadro a resposta que lhe parecer mais adequada.

RESPOSTAS	Concordo totalmente	Concordo muito	Nem concordo nem discordo	Concordo pouco	Discordo totalmente
1-A sexualidade deve ser acom-panhada de ternura e amor.	☐	☐	☐	☐	☐
2-A afectividade nada tem a ver com sexualidade.	☐	☐	☐	☐	☐
3- A homossexualidadeé um comportamento sexual nor-mal.	☐	☐	☐	☐	☐
4-As relações sexuais só devem ter inicio após o casamento.	☐	☐	☐	☐	☐
5-A mulher deve manter a virgin-dada até ao casamento.	☐	☐	☐	☐	☐
6- A masturbação é um compor-tamento reprovável .	☐	☐	☐	☐	☐
7- A masturbação é um compor-tamento que prejudica a saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
8- As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução.	☐	☐	☐	☐	☐
9- Praticar métodos contrace-ptivos artificiais é imoral.	☐	☐	☐	☐	☐
10- É importante que o homem já tenha experiência sexual quando casa.	☐	☐	☐	☐	☐
11-A fidelidade mutua é impor-tante na relação a dois.	☐	☐	☐	☐	☐

15-Considera-se satisfeito com a sua sexualidade?

1. □ Muito satisfeito 2. □ Satisfeito 3. □ Pouco satisfeito 4. □ Insatisfeito

5. □ Não sabe responder

16-Considera-se como:

1. □ Heterossexual 2. □ Bissexual 3. □ Homossexual

17-Já teve relações sexuais:

1. □ Nunca 2. □ Raramente 3. □ Habitualmente 4. □ Com frequência

18- Em caso afirmativo, quantos anos tinha quando teve a sua primeira relação sexual?

_____Anos

19-A primeira vez que teve relações sexuais foi com:

1.□ Amiga 2.□ Amigo 3.□ Namorada(o)

4. Outro (especifique) _____

20-Se tem relações sexuais costuma utilizar algum método contraceptivo?

1. □ sim 2. □ Não

20.1- Se sim, qual?_____

20.2- Se respondeu não, porque não o utiliza ?

1. □ Tem vergonha de os comprar
2. □ Porque quebra a confiança do parceiro
3. □ Diminui o prazer sexual
4. □ Não sabe como utilizar
5. Outras razões. Quais?_____

21-Conhece algum método contraceptivo que simultaneamente evita a gravidez e algumas doenças sexualmente transmitidas?

1. □ Sim 2. □ Não

21.1-Se sim, qual? _____

22-No último ano, teve relações sexuais com:*(pode assinalar mais do que uma resposta).*

Respostas	1.**Não**	2.**Sim**	3.**Não sabe**
Uma pessoa que usa drogas			
Uma prostituta(o)			
Uma pessoa que costuma ter relações sexuais Com pessoas dos dois sexos(bissexual			
Uma pessoa que costuma ter relações sexuais Com pessoas do mesmo sexo			
Uma pessoa da qual não conhecia o passado Sexual.			
Uma pessoa com SIDA ou seropositiva			
Uma pessoa com doenças de transmissão sexual			

23-Costuma utilizar preservativo quando tem relações sexuais e desconhece o passado sexual dessa pessoa?

1. □ Sim 2. □ Não

24- Mudou algum dos aspectos da sua vida sexual desde que teve conhecimento da existência da SIDA?

1. □ Sim 2. □ Não

24.1- Se sim, em quê?_____

24.2-Se respondeu não, porquê_____

25.a-O que faria se a rapariga com quem anda ficasse grávida? (*sò respodem os rapazes)*

1. □ Discutia o assunto com ela
2. □ Pedia ajuda aos pais
3. □ Pedia ajuda ao médico e/ou enfermeira
4. □ Sugeria o aborto
5. □ Assumia o filho mas não casava
6. □ Casava
7. □ Não sabe
8. Outra, qual?_____

25.b-O que faria se ficasse grávida? (*só respondem as raparigas*)

1.□ Discutia o assunto com o seu companheiro
2.□ Pedia ajuda aos pais
3.□ Pedia ajuda ao médico e/ou enfermeira
4.□ Sugeria o aborto
5.□ Assumia o filho mas não casava
6.□ Casava
7.□ Não sabe
8. Outra, qual?_____

26-Conhece algum serviço de saúde onde pode obter informação sobre sexualidade ou para resolver algum problema neste domínio?

1. □ Sim 2. □ Não

26.1- Se sim, qual?_____

27 - Costuma recorrer ás consultas de planeamento familiar?

1. □ Sim 2. □ Não

27.1Se respondeu não, porquê?

27.2 a)-Se sim, qual o local onde costuma recorrer?

1. Centro de saúde

2.Gabinete de apoio ao jovem

3. Outro local?_____

27.2b)-Se sim , qual o técnico de saúde a quem mais pede ajuda?

1.□ Médico 2. □ Enfermeira 3. □ Psicólogo

4. Outro(especifique)_____

28 - Concorda com a forma de funcionamento das consultas de planeamento familiar ?

1. □ **Sim** 2. □ **Não**

28.1- Se respondeu não, porquê? _____

_____-

29 -Para si planeamento familiar significa: ***(pode assinalar mais que uma resposta).***

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