

Trabalho efectuado sob a orientação de



PENSAMENTO

“Analisem livremente tudo o que vos disserem e absorvam o que considerem útil. Assim não são servos, mas líderes de vós mesmos, verdadeiros pensadores que transformarão o mundo, pelo menos o vosso mundo. É no fogo da dúvida e da crítica que o ser humano adquire a sua estrutura.”

Augusto Cury

In Pais brilhantes, Professores fascinantes, como formar jovens felizes e inteligentes

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Manuela Ferreira, pela partilha de tempo e de saberes, pela disponibilidade, pela força e pela motivação, por me ter feito acreditar que era possível, pelas críticas e pelos reforços positivos e, sobretudo, pela AMIZADE.

À Professora Doutora Cláudia Chaves, minha co-orientadora, pela paciência, pela orientação, pelos concelhos, pela disponibilidade e pelos saberes.

Ao Professor Doutor João Duarte, meu co-orientador, pelo imprescindível apoio no tratamento estatístico dos dados recolhidos. Pela disponibilidade e atenção constantes, pelos seus ensinamentos e sobretudo pelos valiosos conhecimentos que só ele tem.

Ao Dr. António Andrade, pelo apoio e disponibilidade na construção gráfica do trabalho. E, sobretudo pela amizade.

Ao João e às Joanelhas pela colaboração na tradução da escala e pela juventude e alegria.

Aos colegas mestrandos do projecto, ao Gonçalo Valente por ter desbravado o caminho, pelo afecto e pela força que nos deu para continuar; à Isabel Batista pela amizade, e pelas rosas perfumadas nos momentos de desânimo.

Aos colegas do I Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, pela camaradagem, pela amizade, pelas partilhas e pelos momentos vividos nestes anos inesquecíveis.

Aos ADOLESCENTES que participaram de forma responsável na viabilização deste trabalho que foi feito com e a pensar neles. Aos professores que se disponibilizaram a colaborar na colheita de dados. A todos eles, o meu muito obrigado!

Por fim À MINHA FAMÍLIA, pela paciência, pela compreensão dos muitos momentos de ausência, pelo amor!

A todos o meu sentido e profundo obrigado!

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos,

Inspiração de todos os meus percursos,

Fontes de amor incondicional,

Contextos de aprendizagem enriquecedora e contínua!

Ao meu marido

Parceiro na construção de um trilho que nem sempre tem sido fácil,

Força nos momentos de compreensão e, mais ainda, nos de incompreensão!

Aos meus pais,

Exemplo e alicerce forte

De uma existência perseverante

Que quero perpetuar na construção de um caminho digno e congruente!

À amizade que se perpetua

E se reconhece nos pequenos e grandes gestos

Singela e abnegada,

Tornando possível o impossível!

RESUMO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) assume-se como o mais grave problema de saúde pública da era moderna, apelidada pela OMS como a Primeira Crise Mundial da Saúde é uma doença que transpõe a sua índole de patologia do sistema imunitário anunciando-se como uma doença social, de índole comportamental que tem nos adolescentes um dos grupos de maior vulnerabilidade. De acordo com os dados da UNAIDS (2012), o grupo etário dos 15 aos 24 anos representa o agregado de maior contaminação, atingindo 41% dos novos casos.

A adolescência é uma fase de mudanças, de descobertas, de conquista de autonomia e de construção de uma nova identidade em que uma nova sexualidade se vai moldando e tomando forma de vivência em vivência, de descoberta em descoberta, num contexto por vezes pouco favorável, determinado pela sua imaturidade, comportamentos sexuais de risco e por uma informação ineficiente, não legitimada, que obtiveram e utilizam de forma oculta. Foi neste contexto que se delineou o objectivo geral deste estudo, determinar as relações de causalidade entre as variáveis sociodemográficas, de contexto escolar, de contexto familiar, variáveis psicológicas e as atitudes face à sexualidade com o nível de conhecimentos sobre Sida dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.

Este estudo, de carácter quantitativo, descritivo/correlacional, analítico e transversal, realizou-se numa amostra de 971 adolescentes, do 10º, 11º e 12º ano. Os inquiridos têm idades compreendidas entre os 14 e os 21 anos, com uma média de 16,80 anos, com um desvio padrão de 1,38. Vivem maioritariamente em meio rural (66,40%), em agregados familiares com rendimento mensal médio alto ou alto (56,70%). Para avaliação dos conhecimentos foi utilizada a Escala de Conhecimentos sobre Sida para Adolescentes (Zimet *et al.* 1998) que validamos para a população portuguesa com propriedades psicométricas que certificam a sua validade; índice de fiabilidade, calculado pelo *método das metades de Split Half* apresenta um *alfa de Cronbach* global = 0,875; primeira metade = 0,817; segunda metade = 0,752.

Os adolescentes que apresentam um maior nível de conhecimentos sobre Sida são do sexo feminino ($t=5,25$; $p=0,000$), têm 17 anos ($F=5,63$; $p=0,004$) e vivem em agregados com rendimentos rendimento médio alto e alto. ($t=-2,05$; $p=0,040$).

Os adolescentes do 12º ano são os que revelam mais conhecimentos ($\bar{x}=15,62\pm 4,51$) e as diferenças situam-se entre os do 10º, e os dos 11º e 12º anos com probabilidades respectivamente de ($p=0,009$) e ($p=0,000$). Os alunos que nunca chumbaram possuem médias de conhecimentos mais elevados com significância estatística ($t=5,75$; $p=0,000$). Os jovens com baixa auto-estima possuem menos conhecimentos ($\chi^2=26,425$; $p=0,000$), sendo as diferenças obtidas registadas entre os de baixa e elevada auto-estima ($p=0,000$).

Os resultados obtidos pela regressão múltipla indicam como variáveis preditivas do conhecimento as atitudes face à sexualidade (0,329), a impulsividade/actividade (0,152) e a auto-eficácia (0,068) revelando que a mais conhecimentos sobre Sida corresponde um melhor auto-conceito, melhor auto-eficácia e melhores atitudes face à sexualidade. A análise dos resultados obtidos leva-nos a concluir que o conhecimento, condição essencial para uma tomada de decisão responsável, é influenciado por muitos factores intrínsecos e extrínsecos às vivências do adolescente das quais destacamos o sexo, a idade, o contexto familiar e escolar, a auto-estima e o auto-conceito e as atitudes face à sexualidade.

Palavras-chave: Conhecimentos sobre Sida, adolescência, auto-estima, auto-conceito, atitudes face à sexualidade

ABSTRACT

The Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is assumed to be the most serious public health problem in the modern era, dubbed by the WHO as the First World Health Crisis. The disease crosses its pathologic character as a disease of the immune system announcing itself as a social disease with a behavioural nature that has in adolescents one of the most vulnerable groups. According to data from UNAIDS (2012), the age group from 15 to 24 represents the aggregate of higher contamination, reaching 41% of new cases.

Adolescence is a time of change, discovery and conquest of autonomy. It is a time to build a new identity, a new sexuality will be taking shape from experience to experience, from discovery to discovery, in a context that sometimes is unfavourable, determined by their immaturity, sexual risk behaviours and inefficient information, not legitimized, obtained and used in a hidden way.

The purpose of this study was to determine the causal relationships between sociodemographic, school context, family context, psychological variables and attitudes towards sexuality and the level of knowledge about AIDS of adolescents in High School education in the district of Viseu.

This is a quantitative, descriptive / correlational, analytical and transversal study with a sample of 971 adolescents, of the 10th, 11th and 12th year of school. Respondents are aged between 14 and 21 years, with an average 16.80 years, with a standard deviation of 1.38, mostly living in rural areas (66.40%), households with a medium high or high monthly income (56.70%). For assessment of knowledge we used the AIDS Knowledge Scale for Adolescents (Zimet *et al.* 1998) validated for the Portuguese population with psychometric properties that certify its validity, reliability index, calculated by the method of Split Half, global Cronbach alpha = 0.875; first half = 0.817, second half = 0.752.

Adolescents who have a higher level of knowledge about AIDS are female ($t = 5.25$, $p = 0.000$), have 17 years ($F = 5.63$, $p = 0.004$) and live in households with a medium high or high average income ($t = -2.05$, $p = 0.040$).

Teenagers in the 12th grade are the more knowledgeable ($\bar{x} = 15.62 \pm 4.51$) and there are differences between those and the ones attending the 10th and the 11th years of school with probabilities respectively of ($p = 0.009$) and ($p = 0.000$), students who have never flunked have on average higher knowledge with statistical significance ($t = 5.75$, $p = 0.000$). Students with low self-esteem have less knowledge ($X^2 = 26.425$, $p = 0.000$), being the differences obtained between the low and high self-esteem ($p = 0.000$).

The results obtained by multiple regression indicate as predictive variables of knowledge the attitudes towards sexuality (0.329), impulsivity / activity (0.152) and self-efficacy (0.068) revealing that more knowledge about AIDS represents a better self-concept, better self-efficacy and better attitudes towards sexuality. The analysis of the results leads us to conclude that knowledge, a prerequisite for responsible decision-making is influenced by many intrinsic and extrinsic factors to adolescent experiences which include sex, age, family and school background, self-esteem, self-concept and attitudes towards sexuality.

Keywords: Knowledge about AIDS, adolescence, sexuality, self-esteem, self-concept, attitudes towards sexuality.

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO	25
CAPÍTULO I	37
1. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DO ADOLESCENTE	37
2. ADOLESCENTES E ADOLESCÊNCIAS	42
2.1 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	48
3. ATITUDES DOS ADOLESCENTES FACE À SEXUALIDADE	56
4. POLÍTICAS EDUCATIVAS NO ÂMBITO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DO ADOLESCENTE 74	
4.1. EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE.....	90
CAPITULO II	98
1 - O ADOLESCENTE E A SIDA	98
1.1 INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO SOBRE SIDA	107
CAPITULO III	117
1. AUTO-CONCEITO E AUTO-ESTIMA	117
1.1 AUTOCONCEITO	118
1.2 DIMENSÕES DO AUTO-CONCEITO.....	121
1.3 AUTO-CONCEITO E ADOLESCÊNCIA	124
2. AUTO-ESTIMA	128
2.1 AUTO-ESTIMA E ADOLESCÊNCIA.....	132
CAPITULO I	139
1. METODOLOGIA	139
1.1. CONCEPTUALIZAÇÃO	139
1.2. TIPO DE ESTUDO	144
1.3. PARTICIPANTES	145
1.3.1 Caracterização sociodemográfica	146
1.4 CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ESPACIAL.....	152
1.4.1 Escola Secundária com 3º ciclo de Tondela	152
1.4.2 Escola Profissional de Tondela	153
1.4.3 Escola Secundária de Emídio Navarro	153
1.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	155
1.5.1 Parte I – Questionário Sociodemográfico	155
1.5.2 Parte II – Variáveis de contexto escolar e estilos de vida	156

1.5.3 Escalas	156
1.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DE RECOLHA DE DADOS.....	168
1.7. ANÁLISE DE DADOS	170
CAPITULO II	175
1- RESULTADOS	175
1.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	175
1.1.1 Variáveis de contexto escolar	175
2.1.2 Variáveis relacionadas com os estilos de vida	184
2.1.3 Variáveis psicológicas	187
1.2 AUTO-CONCEITO	194
2.1.4 Estudo das Atitudes dos Adolescentes Face à Sexualidade	206
2.1.5 Estudo dos Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida	228
2.2 ANÁLISE INFERENCIAL	240
CAPITULO III	257
1 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS	257
2 - CONCLUSÃO	277
BIBLIOGRAFIA	284

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade	146
Tabela 2 - Distribuição da amostra por grupo etário e sexo	147
Tabela 3 - Estatísticas relativas ao peso, de acordo com o sexo	147
Tabela 4 - Estatísticas referentes à altura de acordo com o sexo	148
Tabela 5 - Distribuição da área de residência em função do sexo	148
Tabela 6 - Distribuição da amostra em função da coabitação e de acordo com o sexo	149
Tabela 7 - Distribuição da situação familiar dos pais de acordo com o sexo	149
Tabela 8 - Distribuição das Habilitações Literárias dos pais de acordo com o sexo	150
Tabela 9 - Rendimento Mensal do Agregado Familiar de acordo com o sexo	151
Tabela 10 - Gastos semanais de acordo com o sexo.....	151
Tabela 11 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global	166
Tabela 12 - Consistência interna da Escala de Conhecimentos sobre Sida para Adolescentes.....	167
Tabela 13 - Distribuição dos estudantes por escola em função do sexo.....	176
Tabela 14 - Distribuição dos estudantes por ano de escolaridade em função do sexo	176
Tabela 15 - Distribuição dos adolescentes por ocorrência de reprovações em função do sexo.	177
Tabela 16 - Número de reprovações ocorridas em função do sexo.....	177
Tabela 17 - Mudança de escola nos últimos dois anos em função do sexo	178
Tabela 18 - Sentimentos face à escola em função do sexo	178
Tabela 19 - Distância aproximada entre a casa e a escola de acordo com o sexo	179
Tabela 20 - Tempo gasto na viagem entre casa e escola de acordo com o sexo	179
Tabela 21 - Meio de deslocação habitual para a escola em função do sexo.....	180
Tabela 22 - Relação dos pais com a escola de acordo com o sexo	181
Tabela 23 - Teste binomial relativo à relação dos pais com a escola	182
Tabela 24 - Ajuda dos adolescentes nas actividades do agregado familiar de acordo com o sexo	183

Tabela 25 - Envolvimento em lutas em função do sexo	183
Tabela 26 - Frequência de exercício físico fora da escola de acordo com o sexo.....	185
Tabela 27 - Frequência de lavagem dos dentes em função do sexo.....	185
Tabela 28 - Opinião sobre dieta alimentar para perda de peso de acordo com o sexo....	186
Tabela 29 - Aspecto físico percebido pelos adolescentes de acordo com o sexo	187
Tabela 30 - Estatísticas relativas à auto-estima global e subescalas	188
Tabela 31 - Teste t de student para auto-estima global e subescalas de acordo com o sexo.	188
Tabela 32 - Classificação da auto-estima em função do sexo	189
Tabela 33 - Análise da variância entre a auto-estima global, subescalas e grupos etários	189
Tabela 34 - Teste de U Mann Whitney, relação de auto-estima global, subescalas e residência.	190
Tabela 35 - Teste de Kruskal-Wallis, relação da auto-estima global, subescalas e situação familiar dos pais.....	190
Tabela 36 - Teste <i>t</i> de student entre a auto-estima e o rendimento médio mensal do agregado familiar	191
Tabela 37 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima e o valor médio semanal disponível para gastos pessoais	191
Tabela 38 - Análise da variância entre a auto-estima e ano de escolaridade.....	192
Tabela 39 - Teste <i>t</i> de student para auto-estima e a ocorrência de reprovações	193
Tabela 40 - Teste de Kruskal-Wallis para auto-estima e os sentimentos face à escola	193
Tabela 41 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima e o aspecto físico percebido	194
Tabela 42 - Estatísticas relativas ao autoconceito	195
Tabela 43 - Teste <i>t</i> de student entre o autoconceito e o sexo.....	196
Tabela 44 - Classificação do auto-conceito de acordo com o sexo.....	196
Tabela 45 - Análise da variância entre o auto-conceito e grupos etários	197
Tabela 46 - Teste de U Mann-Whitney entre auto-conceito e residência.....	197
Tabela 47 - Teste de Kruskal-Wallis entre autoconceito e situação familiar dos pais	198
Tabela 48 - Teste de Kruskal-Wallis para autoconceito e habilitações literárias do pai.....	199

Tabela 49 - Teste de Kruskal-Wallis para auto-conceito e habilitações literárias da mãe .	200
Tabela 50 - Teste <i>t</i> de student para o auto-conceito de acordo com o rendimento médio mensal do agregado familiar	201
Tabela 51 - Teste de Kruskal-Wallis para o auto-conceito e valor médio semanal disponível para gastos pessoais	202
Tabela 52 - Teste de Kruskal-Wallis para o auto-conceito e a escola que frequenta.....	203
Tabela 53 - Análise da variância para auto-conceito e ano de escolaridade.....	203
Tabela 54 - Teste <i>t</i> de student para auto-conceito e as reprovações	204
Tabela 55 - Teste de Kruskal-Wallis para o auto-conceito e os sentimentos face à escola	204
Tabela 56 - Teste de Kruskal-Wallis para o autoconceito e auto-estima.....	205
Tabela 57 - Estatísticas relativas às atitudes do adolescente face à sexualidade de acordo com o sexo	206
Tabela 58 - Atitudes dos adolescentes face à sexualidade	207
Tabela 59 - Estatísticas da escala de atitudes face à sexualidade em função do sexo.....	215
Tabela 60 - Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus idade, sexo e zona de residência.....	216
Tabela 61 - Análise de Variação a um factor (ANOVA) Idade versus Atitudes face à Sexualidade.....	217
Tabela 62 - Teste <i>t</i> de Student para o Sexo versus Atitudes face à Sexualidade	217
Tabela 63 - Whitney - Zona de Residência versus Atitudes face à Sexualidade	217
Tabela 64 - Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus situação familiar	218
Tabela 65 - Kruskal-Wallis - Situação Familiar versus Atitudes face à Sexualidade	219
Tabela 66 - Teste <i>t</i> de Student para o Rendimento Mensal do Agregado Familiar versus Atitudes face à Sexualidade	219
Tabela 67 - Kruskal Wallis - Valor em Euros disponível aos adolescentes para os gastos semanais versus Atitudes face à Sexualidade	219
Tabela 68 - Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus habilitações literárias dos pais	221
Tabela 69 - Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus situação escolar	222
Tabela 70 - Teste <i>t</i> de Student - Atitudes face à Sexualidade versus Reprovações	223

Tabela 71 - teste Kruskal Wallis - Atitudes face à Sexualidade versus Número de Reprovações	223
Tabela 72 - Teste Kruskal Wallis - Atitudes face à Sexualidade versus Sentimentos face à Escola.....	223
Tabela 73 - Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus aspecto físico percebido e auto-estima	224
Tabela 74 - Kruskal Wallis - Atitudes face à Sexualidade versus Aspecto Físico Percebido	225
Tabela 75 - Kruskal Wallis – Auto-estima versus Atitudes face à Sexualidade.....	225
Tabela 76 - Correlação de Pearson para Atitudes face à sexualidade versus auto-conceito	225
Tabela 77 - Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida.....	228
Tabela 78 - Estatísticas relativas à sida de acordo com o sexo.....	229
Tabela 79 - Relação entre os Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida e sexo por item	230
Tabela 80 - Teste Binomial para avaliação dos Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida por Item.....	232
Tabela 81 - Conhecimentos sobre Sida nos adolescentes versus idade, sexo e zona de residência.....	234
Tabela 82 - Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida versus habilitações literárias dos pais	235
Tabela 83 - Conhecimentos sobre Sida versus situação familiar	236
Tabela 84 - Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida versus situação escolar	238
Tabela 85 - Conhecimentos sobre Sida versus aspecto físico percebido.....	239
Tabela 86 - Conhecimentos sobre Sida e Atitudes face à sexualidade.....	240
Tabela 87 - Teste t de Student - Sexo versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida	240
Tabela 88 - Análise de variância a um factor (Anova) entre a Idade e Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida	241
Tabela 89 - Teste t de Student entre Conhecimentos sobre Sida e Zona de Residência .	241
Tabela 90 - Teste Kruskal-Wallis - Situação familiar versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida	242

Tabela 91 - Kruskal-Wallis entre Habilitações literárias do pai e Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida	243
Tabela 92 - Kruskal-Wallis entre Habilitações literárias da mãe e Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida	243
Tabela 93 - Kruskal Wallis - Valor em Euros disponível para os gastos semanais versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida.....	243
Tabela 94 - Teste t de Student - Rendimento Mensal do Agregado Familiar versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida.....	244
Tabela 95 - Teste de Kruskal Wallis entre escola que frequentam e Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida	245
Tabela 96 - Análise de variância a um factor (Anova) – Ano de Escolaridade versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida.....	245
Tabela 97 - Test t de Student - Reprovações versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida.....	246
Tabela 98 - : Kruskal Wallis entre Conhecimentos sobre Sida e o Número de Reprovações	246
Tabela 99 - Kruskal Wallis entre os Conhecimentos sobre Sida e os Sentimentos Face à Escola.....	246
Tabela 100 - Teste Kruskal Wallis – Aspecto Físico Percebido versus Conhecimentos sobre Sida.....	247
Tabela 101 - Teste Kruskal Wallis - Auto-estima versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida.....	248
Tabela 102 - Correlação de Pearson entre os Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida, e as variáveis Atitudes face à sexualidade, Auto-estima e Auto-conceito	248

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Modelos de educação sexual	96
Quadro 2 - Regressão múltipla entre auto-conceito e atitudes face à sexualidade	227
Quadro 3 - Regressão múltipla entre auto estima autoconceito atitudes face á sexualidade e conhecimentos sobre Sida	250

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema conceptual da investigação.....	145
Figura 2 - Árvore 1 CHAID Atitudes dos adolescentes face á sexualidade	2535
Figura 3 - Árvore 2 CHAID Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida.....	2537

SIGLAS

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS – Organização Mundial de Saúde

UNAIDS – United Nations Programme on HIV/AIDS

ONU – Organização das Nações Unidas

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

HIV – Human immunodeficiency virus

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

DGS – Direção Geral de Saúde

FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População

PPES – Programa de Promoção e Educação para a Saúde

CNE – Conselho Nacional Educação

GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual

INRJ – Instituto Nacional Ricardo Jorge

INTRODUÇÃO

As duas últimas décadas do século XX foram palco de uma dramaturgia, a SIDA, que chamou à cena todos os actores sociais para a construção de um enredo cujo epílogo seria da sua única e inteira responsabilidade.

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), surge no início da década de oitenta como um espectro que a humanidade não teve a capacidade de reconhecer e nortear no imediato. A sua abordagem tem sido marcada pelo conflito e pelas divergências de opinião de natureza política, ética económica, psicossocial e jurídica.

Os contextos vigentes à época, marcados pelos estilos de vida da moderna sociedade do século XX; pela facilidade de circulação e contacto, inerentes à globalização; pelos conflitos de interesses; pela indiferença política e pela apatia pública, foram responsáveis pela rápida disseminação do VIH, e pela consolidação da Sida, considerada pela OMS como a Primeira Crise Mundial da Saúde (Lucas, 1993), a analogia provém, certamente, do cenário que nos tem sido oferecido ao longo destas três décadas de evolução, que é devastador.

Numa visão simplista, estudada à luz do modelo biomédico, a Sida é uma doença do sistema imunológico humano, provocada pelo VIH, vírus da imunodeficiência humana, cuja infecção conduz a uma redução progressiva da sua eficácia criando condições propícias ao desenvolvimento de diversas infecções oportunistas e determinados tipos de tumores (Mansinho, 2011). São três as vias de transmissão do agente (VIH): sexual, parentérica e vertical,

À luz do conceito de saúde, no âmbito do processo de desenvolvimento humano que depende do projecto de vida de cada um, do seu sentido de felicidade, da sua forma específica de estar no mundo e do seu esforço solidário para compreender e respeitar o universo (Rodrigues, 2005), a SIDA é uma doença social, de índole comportamental onde cada um deverá ser responsável pela sua saúde individual e pela de todos os outros no respeito que nos é exigido enquanto elementos integrantes do universo.

Os veículos de transmissão são fundamentalmente de cariz comportamental onde se destacam a via sexual, com um preponderância nas relações de multiplicidade de parceiros e sexo desprotegido e a parentérica de onde se destacam os hábitos de consumo injectável de substâncias psicoactivas, a partilha de material necessário à preparação ou injeção de drogas e, inserido numa nova filosofia de padrões de beleza, os riscos inerentes à realização de piercings e tatuagens com material não esterilizado.

A infecção provocada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é reconhecida internacionalmente como uma ameaça ao desenvolvimento social e económico das populações e, como tal, deve constituir uma prioridade nas estratégias delineadas e

implementadas para garantir níveis adequados na saúde das populações. Esta prioridade resulta da dimensão abrangente dos determinantes da transmissão e das implicações da infecção em todos os níveis de saúde e de integração social. Importa recordar que a maioria das infecções se transmite a partir das pessoas que desconhecem a sua condição serológica, a este risco acresce o facto de ser durante a fase aguda da infecção, período em que a pessoa desconhece o seu estado serológico e os testes de rastreio podem ser falsamente negativos, que o potencial infeccioso é mais alto (Leite, 2012).

Numa perspectiva mais rigorosa não deveríamos falar de Sida mas sim de Sidas pois, para além do seu impacto na saúde, a infecção VIH/Sida funciona como uma lente que amplia os males da sociedade e as deficiências de nossos sistemas sociais. As epidemias variam de região em região, de país em país e dentro dos países (UNAIDS, 2010).

A análise dos dados epidemiológicos indica que até ao final de 2011, viviam no mundo 34,2 milhões de pessoas infectadas com o VIH, das quais 30,7 milhões eram adultos (destes 16,7 milhões são mulheres) e 3,4 milhões menores de 15 anos. Em 2011 foram identificadas no mundo 2,5 milhões de novas infecções, sendo 2,2 milhões em adultos e 330 mil em menores de 15 anos. A estimativa diária de infecções era de 7 mil pessoas, sendo que 97% delas foram notificadas em países de baixa e média renda. Das notificações, quase 900 foram em menores de 15 anos. Os jovens, de 15 a 24 anos são tidos como o grupo de maior contaminação, atingindo 41% dos novos casos (UNAIDS, 2012).

As mortes provocadas pelo VIH/Sida no mesmo período totalizaram 1,7 milhões, menos um milhão que em 2010 onde ocorreram 1,8 milhões de óbitos, 24% a menos que em 2005, ano em que houve o pico de mortes, ressaltando-se, ainda uma descida mais acentuada relativamente ao ano de 2000 em meados do qual já havia 2,2 milhões de mortes confirmadas (UNAIDS, 2011, UNAIDS, 2012).

Em Portugal, a 31 de Dezembro de 2011, estavam notificados 41.035 casos de infecção VIH/SIDA dos quais 16.880 classificados como Sida, 4.160 qualificados como sintomáticos Não Sida e 19.995 casos classificados como Portadores Assintomáticos. Da análise da distribuição de casos por género constata-se que, em todos os estádios a maioria se inscreve no sexo masculino, sendo que por grupo etário a maioria se circunscreve, em todos os estádios, nos sujeitos com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos de idade (INRJ, 2012). Em 2011, os casos de SIDA apresentaram um padrão epidemiológico idêntico ao registado no ano anterior, verificando-se um aumento proporcional do número de casos de transmissão heterossexual e homo/bissexual (respectivamente 63,0% e 16,5% do total de casos) e uma redução de casos associados

à toxicodependência (17,5%) (INRJ, 2012.). Números provisórios indicam que o total de infectados até ao final de Outubro de 2012 era de 42.350, dos quais 17.300 com Sida. Ou seja, mais 1315 infecções por VIH e mais 420 casos de Sida desde o final do ano passado. Os heterossexuais são o grupo com mais diagnósticos de VIH/Sida (18.428), seguido pelos utilizadores de drogas injectáveis (16.053) e do homo/bissexuais (5823). (Arreigoso, 2012).

A observação criteriosa dos dados expostos mostra que, pese embora os números apresentados, há um declínio evidente no número de pessoas infectadas com a VIH/SIDA em todo o mundo, ainda que de uma forma dissemelhante para os diferentes países e continentes. A ONU divulgou, em 2011, um relatório que demonstra que a Sida está a estabilizar no mundo, com a diminuição das novas infecções e do número de mortes e o aumento do número de pessoas a viver com o vírus.

A esta redução do número de infecções está subjacente a interacção de um conjunto de factores, dos quais se distinguem o investimento nos programas de educação para a sexualidade, formal e informal, promotores de uma visão de responsabilidade individual que coadjuvou as mudanças de comportamento sexuais, onde se incluem a redução no número de parceiros sexuais, o uso do preservativo, a idade mais tardia da primeira relação sexual, a circuncisão voluntária e a mudança de atitudes e comportamentos no âmbito da toxicodependência, campo de acção em que distinguimos os programas de troca de seringas, no qual Portugal foi pioneiro.

O aumento evidente do número de sujeitos que vive com a infecção VIH/Sida está directamente dependente dos factores acima enunciados bem como do desenvolvimento da terapêutica anti-retrovírica, da maior acessibilidade ao tratamento e duma vigilância de saúde mais estruturada a que não são alheios os esforços multidisciplinares da comunidade internacional (UNESCO, 2012).

No campo restrito da terapêutica, a evidência de que a acessibilidade ao tratamento pode contribuir para a prevenção acentuada do VIH, promoveu esforços no sentido de se simplificar a disponibilização do tratamento e reduzir os seus custos. (UNESCO, 2012).

A terapêutica anti-retrovírica, ao alterar o curso natural da infecção por VIH nos indivíduos, contribuiu de forma muito expressiva para o aumento da longevidade e para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, esta realidade favoreceu no entanto, a modificação da percepção do risco da comunidade. É o reverso da mesma moeda do sucesso, a comunidade ao perceber que era possível sobreviver mais tempo com a infecção e com uma boa qualidade de vida, acabou também por ser mais complacente com os riscos de contrair a doença. (Mansinho, 2010 *cit. por* Jornal de Notícias).

A acção conjunta destas variáveis diminuiu o potencial de transmissão do vírus alterando, positivamente, o cenário que a implementação desta doença imprimiu à humanidade contudo, permanecem os grandes desafios. Jovens entre os 15-24 anos representam 40% das infecções recentes, e muitos deles continuam sem acesso à informação, ao desenvolvimento de competências e a serviços de apoio fundamentais para a prevenção. As mulheres jovens são particularmente vulneráveis ao VIH, sobretudo na África subsaariana. As novas infecções continuam a ultrapassar o aumento do acesso ao tratamento – para cada pessoa que começa o tratamento, duas novas são infectadas pelo VIH - e 10 milhões de pessoas que necessitam tratamento não têm acesso à terapêutica anti-retroviral. O número de órfãos devido ao VIH continua a aumentar (UNESCO, 2012).

É necessário permanecer activos e, sobretudo, vigilantes pois, a capacidade dos países no aumento das condições de prevenção, tratamento, cuidado e assistência, está ameaçada pela diminuição nos investimentos para a luta contra o VIH, em parte por causa da recessão económica global e em parte por causa de mudança nas prioridades dos doadores e dos países (UNESCO, 2012).

A palavra de ordem continua a ser prevenção, caminho de primazia para a erradicação. A estratégia de eleição para uma prevenção eficiente será a aplicação do princípio “Conheça a sua epidemia, conheça a sua resposta,” (UNAIDS, 2010), só assim poderemos fazer um correcto diagnóstico de situação que nos permita identificar as verdadeiras causas para que possamos dar uma resposta plena às especificidades locais da epidemia. O princípio requer forte compromisso político com respostas baseadas em evidências e em informações estratégicas actualizadas sobre como e porquê as pessoas continuam a ser vítimas da infecção VIH/Sida, incluindo a influência dos contextos sociais, políticos, económicos e jurídicos (UNAIDS, 2010).

No âmbito da prevenção a visão da UNAIDS/ (2010 p. 9) é caminhar para *zero novas infecções*, para a sua consecução foram delineadas as seguintes metas a cumprir até 2015:

- Reduzir para metade a transmissão sexual do HIV inclusive entre jovens, homens que fazem sexo com homens e a transmissão no contexto do trabalho sexual;
- Eliminar a transmissão vertical do HIV e reduzir para metade a mortalidade materna relacionada com a SIDA;
- Prevenir todas as novas infecções por HIV entre pessoas que usam drogas.

O reconhecimento de que o VIH/Sida é uma doença cuja essência não é um fenómeno biomédico simples mas a consequência directa de um conjunto de factores

psicossociais e culturais, onde o comportamento individual é responsável pelo aumento de propagação da doença, identifica a responsabilização individual e a prevenção como os caminhos de excelência para a sua erradicação

A adolescência, etapa do ciclo vital que anuncia e encerra uma panóplia de transformações que abrangem aspectos corporais, cognitivos sociais e emocionais, marca o início de uma nova etapa na sexualidade do ser humano.

A sexualidade é subjacente à condição humana, está presente desde o nascimento, não surge com nem é uma coisa da adolescência. A adolescência é apenas palco da transformação biológica fundamental para o alcance da maturidade sexual e da capacidade de reprodução (Sprinthall & Collins 2005). Mas a sexualidade que se reacende nesta etapa do ciclo vital é muito mais do que a apelo à perpetuação da espécie ou da consumação do prazer físico, é um estar que se redescobre e reinventa numa espiral de sonhos, desejos, afectos, partilhas, medos frustrações e angústias.

A sexualidade constitui-se, incontestavelmente, numa rede de condutas, atitudes, afectos e, particularmente, na modelagem sociocultural legitimadora desses mesmos comportamentos. Compreender a sexualidade juvenil é, em primeiro lugar, compreender a cultura e a comunidade onde se inscrevem essas condutas, possibilitando-nos o conhecimento do normal e do desviante, elementos estabelecidos pelos espaços sociais em que se inserem (Ramos *et al.* 2008).

Para adolescentes e jovens, a sexualidade traduz-se num exercício de descobertas, experimentações, vivência da liberdade, caminho para a construção da capacidade de tomada de decisões, de escolhas, de responsabilidades e de afirmação de identidades pessoais, sociais e políticas (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

Esta construção de autonomia e identidade, consumada num terreno de imaturidade, onde por vezes acontecem os comportamentos sexuais de risco, tornam o adolescente num ser particularmente vulnerável (Nodim, 2001; Matos *et al.*, 2003; Gaspar *et al.*, 2006;) sendo a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana uma importante forma de expressão desta vulnerabilidade. A vulnerabilidade decorre também de factores de natureza social e económica, culturais e de género. A explosão da Sida e da Hepatite B vieram reavivar esta visão da adolescência como período de comportamentos e vivências de risco (UNESCO, 2009).

Existem algumas características comportamentais, socioeconómicas e biológicas que fazem com que os jovens sejam um grupo propenso à infecção pelo VIH/Sida: o início precoce da actividade sexual; o não uso ou uso descontínuo do preservativo nas relações sexuais, muitas vezes condicionado por uma informação ineficiente, por falta de crédito nas fontes que a propagam, ou apenas por esta vontade de viver intensamente que os incapacita para o não em momentos de intensidade erótica e afectiva, a duração

dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros (UNAIDS, 2011; UNAIDS, 2012).

O fenómeno do VIH/Sida na adolescência é particularmente complexo porque multifactorial, envolve a sexualidade, o afecto, o desejo, a necessidade de afirmação, as normas os valores a informação (Camargo, Barbará & Bertoldo 2007 a).

De entre os principais factores inibidores de uma sexualidade responsável e positiva na adolescência destacamos a informação não legitimada. Os jovens são detentores de muita informação mas é uma informação oculta que utilizam de forma oculta, carece de legitimidade que deveria ser conferida pelos pais, escola e profissionais de saúde.

As representações sociais do conhecimento científico têm papel fundamental na medida em que servem para o socializar, introduzindo-o nas comunicações do quotidiano e tornando-o parte integrante da realidade e da vida das pessoas (Camargo, Barbará & Bertoldo 2007 a).

Os adolescentes avaliam a sexualidade com base na associação concomitante de conhecimentos adquiridos em áreas distintas, permitindo-lhes juízos de valor e tomadas de decisão de acordo com as percepções e o processamento que deles fazem.

Os estudos promovidos no âmbito da sexualidade na adolescência têm corroborado significativas mudanças nos comportamentos sexuais juvenis, com particular significância nos comportamentos femininos, acentuando-se um processo de convergência comportamental entre rapazes e raparigas. Por outro lado, têm sido indicadores dos sucessos, mas também das insuficiências dos programas desenvolvidos por entidades governamentais e não governamentais nestas matérias (Matos *et al.* 2013).

Os números referentes à infecção por VIH/Sida no grupo dos adolescentes, objectivados pelos estudos e pelas diferentes entidades nacionais e internacionais; a evidência da fragilidade do sexo feminino no panorama desta infecção; o perfil de competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, grupo profissional no qual nos incluímos, que possui como grupo alvo a mulher em idade fértil, preconizando cuidados de enfermagem no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, promovendo a cooperação com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar os níveis de saúde sexual e reprodutiva; as fragilidades evidenciadas no âmbito da Educação para a Sexualidade; o campo de acção do mestrado de Educação para a Saúde, que preconiza no seu objectivo geral a aquisição de competências com vista à promoção da saúde individual e colectiva, justificaram a escolha do tema que desenvolvemos e apresentamos: “Conhecimentos sobre Sida e Sexualidade dos Adolescentes”

As contextualizações que acabámos de expor serviram de mote às questões

que se nos colocaram e que deram origem ao nosso problema de investigação que consubstanciamos desta forma:

“Qual o nível de conhecimentos sobre VIH/Sida dos adolescentes, que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?”.

Decorrentes deste problema colocaram-se-nos outras questões de investigação:

“Em que medida as variáveis sociodemográficas condicionam o nível de conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?”

“Que impacto têm as variáveis de contexto escolar no nível de conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes, que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?”

“Qual a influência das variáveis de contexto familiar no nível de conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?”

“Que relação existe entre as variáveis psicológicas (auto-estima, auto-conceito e percepção da imagem corporal) e o nível de conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?”

“As Atitude Face à Sexualidade influenciarão os conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?”

Na continuidade da edificação do nosso estudo e com a finalidade de dar resposta às interrogações levantadas, apesar das limitações decorrentes de um estudo desta natureza, delineámos os seguintes objectivos:

- Avaliar os conhecimentos, sobre Sida, dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.
- Analisar de que forma as variáveis sociodemográficos influenciam os conhecimentos, sobre Sida, dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.
- Avaliar se as variáveis de contexto familiar influenciam os conhecimentos, sobre Sida, dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.
- Avaliar a influência das variáveis de contexto escolar nos conhecimentos, sobre Sida, dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.
- Analisar a relação entre as variáveis psicológicas (auto-estima, auto-conceito e aspecto físico percebido) e os conhecimentos, sobre Sida, dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.
- Analisar se as atitudes face à sexualidade influenciam os conhecimentos, sobre Sida dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu,
- Validar a *Escala de Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida* de

Zimet *et al.* (1989) na população portuguesa.

O estudo, que pretende descrever as características de uma determinada população, adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu, é quantitativo, descritivo/correlacional, analítico e transversal.

A nossa amostragem, não probabilística por conveniência é constituída por adolescentes do ensino secundário público e ensino cooperativo (10º, 11º e 12º anos) que frequentaram as Escola Secundária com 3º Ciclo de Tondela, a Escola Profissional de Tondela e a Escola Secundária Emídio de Navarro em Viseu, durante o ano lectivo de 2011/2012.

O projecto no qual se insere este estudo obviou uma parceria da qual resultaram várias acções de formação que realizámos no âmbito das temáticas em estudo.

O total da amostra é de 971 estudantes distribuídos pelos diferentes anos lectivos; 375 alunos no 10º ano, 306 alunos no 11º e 290 alunos no 12º ano.

Para a sua consecução foi aplicado um instrumento de colheita de dados que é composto por: um questionário destinado à caracterização da amostra que inclui duas partes, parte 1, variáveis sociodemográficas; parte 2, variáveis de contexto escolar e estilos de vida; quatro escalas: Escala de Atitudes face à Sexualidade (AFASA), (Nelas, P., Fernandes, C., Ferreira, M., Duarte, J., Chaves, C., 2010); Escala de Conhecimentos sobre Sida para Adolescentes, (Zimet *et al.*, 1989); Escala de Auto-estima de Rosenberg (Romano, A., Negreiro, J., Martins, T., 2007); Escala de auto-conceito (Vaz Serra, 1984).

Do ponto de vista estrutural esta dissertação está organizada em três partes distintas ainda que complementares. A primeira parte, reservada ao enquadramento teórico da problemática, está estruturada em três capítulos; o primeiro contempla os envolventes, as dinâmicas e os preceitos da Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescente neste capítulo, e com o objectivo de favorecer um enquadramento, analisámos os conceitos de adolescência, sexualidade e atitudes face à sexualidade procedendo, de seguida, a uma análise da importância e da evolução das Políticas Educativas no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente e dos requisitos dos modelos de Educação Sexual.

O segundo capítulo considera os dois elementos centrais do nosso estudo, o Adolescente e a Sida, no seu desenvolvimento abordamos aspectos que consideramos inerentes e fundamentais à compreensão da temática, os dados epidemiológicos sobre o VIH/Sida, os conhecimentos dos adolescentes sobre a temática.

O terceiro capítulo enuncia a importância das variáveis psicológicas como o auto-conceito, a auto-estima.

A segunda parte da dissertação refere-se ao contributo pessoal da pesquisa, expõe a conceptualização do processo de investigação empírica. Os primeiros capítulos especificam a metodologia utilizada e descrevem a caracterização da amostra, por fim procedemos à apresentação e análise dos resultados obtidos e principais inferências decorrentes da discussão com base em estudos de referência.

Finalizamos a apresentação com uma conclusão que pretende ser a síntese integradora deste longo processo de investigação.

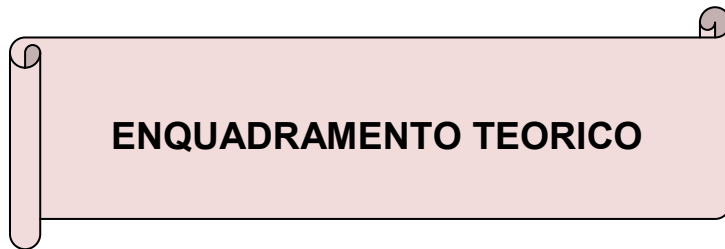
A terceira parte apresenta as referências bibliográficas, testemunho do percurso de pesquisa realizado no âmbito da produção nacional e internacional, relativa à avaliação dos conhecimentos dos adolescentes sobre Sida e aos determinantes que os influenciam.

Inclui-se em anexos os documentos que sustentam o trabalho de campo; instrumento de colheita de dados e autorizações obtidas para a utilização das escalas aplicadas, autorização ministerial, via DGIDC, para aplicação do estudo, consentimento esclarecido disponibilizado aos pais dos jovens com idade inferior a 18 anos.

A redacção do trabalho não obedece ao novo acordo ortográfico, aprovado para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 26/91, de 23 de Agosto, Diário da República nº 193, Série I-A, págs. 4370 a 4388.

**P
A
R
T
E

I**



ENQUADRAMENTO TEORICO

CAPÍTULO I

1. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DO ADOLESCENTE

O estudo que nos propusemos fazer prende-se com a avaliação dos conhecimentos que os adolescentes possuem sobre a infecção do VIH /SIDA e de que forma estes interferem com as suas atitudes face à sexualidade. A análise destas variáveis exige uma abordagem, sucinta mas profícua, sobre a dimensão em que elas se inserem, a Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes.

A Saúde Sexual e Reprodutiva dos adolescentes é uma temática aliciante mas complexa em que interferem uma quantidade de variáveis intrínsecas ao indivíduo, a vivenciar uma etapa de crescimento e desenvolvimento pessoal e extrínsecas, em que se inscrevem o contexto familiar, afectivo, social, religioso e cultural em que o sujeito se insere.

Esta temática tem sido foco de inúmeros e profundos debates e investigações, muitas vezes marcados pela controvérsia. A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos desta população é uma questão de direitos humanos e propício o pleno exercício do direito fundamental à saúde pelo que, é essencial a produção de conhecimento sobre saúde e sexualidade dos adolescentes de forma a oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos que orientem a implementação de acções voltadas à sua saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

A saúde sexual e a saúde reprodutiva ocupam um lugar importante na construção da igualdade de género e na construção de autonomia dos adolescentes e jovens, princípio fundamental na formação de pessoas saudáveis e responsáveis (Brasil, Ministério da Saúde, 2006 p.9).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994, foi o palco onde a comunidade internacional assumiu o compromisso de investir na promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, reconhecendo-a como factor fulcral e gerador de desenvolvimento dos cidadãos, das famílias e dos países (DGS, 2012).

Esta conferência constituiu-se, indubitavelmente, como um marco de incondicional importância no despertar da sociedade para a grandeza e urgência desta problemática e o ponto de partida para um percurso que se sabia longo e sinuoso mas necessário de trilhar. Do seu âmbito resultaram dois conceitos importantes para a materialização de perspectivas neste campo de acção. Pretendia-se que fossem dinâmicos, com uma

tónica na saúde e integradores, apelando ao uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade, reflectindo a sua capacidade de defender a vida.

O conceito de saúde reprodutiva adoptado pela Organização Mundial da Saúde, definido com base nos marcos da Conferência do Cairo, diz que:

- Saúde Reprodutiva é o estado de bem-estar físico mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, as suas funções e processos e não a mera ausência de doenças ou enfermidades (FNUAP, 1995; Brasil, Ministério da Saúde, 2006; Ministério da Saúde, 2008; Brasil Ministério da Saúde, 2010 a).

O conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e possam decidir se, quando e com que frequência. têm filhos. Esta condição pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados que permitam às mulheres ter uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais (Brasil, Ministério da Saúde, 2006; 2008; 2010 a).

O conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva pressupõe uma visão holística dos cuidados prestados ao longo do ciclo de vida reprodutiva dos cidadãos, um todo indissociável que integra os diferentes aspectos do âmbito da reprodução em que, os ganhos obtidos numa das suas componentes tendem a potenciar ganhos nos restantes aspectos. Para além dos aspectos enunciados, referentes à Saúde da Mãe e da Criança, é importante salientar que educação, igualdade de género e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis são factores essenciais para uma Saúde Sexual e Reprodutiva de qualidade.

A Saúde Sexual, inclui-se nesta grande entidade e a sua definição, que decorre igualmente das grandes conclusões erigidas nas conferências de Cairo e Pequim, apresenta esta sintaxe:

- *A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar a sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica uma abordagem positiva da sexualidade humana e o respeito mútuo nas relações sexuais* (Brasil, Ministério da Saúde, 2006 p. 37).

- Saúde sexual é a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira a enriquecer positivamente e a melhorar a sua personalidade, a sua capacidade de comunicação com os outros e o amor. Os cuidados referentes à saúde sexual têm por objectivo a melhoria da qualidade das relações interpessoais e não apenas os cuidados inerentes à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (Brasil, Ministério da Saúde, 2010 a).

Nos trâmites da Plataforma de Acção do Cairo, a saúde sexual tem por finalidade, primeira e fundamental, a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais superando as meras acções de aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis. Um dos aspectos mais relevantes assinalados por essa noção é a ratificação política da separação entre reprodução e sexualidade (FNUAP, 1995).

Os conceitos de Saúde Reprodutiva e Saúde Sexual complementam-se encerrando uma abordagem integral da Sexualidade Humana. A Sexualidade ultrapassa os aspectos biológicos, ela mergulha profundamente nos factores psicológicos, sociais, espirituais e axiais que determinam a construção da personalidade de cada ser humano.

Do âmbito desta conferência e suportados por estas novas conceptualizações, emergiram os direitos sexuais e reprodutivos. A sua implementação e defesa impõem que os conheçamos para que possamos acautelar a sua aplicação de acordo com os direitos que assistem á população adolescente.

A perspectiva de relações equitativas entre os gêneros e, na ótica de direitos humanos, remete, no âmbito do conceito de direitos sexuais e reprodutivos, para duas vertentes diversas e complementares:

- A liberdade e autodeterminação individual, compreende o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem discriminação, coerção e violência. Trata-se de direito de auto-determinação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual.
- Políticas públicas, que assegurem a saúde sexual e reprodutiva (Piovesan, 2012)
Direitos Reprodutivos, procuram garantir a homens e mulheres o direito de (Brasil, Ministério da Saúde, 2010 a p.18):
 - Decidir livre e conscientemente se querem ou não ter filhos, em que momento das suas vidas e em que número querem tê-los;
 - Tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminações, coerção ou violência;
 - Participar com responsabilidades iguais na criação dos filhos;

- Ter acesso a serviços de saúde públicos e de qualidade durante todas as etapas da vida;
- Ter acesso a tratamentos de infertilidade, ou adoptar;
- Ter acesso aos meios de informação e tecnológicos reprodutivos cientificamente sustentados e aceites.

Direitos Sexuais, procuram garantir a todas as pessoas o direito de:

- *“Viver a sua sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e outros impedimentos à livre expressão dos desejos;*
- *Viver a sua sexualidade independentemente do estado civil ou condição física;*
- *Escolher o parceiro sexual sem discriminações e com liberdade e autonomia para expressar a sua orientação sexual;*
- *Viver a sexualidade livre de violência, discriminação e coerção e com respeito pleno pela integridade corporal do outro;*
- *Praticar a sexualidade independentemente da penetração;*
- *Insistir na prática de sexo seguro para prevenir a gravidez não desejada e as doenças sexualmente transmissíveis incluindo o HIV/SIDA”.* (Brasil, Ministério da Saúde, 2010a p.19)

Estes direitos dizem respeito a muitos aspectos da vida; o poder sobre o seu próprio corpo, a saúde, a liberdade para a vivência da sexualidade, a maternidade e a paternidade mas, podemos dizê-lo, exprimem, antes de mais, o respeito pelos valores de cidadania que devem estar subjacentes a cada sociedade. É no entanto imperativo reconhecer que as condições de construção da autonomia estão directamente dependentes das relações e estruturas sociais em que adolescentes e os jovens se inserem, apenas as acções edificadas na realidade subjacente e nas reais necessidades dos sujeitos trarão os subsídios desejados por todos os actores deste contexto, marcado por tantas e diferentes formas de desigualdade.

A confirmação destes direitos está estreitamente dependente das estruturas políticas e organizacionais mas, sobretudo, dos próprios intervenientes que, no direito da sua autonomia, devem fazer as opções que consideram importantes num dado momento da sua vida, sem prejuízo da sua saúde ou da do outro com quem interagem. Uma política de direitos tem sempre implícita um contíguo de deveres, que devem ser igualmente exigidos e respeitados. As estruturas políticas e organizacionais têm a obrigação de garantir a implementação de todos os direitos atrás descritos, os sujeitos, nos quais se incluem os adolescentes e jovens, têm o dever de assumir práticas e constituir uma cultura de sexualidade saudável, livre e protegida.

A inclusão de adolescentes e jovens nas políticas de saúde, especialmente nas que se inserem no âmbito da saúde sexual e saúde reprodutiva, requer novos olhares e novas perguntas sobre as realidades que integram a vivência desta etapa do ciclo vital.

Mais, exige que estas questões lhes sejam directamente colocadas, respeitando e considerando os seus olhares, as suas opiniões e as suas propostas. A capacidade criativa e o potencial de participação social devem ser resguardados e promovidos nas práticas e políticas de saúde, bem como nas demais políticas sociais (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

A adolescência e a juventude são fases da vida com necessidades, potencialidades e vivências presentes em todos os aspectos da vida social, inclusive na sexualidade, na reprodução e na saúde, que devem ser vividas de forma plena com todos os direitos e responsabilidades a ela inerentes.

A abordagem desta temática exige que consideremos os conceitos que a constituem: a adolescência e a sexualidade.

2. ADOLESCENTES E ADOLESCÊNCIAS

A adolescência enquanto estágio do desenvolvimento humano é um conceito recente, presente nas sociedades ocidentais contemporâneas. Está associado ao avanço acelerado da industrialização e da tecnologia e à organização do trabalho que precipitou a redefinição dos papéis sociais da mulher e da criança, desta nova realidade emergiu este novo conceito que constitui objecto de interesse nos mais diversos campos do conhecimento (Grossman 1998; Faustini *et al.* 2003; Sprinthall & Collins 2005).

A adolescência e a juventude têm sido consideradas – pelas diversas instituições sociais, desde a família ao Estado, às políticas públicas, enfim, pela sociedade em geral –, etapas de transição, cuja identidade se define pelo “vir a ser adulto”. Esta conceptualização da adolescência e da juventude é expressão do modo “adultocêntrico” de ver adolescentes e jovens definindo-os pelo “não ser” e, especificamente, pelo “não ser adultos” (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

Quem são então os adolescentes na perspectiva dos adultos?

“O jovem é um ser desrespeitoso para com os mais velhos, não lhes dá atenção e não os ouve adequadamente, não aceita as suas ponderações e sente-se cheio de verdade, força e sabedoria. Considera tudo que é mais antigo do que ele obsoleto e arcaico ou puramente velho, ao passo que tudo seu é novo, criativo, inédito e seguramente dará certo, funcionará a contento e resolverá tudo.

Essa praga só pensa em sexo diversão e contestação. Tenho sérias dúvidas sobre como irá evoluir a sociedade, nas mãos desses jovens que se consideram o umbigo do mundo”

(Documento sumério do século XXVIII a.C. Pereira et al.2007, p.13)

“Tens de crescer. Pára de andar à volta da praça pública e de vaguear de um lado para o outro. Vai para a escola. Dia e noite atormentas-me. Dia e noite a perder o tempo a divertir-te.”

(Documento sumério com cerca de 4000 anos, Sprinthall & Collins 2005)

A análise destes textos, que se nos afiguram a forma de excelência para preceder a abordagem do conceito, parece deitar por terra esta ideia de adolescência como conceito recente e propriedade das sociedades industrializadas. A estruturação e a sistematização do conceito são na realidade recentes, o adolescente, enquanto ser em fase de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, é tão antigo quanto o Homem, acompanhou a sua evolução, influenciada pelas transformações do conhecimento, da tecnologia e dos contextos geográficos, sociais e culturais em que está inserido.

Se não tivéssemos informação que nos permitisse identificar a sua origem poderíamos pensar que estes seriam diálogos actuais que qualquer um de nós podia ter

dos e com os nossos filhos. Ao analisá-los podemos identificar muitas das características que reconhecemos no adolescente.

As posturas contraditórias relativamente aos mais velhos consideradas *desrespeitosas*, não são mais do que posturas de demarcação que lhe permitem obter distância em relação aos poderes instituídos, família, escola e que são fundamentais na evolução do seu processo de autonomia, uma das principais tarefas da adolescência (Sampaio, 1994; Sprinthall & Collins 2005; Fonseca, 2005b).

O sentimento de *verdade* absoluta, de *sabedoria* é fruto do desenvolvimento do pensamento formal, o pensamento do adolescente caracteriza-se agora pelo egocentrismo cognitivo, ele é o actor principal, o revolucionário, *criativo, inédito* que irá mudar mentes e realidades. Alguém que é intocável e invencível que gosta de viver ao limite pois, por mais riscos que corra nada de mal lhe acontecerá. (Fonseca, 2005a; Sprinthall & Collins 2005).

É, no entanto, importante reter que esta é uma fase de ambivalência entre o desejo de conquistar um lugar no mundo, por direito próprio e a necessidade de se sentir protegido e seguro quando surgem as dificuldades. Cabe por isso aos adultos, família, escola e sociedade criar os ambientes adequados ao seu desenvolvimento estruturado e saudável.

A expressão "*praga*" ilustra o papel marginal atribuído ao adolescente e que é descrito por vários autores. Não pertencem manifestamente a nenhum dos estádios que o antecedem e precedem, não são crianças mas também não são adultos, o que faz com que muitas vezes sejam confrontados com expectativas ambíguas e com direitos e deveres pouco claros. (Sprinthall & Collins 2005).

[...] a juventude é, ao mesmo tempo, uma etapa de transição e um estado específico, com lugar próprio na vida do indivíduo. [...] Por que, então, a juventude é trânsito e não o é a infância e a vida adulta? Por acaso há algum lugar claro e definitivo nesta etapa da vida e não em outros? (Balardini y Miranda 2000, p. 135 cit. por Gutierrez, 2004 cit. por Brasil, Ministério da Saúde, 2006 p.31)

Tens de crescer, esta pressão imensa sobre o indivíduo em transformação, que sofre por não perceber o significado e a amplitude das modificações que se operam em catadupa, pode ser prejudicial a este crescimento e, sobretudo, à construção do seu eu. As alterações que ocorrem são, com tivemos a oportunidade de ver, universais e intemporais mas o tempo em que decorrem é exclusivo, ao ritmo de cada um, por se verificarem num ser que é uno e único.

Não raras vezes há discordância entre o crescimento físico e o amadurecimento social e emocional que, não entendido e convenientemente gerido, pode resultar em

dificuldades e sofrimento para os adolescentes (Fonseca, 2005a; Sprinthall & Collins 2005).

Dia e noite a perder o tempo a divertir-te, esta idade é caracterizada por uma energia imensa, uma enorme vontade de questionar, explorar, experimentar, votada a uma natural indisciplina que Fonseca (2005a), denomina de criativa e estimulante e que com peso, conta e medida é desejável porque importante para a aprendizagem. Muitas destas actividades são realizadas *no grupo*, elemento de analogia essencial à construção da sua identidade.

A conquista da autonomia, da tão desejada independência, tarefa característica e essencial deste estágio. Nas sociedades ocidentais, em consequência da conjuntura socioeconómica, este desafio tem sido cada vez mais difícil de alcançar fazendo com que a adolescência tenha um final cada vez mais tardio. Sprinthall & Collins, (2005) entende que as sociedades industrializadas têm dificultado este período aos jovens conferindo-lhe um estatuto marginal ao aumentar o seu período de dependência.

Por fim a sexualidade, resultado do despertar biológico, da explosão hormonal, das transformações que têm como objectivo fundamental o alcance da maturidade sexual. O reavivar do interesse pela genitália, pela eroticidade, a sexualidade que em muitos aspectos parece orientar as atitudes e o comportamento dos jovens e que constitui um contributo decisivo na construção da identidade e da autonomia que caracterizam a idade adulta (Volcher & Rivière 1973; Sampaio, 1994).

Feita esta pequena reflexão é fundamental conhecer a perspectiva que o adolescente tem de si?

“A juventude está em lugar ambíguo na sociedade, se por um lado sua beleza e seu vigor físico são glamorizados, por outro o jovem é frequentemente responsabilizado (...). Há uma valorização exagerada das qualidades físicas como modelo de desejo e consumo, ao mesmo tempo que é desconsiderada a sua cidadania. Podemos ver (...) a adolescência e a juventude como fases que representam grandes oportunidades (...) Para ele(a) mesmo(a) é uma fase em que a capacidade de aprendizagem é mais veloz e em que há conquista de outros espaços além do familiar. Com a autonomia mais desenvolvida (...) abre-se para novas experiências, enfrenta desafios e ouve mais (...) lida com a sua criatividade, exercita-a, inclusive em busca de soluções para problemas familiares políticos e sociais. Significa, também, oportunidade para a família que passa a contar com uma pessoa que dialoga de forma mais ágil e renova ideias (...)

Além de demandar atenção e cuidado pode participar na tomada de decisões, compartilhar responsabilidades e trazer a família para novos contextos culturais artísticos e de lazer.

A adolescência é também uma oportunidade para a comunidade. (...) ao fazerem teatro, música, esportes, ao defenderem o ambiente, produzem novas ideias, novas atitudes e movimentam a vida comunitária. Quando se organizam para debater questões relativas á

sexualidade, quando produzem seus próprios meios de comunicação, quando organizam acções e assumem responsabilidades (...) dão vida às comunidades.

São (...) actores sociais essenciais, capazes de modificar para melhor o lugar em que vivem. (...) movimentam toda a comunidade com ideias novas e abordagens diferenciadas para velhos temas. (...) na questão de políticas públicas (...) a presença deles altera a agenda tornando-a mais próxima das suas necessidades.

Os (...) adolescentes (...) representam uma grande oportunidade de desenvolvimento e mudanças positivas (...) Enxergá-los como problema significa inibir as formas criativas e propositivas presentes nessa fase da vida.

A juventude tem muita energia e fôlego que não têm sido saciados, pois a falta de oportunidades é uma realidade (...) A sociedade não está preparada para matar a sede da juventude, mas quando a juventude tem a oportunidade de ampliar seus conhecimentos, de desenvolver suas habilidades, de falar o que pensa (...) ela move o mundo”.

Marcos Paulo, 22 anos (Brasil, Ministério da Saúde, 2010b pp.17,18)

Esta visão do adolescente como sujeito com potencial para desenvolver é partilhada pelos autores e investigadores actuais. É fundamental reconhecer que os adolescentes são um grupo em si. Não são crianças grandes nem futuros adultos. Têm as suas trajectórias, as suas histórias. São cidadãos, sujeitos com direitos específicos, que vivem uma fase de desenvolvimento extraordinária. As suas vivências nessa etapa determinarão a sua vida adulta. Os adolescentes precisam de ser vistos como o que são: adolescentes. *São criativos, têm enorme vontade e capacidade de aprender e de contribuir* (UNICEF, 2011 p. 14).

As diferentes adolescências que integram a humanidade são, acima de tudo, tempos de oportunidade. Oportunidade para os próprios adolescentes, que vivenciam uma fase de construção de autonomia, identidade, aprendizagens e descobertas. Oportunidade para as famílias, que têm a possibilidade de se relacionar de uma maneira diferenciada com os seus filhos, baseada no diálogo franco e aberto, na troca de ideias e na crescente participação dos adolescentes nas decisões familiares, o que pode resultar num interessante processo de amadurecimento para todos. Oportunidade também para as políticas públicas, com a adopção de estratégias inovadoras, específicas e multisectoriais, capazes de olhar para os adolescentes como actores da sua própria história, e não como um reflexo da expectativa dos adultos (UNICEF, 2011).

A partilha destes testemunhos e destas reflexões serão por certo suficientes para definir e caracterizar esta etapa do ciclo vital no entanto, e para uma melhor sistematização de conteúdos que constituem uma mais-valia para o estudo, iremos analisar o conceito de adolescente de uma forma mais estruturada.

A adolescência não pode ser definida no singular, nem com recurso a coordenadas cronológicas, uma vez que a vivência deste período integra uma multiplicidade de aventuras individuais influenciadas pelos contextos familiares, sociais e

culturais em que o jovem se insere. Corroborando esta noção Sampaio 2000, *cit. por* Ferreira & Nelas (2006) sustenta que os limites da juventude são sociais e culturais, marcados pela capacidade de participação na produção e reprodução da própria sociedade e não um fenómeno meramente cronológico, sendo a independência económica e a saída de casa dos pais os principais acontecimentos que definem a entrada no mundo dos adultos. Estas concepções levam-nos a concluir que, não há adolescência, há adolescências e que existem tantas adolescências quantos os adolescentes que existem (Fonseca, 2005^a; UNICEF, 2011; Pereira *et al.*, 2007).

Pese embora esta certeza a sociedade persiste na determinação de estabelecer uma moratória social, um período entre a infância e a idade adulta emparelhada em coordenadas cronológicas, assim, em 1965 a Organização Mundial da Saúde define-a como a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos (Serra & Moliari, 2001). Caracteriza-a como um período biopsicossocial, em que ocorrem intensas modificações corporais, específicas da puberdade e diferentes do crescimento e desenvolvimento que ocorrem em ritmo constante na infância, e de adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais, que conduzem o indivíduo da infância à idade adulta (Serra & Moliari 2001; Ferreira & Nelas, 2006). O despertar e o ritmo destas alterações são influenciados por uma panóplia de condições onde se inscrevem os factores hereditários, ambientais, culturais, sociais, nutricionais e psicológicos (Serra & Moliari 2001; Ferreira & Nelas, 2006). Em 1974, na reunião sobre gravidez e aborto na adolescência, esta organização opera uma evolução na sua conceptualização e descreve-a como um período da vida em que o indivíduo passa do aparecimento das características sexuais secundárias à maturidade sexual, os padrões psicológicos e a identificação do indivíduo evoluem da fase infantil para a fase adulta, ocorre a transição do estado de total dependência sócio económica para a de relativa independência (Beretta, Denari & Pdrzanni *et al.* 1995).

Apesar de existirem idades orientadoras do início e fim da adolescência o seu enquadramento cronológico é naturalmente muito difícil por ser uma fase da vida que, nos países industrializados, tem um início cada vez mais precoce, pois a idade da menarca tem vindo progressivamente a diminuir, e um fim cada vez mais tardio porque a autonomia económica se alcança cada vez mais tarde (Sprinthall & Collins, 2005). Esta cronologia, assim como os desafios e os processos de socialização próprios desta fase, são ainda condicionados pelas diferenças culturais. Em determinadas tribos esta passagem tem rituais muito precisos com uma cronografia precisa e muito bem delimitada (Sprinthall & Collins 2005).

Para Tunner, (1962) adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta que se caracteriza pelo desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo par alcançar os objectivos subjacentes às

expectativas da sociedade em que vive. Inicia com as mudanças corporais da puberdade, com o culminar do desenvolvimento biológico, a consolidação da personalidade, a independência económica e a integração no grupo social a que pertence.

Fonseca,(2005b) define-a como uma etapa do desenvolvimento com características próprias e tarefas muito bem definidas. Integra transformações:

- a. biológicas, ocasionadas pela puberdade que determinam o surto de crescimento e as alterações corporais;
- b. cognitivas, que estabelecem a capacidade da elaboração de raciocínios cada vez mais complexos;
- c. psicológicas, que determinam o desenvolvimento da autonomia e a construção da identidade;
- d. sociais, responsáveis pela transição para o despenho de novos papéis.

A análise dos conceitos expostos, apesar da amplitude de datas que os separa, permite-nos observar universalidade no que se refere à adolescência como etapa do desenvolvimento em que se verificam alterações físicas, cognitivas, psicológicas e socioculturais. As transformações físicas e cognitivas são aspectos fundamentais pois antecedem e adivinham os desafios psicológicos e sociais que se colocarão ao adolescente, constituindo o alicerce nas diferentes formas de resposta aos mesmos.

Os primeiros anos são difíceis para a maioria dos jovens pois o crescimento psicológico não acompanha a celeridade das transformações físicas. Tunner, (1962) e Fonseca, (2005b) evidenciam as tarefas e os desafios que a adolescência comporta o que faz desta fase da vida uma empreitada difícil mesmo quando decorre de uma forma estável e saudável. As expectativas sociais a que Tunner, (1962) se refere determinam a natureza da adolescência e delas dependem as formas de estar do adolescente e as tensões que possa manifestar.

É na adolescência que o indivíduo toma consciência das alterações que ocorrem no seu corpo, gerando um ciclo de desorganização e reorganização do sistema psíquico, diferente em cada sexo, mas com iguais complicações conflituosas inerentes à dificuldade de compreender a crise de identidade (Ferreira & Nelas 2006).

Knope define esta crise como uma importante descontinuidade no processo de crescimento sendo a sua resolução a principal tarefa deste estágio (Sprinthall & Collins 2005). A adolescência confina duas tarefas de desenvolvimento fundamentais, a autonomia em relação aos pais, e a construção da sua identidade (Sampaio *et al.* 2000 *cit. por* Ferreira, 2006).

Para a maioria dos autores a construção da identidade é uma das principais tarefas da adolescência. Erikson foi o primeiro autor a identificá-la e a atribuir-lhe uma importância fundamental no processo de crescimento do adolescente, considerando-a

como um processo integrador das transformações pessoais, das exigências sociais e das expectativas em relação ao futuro (Sprinthall & Collins 2005).

A forma como *eu me vejo e como sou visto pelo outro* constitui o pilar da personalidade do indivíduo. Fonseca, (2005a) reconhece na identidade a segurança de existir em nome próprio. Corresponde ao sentimento de existência enquanto sujeito, um corpo com pensamento e desejos inalienáveis mas também à aceitação da presença do outro.

A construção da identidade tem um papel importante na passagem da sexualidade infantil para a sexualidade adulta, do auto erotismo ao amor por outro diferente de si (Sampaio, 1994; Fonseca, 2005^a; Pereira *et al.* 2007).

2.1 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

O interesse que a adolescência, enquanto fase de desenvolvimento, desperta nas diferentes áreas do conhecimento estende-se a uma das suas particularidades, a sexualidade. Nunca se falou tanto de sexualidade na adolescência, dos seus determinantes, das suas manifestações e sobretudo dos seus riscos. A explosão da Sida e da Hepatite B vieram reavivar esta visão da adolescência como período de comportamentos e vivências de risco (UNESCO, 2009).

Falar de sexualidade implica falar de humanidade, de primórdio da existência uma vez que ela é intrínseca ao Homem e acompanhou o seu percurso de desenvolvimento ao longo da história. O mistério da sexualidade sempre se impôs à humanidade a ponto de, em algumas épocas, se ter feito dele objecto de culto e criado um código de obrigações e interditos que procuram regulamentar o seu exercício (Volcher & Rivière 1973).

A sexualidade é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres envolvendo práticas e desejos relacionados com a satisfação, a afectividade, o prazer, os sentimentos, o exercício da liberdade e a saúde.

A sexualidade humana é uma construção histórica, cultural e social que se transforma de acordo com as mudanças das relações sociais (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

Á semelhança do que acontece para a adolescência não podemos defini-la no singular, a multiplicidade de factores que a influenciam fazem com que seja difícil enquadrá-la numa definição única e absoluta.

Pereira *et al.* (2007, p.8) corrobora esta ideia referindo a *“inexistência de um padrão de sexualidade, uma vez que não há um modelo universal e, tampouco, único de expressão e de vivência da sexualidade, sobretudo na adolescência.”*

A influência multifactorial, de natureza, biológica, psicológica, social, política e cultural, confunde e faz muitas vezes esquecer que a sexualidade não é propriedade de nenhum deles, ela é pertença de cada homem a quem cabe descobri-la dando-lhe um significado pessoal, assumi-la e fazê-la desabrochar como factor de desenvolvimento e crescimento, de criatividade, meio de diálogo e inclusão no mundo, caminhando assim para a sua plenitude (Volcher & Rivière, 1973; UNESCO, 2009).

O termo sexualidade remete para um universo onde tudo é relativo, pessoal e muitas vezes paradoxal. É o aspecto mais íntimo do ser humano e as suas manifestações em cada indivíduo, enquanto ser único e uno, estão dependentes dos diferentes contextos e experiências vivenciadas.

Foucault (1982/1985 *cit. por* Alferes 1997 p.19,20), afirma que o estudo da sexualidade se tem polarizado em torno da dicotomia instinto/norma. De um lado os comportamentos sexuais analisados na perspectiva fisiológica, onde o sexo tal como a fome e a sede se inscreve no grupo das necessidades biológicas, função corporal geneticamente condicionada, do outro lado as perspectivas antropológicas e ou sociológicas que, ao insistirem nas regularidades normativas, associadas às infra-estruturas familiares e sociais, ignoram o papel do sujeito na gestão das suas experiências, do seu corpo e na significação que atribui aos seus comportamentos.

Numa perspectiva psicanalítica a sexualidade é definida como um conjunto de excitações e actividades, presentes desde a infância e que procuram prazer irreduzível na satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (Brás, 2008).

A OMS define-a como:

“(...) uma energia que nos motiva para procurar o amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, nos movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e, ao mesmo tempo, ser-se sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos acções e interacções e por isso influencia também a nossa saúde física e mental”.

A comparação destes conceitos permite-nos observar diferenças importantes alertando-nos para o risco de se confundir sexualidade com sexo, no que ao contacto genital diz respeito. A primeira conceptualização reduz a sexualidade à sua face biológica, animal, de prazer e de procriação, identificando-a com uma necessidade meramente fisiológica. Sendo verdade é importante reter que é apenas um dos seus aspectos porque, no que ao homem se refere, para ser efectivamente fisiológica a satisfação desta necessidade exige mais do que a presença efectiva do outro reclama a sua presença afectiva (Volcher & Rivière 1973).

O conceito da OMS reflecte o esforço de abranger os diferentes aspectos que é possível conceptualizar, apresentando a sexualidade como meio privilegiado de

comunicação entre dois seres a todos os níveis da sua existência, um encontro total porque de permutas e intersubjectividades ao nível dos corpos mas também das individualidades psíquicas e culturais. O contacto genital é apenas um momento da globalidade da acção.

As experiências e interacções sexuais são, para Alferes (1997 p.14), sequências de actos, palavras ou gestos através dos quais os corpos/sujeitos se envolvem em trocas culturalmente esperadas, racionalmente possíveis e individualmente significativas.

A sexualidade vai assumindo diferentes características de acordo com a idade, são vários os aspectos que nos permitem distinguir a sexualidade infantil da sexualidade adulta, e a análise deste percurso afigurasse-nos fundamental para percebermos uma das componentes da nossa temática a atitude dos adolescentes face à sexualidade.

Desde o nascimento o homem é provido de uma sexualidade que vai sofrer, ao longo da sua existência, uma evolução por vezes acelerada e com fenómenos de amadurecimento. O aparelho sexual, fundamental princípio das respostas sexuais fisiológicas, e as hormonas que se lhe são subjacentes estão presentes desde o período pré-natal.

A sexualidade da criança não está ligada imediata e especificamente aos órgãos genitais, associando-se a outras zonas corporais que se denominam *zonas erógenas* porque susceptíveis de proporcionar prazer e como tal utilizadas para esse fim. Ao longo dos primeiros anos de vida essas zonas vão mudando e o interesse erótico e as fontes de satisfação vão deslocar-se segundo uma ordem cronológica bem estabelecida, oral, anal, uretral e fálica, apenas susceptível de sofrer modificações pelas atitudes educativas familiares e ou costumes socioculturais. Em vez de ser dirigida para objectos exteriores, a sexualidade da criança é essencialmente auto-erótica. É pelo seu corpo que ela descobrirá, progressivamente, o significado e o alcance, tanto individual como social, do prazer sexual. Esta evolução entrará num período de latência durante o qual o interesse sexual e as actividades genitais são mais discretas ou, pelo menos, mais dificilmente observáveis. A puberdade constituirá o redespertar desta latência e os órgãos genitais e, de uma forma geral os interesses sexuais, voltam para o primeiro plano e parecem orientar, sobre muitos aspectos, as atitudes e o comportamento dos jovens (Volcher & Rivièrè 1973).

Para um melhor entendimento desta temática importa rever algumas terminologias que estão ligadas à adolescência que nela se inserem mas que são distintas.

Pubescência, período que antecipa e anuncia a puberdade e as mudanças físicas que irão ocorrer e que é marcado pela explosão de crescimento físico, transformações na estrutura e proporção corporal e características sexuais primárias e secundárias.

Puberdade, clímax das mudanças corporais iniciadas no período anterior assinalada pela menarca para as meninas e pela produção da ejaculação de espermatozóides para o menino.

A evolução da puberdade deve ser encarada como uma maturação eminentemente biológica mas acompanhada de uma maturação psicointelectual e psicoafectiva que não se pode, nem se deve, descurar (Fonseca 2005a, Volcher & Rivière 1973). O seu resultado mais imediato e aparente, é que o sujeito ficará dotado de uma genitalidade que atingiu o termo da sua evolução, o indivíduo pode dar resposta ao fim primeiro desta evolução, a reprodução, o que não quer dizer que seja sexualmente maduro.

A sexualidade está, assim, presente desde o nascimento, não surge com nem é uma coisa da adolescência. A adolescência é apenas palco da transformação biológica fundamental para o alcance da maturidade sexual e da capacidade de reprodução (Sprinthall & Collins 2005). Mas a sexualidade que se reacende nesta etapa do ciclo vital é muito mais do que a apelo à perpetuação da espécie ou da consumação do prazer físico, é um estar que se redescobre e reinventa numa espiral de sonhos, desejos, afectos, partilhas, medos frustrações e angústias.

Para adolescentes e jovens, a sexualidade traduz-se num exercício de descobertas, experimentações, vivência da liberdade, caminho para a construção da capacidade de tomada de decisões, de escolhas, de responsabilidades e de afirmação de identidades, pessoais, sociais e políticas (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

A sexualidade é fonte de comunicação, de afecto, de prazer, de bem-estar consigo e com os outros. Refere-se à capacidade em iniciar e manter uma relação íntima com alguém especial em particular, numa base de doação (Fonseca, 2005b).

Ela é fruto de uma construção psicoafectiva de relação, de sexualidade que se edifica durante a infância e que será o alicerce no desenvolvimento de uma sexualidade estruturada e saudável sendo *“A relação mãe-bebé o primórdio da construção da sexualidade”* (Fonseca 2005b p. 97)

A naturalidade deste percurso é muitas vezes modificada pela influência de factores familiares culturais, religiosos, sociais que podem comprometer o natural desenvolvimento da sexualidade podendo memo desviá-la da sua condição humana (Volcher & Rivière 1973, Fonseca 2005b; UNESCO, 2009).

“A sexualidade está impregnada de convenções culturais que modelam as relações sociais e sexuais de adolescentes, jovens, adultos e idosos e, assume formas e significados distintos de acordo com a cultura na qual está inserida. Há variações na dinâmica social dentro de uma mesma comunidade, segundo a ideologia, a origem social, a religião, os valores e as crenças das famílias.” (Pereira et al. 2007, p. 8)

O despertar da sexualidade em toda a sua abrangência biológica, emocional, afectiva e social é fonte de perturbação e convulsão no adolescente, ele interroga-se sobre a sua normalidade os seus sentimentos, as suas pulsões, as suas ambivalências.

Volcher & Rivière (1973), designa-a como:

“A etapa mais delicada e mais importante no desenvolvimento psicológico...é necessário que o ser realize a fusão da genitalidade acabada de adquirir e da afectividade, num contexto de equilíbrio dinâmico, a fusão da capacidade de se empenhar em relação a outrem e de situar a genitalidade como um elemento e um meio apenas do encontro com um parceiro” (Volcher & Rivière 1973/1973 p. 28).

A metamorfose que irá ocorrer e que fará desabrochar o adolescente da sua crisálida, será gradual com mudanças sequenciais que o farão caminhar de estágio em estágio operando-se alterações que são mais de índole qualitativa do que quantitativa.

A generalidade dos autores consultados adopta a divisão clássica do desenvolvimento da adolescência em três períodos distintos, com determinantes, características e manifestações diversas, a três níveis distintos mas indissociáveis e complementares: desenvolvimento cognitivo, autonomia e identidade: Primeiro período dos dez aos treze anos - pré-adolescência; Segundo período dos treze aos dezasseis anos – período médio da adolescência; Terceiro período dos 16 anos aos 19 anos - período final da adolescência.

Para uma melhor percepção das atitudes dos nossos adolescentes face à sexualidade e porque o grupo em estudo engloba jovens em diferentes fases do desenvolvimento, entendemos pertinente revisitar as principais características e manifestações no âmbito das diferentes fases tomando para base da nossa reflexão Fonseca, (2005b):

Primeiro período dos dez aos treze anos - pré-adolescência

A primeira fase, de crescimento pubertário, é caracterizada por comportamentos de auto-erotização, auto-experimentação, surge de repente uma necessidade de grande privacidade, muitas vezes geradora de conflito com os pais. O adolescente está centrado nas suas transformações pubertárias, surgem muitas dúvidas e angústias relativamente à normalidade do seu processo de transformação. O jovem projecta a sua fantasia erótica em alguém próximo mas na maioria das vezes inacessível, é a fase da paixão pelos professores, pelos amigos do irmão mais velho, pelos músicos ou actores de cinema. Os quartos enchem-se de posters, os segredinhos e as risadinhas, os suspiros e o olhar ausente e deslumbrado são uma constante. Os relacionamentos são predominantemente com indivíduos do mesmo sexo. Não temos nenhum adolescente nesta fase do desenvolvimento inserido no estudo.

Segundo período dos treze aos dezasseis anos – período médio da adolescência.

Na segunda fase o adolescente tem já uma forte percepção das diferenças corporais, está centrado no próprio corpo e no dos outros, e tem uma visão muito crítica do seu corpo. É a fase das comparações, muitas vezes geradoras de angústia e sofrimento, e da experimentação que pode ser hetero, homo ou bissexual. A diversidade desta experimentação não está associada a questões de género ou opção sexual são apenas maneiras diferentes de expressar a sexualidade. O adolescente avalia sobretudo a sua capacidade atractiva e de desempenho. A auto-percepção varia de acordo com o género. As raparigas procuram alcançar os padrões de beleza ideal culturalmente instituídos, os rapazes, que nas sociedades ocidentais são cada vez mais prisioneiros dos padrões de beleza, pretendem desenvolver e mostrar a sua dominância, a sua masculinidade (Pereira *et al.*, 2007). Ter muitas namoradas/os é sinal de popularidade, aliada precisamente à atracção exercida no sexo oposto e à excelência do desempenho sexual.

Na contextura actual nasceu uma nova forma de relacionamento afectivo e sexual onde a paixão é fugaz e efémera, é a época do “ficar, do “curtir”, do “andar” (Fonseca, 2005b; Pereira *et al.* 2007).

Esta nova forma de relacionamento pode constituir-se como um importante meio de aprendizagem social, afectiva e social, Gonçalves, *cit. por* Pereira *et al.* (2007, p. 19) conceptualiza-a como:

“...uma experiência de estar com o outro, trocar carícias, intimidades, descobertas e sensações sobre o corpo e sobre si mesmo. Os limites do ficar são determinados pelo próprio casal.”

Pereira *et al.* (2007), considera que é uma forma de relacionamento sem compromisso, sem fidelidade, Fonseca (2005b), ao contrário, considera que esta rotatividade de relações não implica infidelidade.

“Há fidelidade durante o curtir só que a noção de fidelidade é diferente, havendo portanto necessidade de um acerto de linguagem” (Fonseca, 2005b, p. 99).

As fantasias sobre o parceiro ideal marcam este período. Uma faixa etária do grupo de estudo insere-se nesta fase.

Terceiro período dos 16 anos aos 19 anos - período final da adolescência.

Na terceira fase, onde se inscreve um grupo importante do alvo do nosso estudo, o envolvimento afectivo já é mais estável, o adolescente já está com um pé no mundo da sexualidade do adulto, é a fase da consolidação da identidade sexual.

“O adolescente começa a entender, fruto da sua vivência pessoal, que através da procura do outro, encontra o prazer, conquista a intimidade e constrói a partilha.” (Fonseca, 2005b, p.99).

Ao longo deste percurso o adolescente vai descobrindo a sexualidade adulta e completa. Spitz, (1996) cit. por Fernandes, (2006. p.50) afirma que este caminho “...cria laços fortíssimos que nos transformam e que nos permitem aceder a uma sexualidade global: corporal e sentimental. O que descobrimos causa sensações que vão muito além das descrições que podemos fazer. Mas o despertar necessita desse amadurecimento, dessa lenta e progressiva descoberta de si próprio e do outro. Sem ela, a relação sexual não passa de uma relação física, incompleta, enganosa e fonte de insatisfações.”

A sexualidade mereceu um tratamento discordante ao longo da história ainda que sempre polémico. Despida da sua naturalidade, encarcerada durante séculos na teia das permissões e interdições, confinada ao quarto do casal ou à alcova pecaminosa das meretrizes eis que ela rompe com as grades, ultrapassa a privacidade dos quartos e das alcovas e conquista os espaços públicos (Pereira *et al.*, 2007).

Faz parte do quotidiano das pessoas, despojou-se da sua intimidade e tornou-se num grande espectáculo, para ser visto e consumido e tem nos *média* o seu maior veículo de difusão. Estes veiculam simultaneamente campanhas educativas e imagens eróticas, padrões de beleza e de relacionamento, fórmulas de prazer e de felicidade (Pereira *et al.*, 2007).

No âmbito desta nova realidade os adolescentes são considerados como um grupo de grande vulnerabilidade e associados a comportamentos sexuais de risco, sobretudo quando comparados com os seus pares de gerações anteriores.

López Sánchez, (2010, p.13) reflecte esta mudança mencionando que:

- Os adolescentes são cada vez mais liberais nas suas atitudes, cedendo mais facilmente às relações de intimidade, alegando como condição essencial a vontade e a concordância de ambos;
- Um número importante de adolescentes condescende com mais facilidade às relações coitais que acontecem, para uma maioria significativa, antes dos 15-18 anos;
- Há uma tendência acentuada para a multiplicidade de parceiros;
- O tempo que decorre entre as primeiras relações de intimidade e o coito é curto, saltando-se muitas das etapas intermédias previstas pelos padrões até ora instituídos na nossa cultura ocidental;
- Diluíram-se as diferenças nos comportamentos e atitudes entre os sexos, as raparigas são cada vez menos passivas e assumem o controlo da sua sexualidade, rompendo com a norma dos papéis que lhe eram consignados;

- A evidência confirma que, na realidade, os adolescentes têm cada vez mais práticas sexuais de risco e que este se evidencia mais nas primeiras relações e nas relações esporádicas.

O autor admite que, na actualidade, embora os resultados dos estudos sejam diversos, 25 a 50% dos adolescentes tenham a primeira relação sexual em condições de risco, não fazendo uso de qualquer método de protecção. Quando avaliada a influência da idade o autor afirma que os mais jovens correm mais riscos e que este cenário vai mudando com a idade e o estabelecimento de relações mais estáveis.

As causas desta mudança de paradigma entroncam nas características do adolescente, na natureza da pulsão sexual e na própria sociedade que permite e estimula a sexualidade sem fornecer a informação e o apoio que o jovem necessita nesta fase do seu desenvolvimento (López Sánchez, 2010).

Partindo destes pressupostos podemos inferir que as atitudes dos nossos jovens face à sexualidade serão assim reflexo desta nova forma de a vivenciar. Na actualidade o desafio mantém-se, já não se trata de permissões ou interdições, o problema agora é a forma e o conteúdo (Pereira *et al.*, 2007).

3. ATITUDES DOS ADOLESCENTES FACE À SEXUALIDADE

A sexualidade é, um elemento signficante na formação da identidade do adolescente, manifestada por múltiplas identificações, como a imagem corporal, a descoberta do outro como objecto de amor ou desejo e a descoberta de si e das relações com os familiares, grupos e profissionais. Ao contrário da percepção dos adolescentes a vivência da sexualidade é muito complexa e permeia aspectos cognitivos que vão desde os mais primitivos (sensoriais) até esquemas de representação mais complexos, que envolvem a linguagem corporal, facial e outros sistemas de sinais, aos quais se acrescentam os aspectos culturais extremamente relevantes (Romero *et al.*, 2007).

Assim, a sexualidade constitui-se, incontestavelmente, numa rede de condutas, atitudes, afectos e, particularmente, na modelagem sociocultural legitimadora desses mesmos comportamentos. Compreender a sexualidade juvenil é, em primeiro lugar, compreender a cultura e a comunidade onde se inscrevem essas condutas, possibilitando-nos o conhecimento do normal e do desviante, elementos estabelecidos pelos espaços sociais em que se inserem (Ramos *et al.* 2008).

A sexualidade é um dos domínios que integra e complementa a dimensão humana, o contínuo na evolução e crescimento da humanidade são responsáveis pelas transformações nos costumes valores e atitudes culturalmente aceites.

O termo atitude tem origem latina e congrega dois termos *actus* que significa acto ou acção e *aptitudo* que significa aptidão. A congregação destes dois termos deu origem à palavra latina *aptitudo* que inicialmente designava a posição corporal dos modelos de pintura do renascimento italiano, mais tarde a psicologia adoptou-o para designar a postura da mente (Neto, 1989).

Para a psicologia experimental a atitude permite explicar as diferentes respostas que o indivíduo tem perante o mesmo estímulo e que derivam da orientação da sua percepção. Para a sociologia é utilizada para referir os sentimentos que as pessoas dirigem para um determinado objecto (Neto, 1989). A atitude seria, assim, uma tendência, uma predisposição, para responder a um objecto, pessoa ou situação de forma negativa ou positiva.

Na literatura podem ser encontradas inúmeras definições de atitude Neto, (1989) afirma que esta multiplicidade deixa transparecer que este conceito é uma realidade psicossocial ambígua e difícil de apreender.

Partindo do pressuposto que os modelos são planificações que facilitam a operacionalização Neto (1989) e Lima (1997), utilizam o modelo tripartido clássico,

proposto por Rosenberg e Hovland, (1960) para o qual atitude é uma disposição que resulta da organização de três componentes:

- Componente cognitiva, alicerça-se nas crenças, juízos e opiniões através das quais a atitude é expressa. A crença refere-se à informação que aceitamos sobre uma situação, um acontecimento, um conceito. É o que acreditamos como verdadeiro acerca do objecto.
- Componente afectiva, reporta-se aos sentimentos subjectivos e às respostas fisiológicas que acompanham a atitude. Está ligada ao sistema de valores, sendo a sua dimensão emocional.
- Componente comportamental, refere-se ao processo mental e físico que prepara o indivíduo para agir de determinada maneira. É constituída pelo conjunto de reacções de um sujeito relativamente ao objecto da atitude.

Breckler, (1984) demonstrou nos seus estudos que cada um destes componentes contribui com algo de único para a edificação da atitude. Para Bagozzi, (1978) não é claro o modo como estas componentes se interrelacionam. Breckler, (1984) evidenciou que as três dimensões convergem para assegurar uma significação comum existindo, no entanto, uma validade discriminante entre cada uma delas (Neto, 1989).

A componente cognitiva constitui o pilar mestre na estruturação da atitude uma vez que esta é edificada a partir das percepções (Lima, 1997).

Zana e Rempel, (1988) *cit. por* Neto (1989, p.140) são responsáveis pela reestruturação do modelo clássico construindo o modelo tripartido revisto que define “a atitude como uma categorização de um objecto-estímulo ao longo de uma dimensão avaliativa”.

Este modelo converte a atitude num julgamento que exprime, relativamente ao objecto, um grau de atracção ou aversão. Esta avaliação pressupõe três espécies de informação; informação cognitiva, informação afectiva ou informação baseada no comportamento passado.

A definição de atitude como avaliação, apesar de não ser universal, está a tornar-se cada vez mais usual em psicologia social (Neto, 1989).

As atitudes serão, assim, uma tendência, uma predisposição, para responder a um objecto, pessoa ou situação, de uma forma positiva ou negativa, implicarão uma disposição mais ou menos constante que orienta o indivíduo a reagir de determinado modo perante um objecto que pode ser; uma pessoa, um grupo social, uma instituição, uma coisa, um valor, um conceito.

A atitude enquanto realidade psicológica possui determinadas características: a) *direcção*, que designa o nível positivo ou negativo do objecto de atitude que pode ser de atracção ou repulsa. O adolescente é a favor ou contra o uso do preservativo? A direcção

expressar-se-á pela discordância ou concordância do adolescente; b) *intensidade*, que se exprime pela força de atracção ou repulsa em relação ao objecto. A discordância ao uso do preservativo pode ser moderada ou total; c) *dimensão*, refere-se à unidimensionalidade ou multidimensionalidade da atitude permitindo-nos apreender se trata de um objecto complexo e que não está bem definido; d) *acessibilidade*, está associada à força da atitude, quanto mais acessível maior a brevidade da resposta e mais preditora do comportamento (Neto, 1989). Para o autor, além destas ainda podemos enumerar outras características: I.podemos inferir as atitudes do comportamento dos indivíduos; II.as atitudes referem-se a um objecto psicológico ou categoria; III.as atitudes são apreendidas isto é, provêm da experiência.

As atitudes não nascem connosco, resultam de diversas experiências vitais e como tal são influenciadas pelas pessoas significativas da nossa vida e pelo modo como processamos a informação que nos é fornecida no processo de integração do indivíduo na sociedade (Neto, 1989). Durante a infância são moldadas pelos pais, primeira fonte de crenças e valores, à medida que a criança cresce esta influência dilui-se em favor de outros actores de entre os quais a escola e o grupo de pares, este último irá ter uma importância fulcral na adolescência. Os meios de comunicação social, também contribuem para a formação das atitudes, influenciando o seu processo de desenvolvimento face às relações interpessoais. A imitação, a identificação, o reforço e a gratificação dos pais, pares e professores, bem como do grupo sociocultural, são determinantes na sua formação.

As atitudes são elementos importantes na vida cognitiva dos sujeitos. “Guiam o modo como se pensa, sente e age” (Neto, 1989, p.345). Segundo Smith *et al.* as atitudes têm três funções fundamentais: adaptação social, exteriorização e avaliação do objecto de atitude. Katz, (1960) atribui-lhe ainda outras funções: I.conhecimento, II. instrumentalidade (meios a atingir), III.defesa do eu (protecção da autoestima) e expressão de valores (permite mostrar os valores que definem o indivíduo e com os quais ele se identifica). Para Schlenker, (1982) e Pratkanis & Greenwald, (1989) as atitudes ajudam: I.a definir grupos sociais; II.a estabelecer as nossas identidades; III.na estruturação do nosso pensamento e comportamento (Neto, 1989 p.344)

De acordo com as premissas que acabámos de expor Esteban *et al.* (1996) dizem que as atitudes se desenvolvem a partir da inter-relação de três factores: a informação que recebemos, o grupo com o qual nos identificamos ou queremos identificar e as nossas próprias necessidades pessoais. As atitudes que sofrem estas influências podem não ser uniformes ao longo da vida modificando-se quando os factores que as originam se alteram.

No âmbito da sexualidade podemos dizer que as atitudes identificam a nossa tendência ou predisposição para responder a um objecto de índole sexual, seja ele uma pessoa, uma situação ou um conjunto de normas, costumes e condutas, que rege a sexualidade. A nossa atitude, que poderá ser positiva ou negativa, implicará uma disposição mais ou menos constante que nos orienta a reagir de determinado modo perante o objecto em causa, poderá estar sujeita a uma modificação imposta por circunstâncias que poderão ser de carácter pessoal ou social.

A adolescência, fase de processo maturativo, de desenvolvimento da personalidade, de estruturação da identidade é um período em que podemos assistir à modificação das atitudes perante o mesmo objecto, consequência 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, uma vez que grande parte dos padrões de comportamento se aprendem socialmente.

Podemos então encarar a sexualidade como uma experiência social que se insere num determinado sistema de significado designado *Cultura Sexual* Parker, (1990) cit. por Ramos *et al.*, (2008). Cada *cultura sexual* englobará analisadores ou componentes específicos que estruturarão o sentido atribuído à sexualidade. Assim, o grupo sexual de pertença, o número de parceiros, as práticas sexuais, os métodos contraceptivos e o modo de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis são conceitos culturais sobre os quais cada cultura constrói uma série de normas e desvios. Vivenciamos desta forma uma experiência com sentido social onde, em cada cultura, os actores e os grupos, através da interacção e pelas experiências sociais que vão adquirindo ao longo do tempo, constroem o próprio saber sobre a Sexualidade (Ramos *et al.*, 2008).

Os adolescentes avaliam a sexualidade com base na associação concomitante de conhecimentos adquiridos em áreas distintas, permitindo-lhes juízos de valor e tomadas de decisão de acordo com as percepções e o processamento que deles fazem. Sprinthall e Collins, (1994) estruturam em diferentes teorias a construção do pensamento e da acção do sujeito no âmbito da sexualidade. Assim, a sexualidade do indivíduo irá depender do seu nível de maturidade cognitiva (Teoria de Piaget) do grau de formação da sua identidade (Teoria de Erikson), do seu nível de desenvolvimento pessoal e interpessoal (Teoria de Selman e Loevinger) e do nível geral de desenvolvimento de valores (Teoria de Kolberg).

Sendo a vivência da sexualidade uma entidade de cariz eminentemente cultural e social, onde os desempenhos estão subjacentes a códigos de ética, as suas manifestações diferem de acordo com o meio em que o indivíduo está inscrito.

Partindo do pressuposto de que cada cultura encara e de vive a sexualidade, de diferentes formas, em extremos que vão do muito conservador ao muito liberal, Currier

(1981) classificou as culturas em quatro categorias: culturas sexualmente repressivas, culturas sexualmente restritivas, culturas sexualmente permissivas e culturas sexualizadas (Roque, 2001 *cit. por* Vaz 2011).

Lopez & Fuertes (1991) distinguem dois grandes grupos quando se fala de atitudes face à sexualidade, os conservadores e os liberais. Em regra os adolescentes são mais liberais, porque mais experimentalistas e espontâneos do que os adultos. A vertente conservadora é mais redutora sendo a sexualidade vista como um meio que tem por fim quase único a reprodução. Uma visão conservadora da sexualidade encerra uma opinião moralista relativamente a uma série de temas socialmente polémicos, nos quais se inserem: o divórcio, as relações pré-matrimoniais, a homossexualidade, a bissexualidade, a masturbação, o aborto, o uso de contraceptivos e o direito à sexualidade.

A vertente liberal entende a sexualidade como uma importante dimensão humana quando integrada num sistema de relações afectivas que inclui o afecto, a comunicação e o prazer. A procriação é entendida como uma opção responsável e livre que os jovens podem aceitar ou evitar. Inserido na atitude liberal podem ainda inscrever-se dois outros conceitos: os que têm uma atitude liberal individualista e os que têm uma atitude liberal aberta. Os primeiros aplicam, no âmbito da sexualidade, os princípios mais radicais do liberalismo, os segundos têm uma atitude positiva face à sexualidade, estando disponíveis quer social quer afectivamente para aceitar as diferenças nesta vivência. Aceitam os desejos, as fantasias, e as sensações sexuais como algo natural.

Esta classificação tem, e de acordo com os autores, apenas um valor pedagógico referindo-se aos extremos em que se encontram a maioria dos sujeitos, podendo a sua postura mudar em determinadas situações. Aliás, a revisão bibliográfica mostra-nos que, em termos históricos e sociais, os códigos éticos se transformam e evoluem nesta dicotomia em diferentes momentos diferindo também em sociedades e culturas distintas.

Nas sociedades ocidentais fomos assistindo, ao longo dos séculos, a uma evolução no campo da sexualidade que teve o seu auge na década de 60, que ficará para a história como um marco na transformação dos códigos tradicionais de comportamentos arrolados à sexualidade humana e relacionamentos interpessoais.

Este *boom* de libertação sexual, ao promover novas atitudes e novos comportamentos, modificou completamente as formas de vivenciar a sexualidade em toda a sua extensão. Estas transformações sociais, entre as quais se encontram a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho; o aumento do nível da escolaridade e a difusão dos métodos contraceptivos, implicaram mudanças de “práticas e concepções sobre a vida familiar”; aumentaram “as margens de autonomia e liberdade individual no plano da vida privada”; mudaram o modo como “a sexualidade e a relação

com o corpo passaram a ser encaradas”, assistindo-se à transformação, “provavelmente das mais radicais deste século”, do estatuto social das mulheres (Torres, 1996 *cit. por* Marques 2007).

Considerando a sexualidade uma manifestação psicoafectiva individual e social que transcende a sua base biológica e cuja expressão é normatizada pelos valores sociais vigentes, podemos inferir que estas transformações tiveram expressão nas atitudes e comportamentos do adolescente face à sexualidade.

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 às relações sexuais pré-matrimoniais e a homossexualidade.

Embora o mundo se tenha transformado e desenvolvido estas são questões em que, as mudanças de fundo levam muito tempo a operar-se e, na comunidade adolescente ainda subsiste a crença e a distinção entre as “boas” raparigas e as “más” raparigas, ou seja, ainda é valorizada a atitude passiva da adolescente (Sprinthall e Collins, 1994, Pereira *et al.*, 2007)

Pese embora estas mudanças: “Socialmente e culturalmente, a mulher sofre uma repressão negativa e o homem uma repressão positiva. Embora não com a mesma intensidade ainda é esperado, nos dias de hoje, que uma mulher “direita” seja recatada, pura, casta e fiel, exercendo adequadamente os papéis de esposa, dona de casa e mãe. O “não” faz parte constante de seu dia-a-dia. Não transar antes do casamento, não sentar de pernas abertas, não chamar atenção dos outros sobre si, não discutir ou polemizar...” (Pereira, 2007 p.18).

“...o homem deve confirmar a sua posição de macho viril, forte e potente, desempenhando os papéis de macho dominador, provedor e protetor. Ele tem que estar sempre pronto a resolver todos os problemas, racionalmente, sem falhas, evitando ao máximo demonstrar sensibilidade medo ou temores. A questão mais relevante é que em nenhum momento é perguntado, tanto aos homens quanto às mulheres, se estes são os papéis que desejam desempenhar.” (Pereira *et al.*, 2007 p.18).

John Whiting e Irvin Child concluem que os diferentes padrões sexuais se reflectem nas diferenças psicológicas que podemos encontrar entre o rapaz e a rapariga (Sprinthall e Collins 1994). A autopercepção das transformações ocorridas na adolescência varia de acordo com o género, 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 (Pereira *et al.*, 2007). Há diferenças claras de atitude entre o sexo feminino e o sexo masculino. (Durex, 2010).

The Face of Global Sex, estudo realizado em 2010, em 15 países da Europa, no qual Portugal não está incluído, com o objectivo de avaliar as atitudes e o nível de conhecimentos dos adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e 20 anos, em relação à saúde sexual, concluiu que as raparigas têm mais conhecimentos sobre sexualidade e saúde sexual estando mais conscientes dos riscos que os rapazes. Resultados idênticos obtiveram os estudos Nelas, (2010); Nodim, (2001) e Vilar & Ferreira, (2008) relacionando esta diferença com o facto de as raparigas terem atitudes mais positivas face à sexualidade quando comparadas com os rapazes. Nodim, (2001) apurou que a variável sexo traduz diferenças significativas nas intenções e crenças comportamentais na área da gravidez não planeada e no HIV/Sida, sendo reportados ao sexo masculinos comportamentos de risco mais significativos. A explicação pode basear-se nas diferenças educacionais e nas diferentes expectativas que se impõe a rapazes e raparigas, já atrás referenciadas por Pereira *et al.* (2007). O estudo (Durex, 2004) infere que não são dadas as mesmas oportunidades aos diferentes sexos. O papel que se espera dos rapazes impede-os de expor as suas dúvidas e incertezas e de procurar a ajuda de uma conversa aberta em que podem enunciar todas as suas angústias. A própria literatura de índole eminentemente feminina aborda de forma mais profunda e estruturada as questões do sexo e das relações interpessoais. Tradicionalmente os programas de educação sexual também marcam esta diferença iniciando e concentrando-se mais nas transformações biológicas das raparigas evitando a abordagem das questões que afectam directamente os meninos, como por exemplo sonhos molhados, ejaculação e masturbação. As raparigas têm mais à vontade para entre si debaterem as suas dificuldades e preocupações do que os rapazes (Durex 2010).

Vilar & Ferreira, (2008) indicam que os temas com melhores níveis de conhecimentos, com mais de 75% de respostas certas foram: função do preservativo (93%), menstruação (87%), desejo sexual de homens e mulheres (84%), probabilidade de contágio de SIDA (83%), ejaculações nocturnas (82%), maturidade física na puberdade (80%), sentimentos dos adolescentes (78%), tratamento das IST a dois (77%), riscos nas relações sexuais (76%).

Os temas com níveis insuficientes de conhecimentos (entre menos de 25% e 49%) foram; período fértil e gravidez (49%), local de aquisição dos contraceptivos (48%), riscos de gravidez não desejada (47%); método do calendário (42,5%), pílula do dia seguinte (41%), interesse dos adolescentes em actividades sexuais (32%), toma da pílula (29%), IST (27%), gonorreia (27%), Sífilis (21%), (Vilar & Ferreira 2008).

Numa pesquisa realizada sobre as preferências dos adolescentes no que se refere às temáticas a abordar na educação sexual, Marinho & Anastácio, (2012) chegaram à conclusão que os temas mais pontuados foram: “Adolescência”, “Noção de

Sexualidade”, “Relações Sexuais” e “Diversidade, Tolerância, Orientação Sexual e Respeito”; os temas menos pontuados foram: “Masturbação”, “Relações entre Pares”, “Noção de Família e Planeamento Familiar” e “Maus Tratos, Assédio e Abuso Sexual”.

Quando comparados os géneros as autoras concluíram que as preferências das raparigas iam para: “Noção de Família e Planeamento Familiar”, Maus Tratos, Assédio e Abuso Sexual”, “Gravidez” e “Doenças Sexualmente Transmissíveis”; as preferências dos rapazes recaíram sobre: “Relações Sexuais”, “Masturbação”, “Desejo Sexual” e “Resposta Sexual e Prazer.”

Allen, (2008) *cit. por* Teixeira *et al.*, (2012) alerta para as críticas dos jovens relativamente aos projectos educativos vigentes alegando que os conteúdos têm uma perspectiva eminentemente biológica, com o objectivo máximo de prevenir a gravidez na adolescência e as infecções sexualmente transmissíveis, esquecendo os aspectos importantes do relacionamento sexual.

Os adolescentes declaram que os seus interesses em relação à sexualidade se centram na afectividade e na procura de um parceiro, do objecto sexual, não menosprezando, obviamente, a preocupação com a prevenção das Infecções sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. Na busca do objecto sexual, os adolescentes consideram que se deve ter amor, carinho, intimidade, respeito, entusiasmo e paixão sincera entre os dois (Freitas & Dias, 2010).

O início da sexualidade genital é um ritual que Bozon, (2004) apelida de novidade contemporânea. Esta inauguração era tradicionalmente feita sem qualquer preparação, ao invés da actualidade onde se criou um período autónomo de sexualidade adolescente denominado por Lagrange como *tempo de flerte*, na América conhecido *por dating*, (Bozon, 2004), no Brasil por *ficar* (Pereira *et al.*, 2007) e em Portugal por *curtir, andar* (Fonseca, 2005b). Esta nova forma de relacionamento é um importante factor de aprendizagem social, afectiva e sensorial (Pereira *et al.*, 2007).

Ao longo de todo o século XX, a idade da primeira relação sexual foi diminuindo para homens e mulheres, embora para os primeiros de forma mais moderada e para as segundas de forma mais abrupta (Bozon, 2004). A primeira relação sexual coincide cada vez menos como casamento, elas assinalam a autonomia, hoje em dia mais precoce, da sexualidade sem uma relação imediata com o matrimónio ou mesmo com a coabitação do casal (Bozon, 2004). Ao contrário do que acontecia no passado, actualmente há uma forte sincronização temporal das primeiras experiências sexuais, que se concentram, tendencialmente, no fim da escola secundária (Bozon, 2004).

O início cada vez mais precoce da actividade sexual coloca os adolescentes numa situação de maior vulnerabilidade uma vez que, pelas características próprias desta faixa etária, ainda não são capazes de avaliar e de assumir com total autonomia e

responsabilidade as consequências de uma vida sexual activa (López & Oroz, 1999), devendo por isso ser considerados um grupo prioritário de intervenção (Nodim 2001, Matos *et al.* 2006).

Os adolescentes menos esclarecidos apresentam uma tendência maior para iniciarem a sua actividade sexual precocemente assim como para adoptarem comportamentos mais promíscuos (Nodim, 2001).

No estudo Durex, (2004) que pesquisou as atitudes e comportamentos sexuais, numa população superior a 350.000 pessoas de 41 países, concluiu que a idade média para a primeira relação sexual é de 17,7 anos e tem sofrido uma evolução para baixo. Para os indivíduos com 45 anos ou mais essa média era de 18,2, na classe dos 21 aos 24 era de 17,5 e na classe dos 16 aos 20 é de 16,5 anos.

Nos estudos portugueses Monteiro & Raposo (2005) *cit. por* Nelas (2010), concluíram que 33,6% dos rapazes tiveram a sua primeira relação sexual aos 16 anos, para 11,4% das raparigas foi depois dos 16 anos. Os autores dizem que Portugal é o país onde a diferença entre os sexos é maior quando falamos do início da actividade sexual. O resultado do estudo "A educação sexual dos jovens portugueses: conhecimento e fontes", realizado por Vilar & Ferreira, (2008) junto da população estudantil que frequenta o ensino secundário, refere que a actividade sexual é iniciada entre os 14 e os 15 anos.

No estudo português que integra o Health Behaviour in Schol-aged Children a idade média é de 14 anos e mais (81,8%) (Matos *et al.*, 2012) o que denota uma evolução para cima relativamente ao mesmo estudo publicado em 2003 onde a idade média da primeira relação sexual era de 13 anos ou mais tarde (Matos *et al.*, 2003).

A idade média para Nelas, (2010) foi de 14.02.anos e para Teixeira *et al.*, (2012) de 13.65 anos. Soares *et al.*, (2012) obtiveram, na sua população, uma média de 17 anos para a primeira relação sexual.

Esta realidade não é muito diferente para os países em desenvolvimento, pesquisas internacionais, representativas destes países, concluíram que, aproximadamente 11% das adolescentes do sexo feminino e 6% dos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos de idade tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos (UNICEF, 2011).

As mulheres iniciam-se sexualmente mais cedo, 17,5 anos, comparativamente com os homens, 17,8 anos (Durex, 2004). Nelas, (2010) chegou à mesma conclusão mas com idades diferentes para o início das relações sexuais 14,22 para os rapazes e 13,74 para as raparigas. Matos *et al.*, (2011) chegaram a resultados idênticos para os adolescentes que têm a sua iniciação na faixa etária dos 16 anos e mais no entanto, para os adolescentes cuja iniciação sexual é muito precoce (11 aos 14 anos ou mais) é os rapazes que mais frequentemente afirmam ter-se iniciado mais cedo.

Alferes (1997) e Vasconcelos (1998) *cit. por* Nelas, (2010) concluíram que os rapazes têm a sua primeira relação sexual mais cedo do que as raparigas, têm ou esperam vir a ter mais parceiros sexuais do que elas, apresentando estas últimas uma taxa mais elevada de virgindade. Também Teixeira *et al.*, (2012) concluíram nos seus estudos que são os rapazes que se iniciam mais cedo (13,43 anos) quando comparados com as raparigas (14.10 anos).

O início das relações sexuais pode ser influenciado por uma série de variáveis sociodemográficas, a saber; nível de instrução académica, as pessoas que deixam a escola mais cedo têm uma maior probabilidade de perder a virgindade mais precocemente do que aquelas que prosseguem os estudos até à faculdade, a mesma premissa se aplica aos indivíduos que vivem em meios rurais e aos que auferem de um rendimento económico baixo (Durex, 2007).

A pertença a um determinado sexo biológico, o facto de residir num determinado meio tem uma influência determinante no comportamento sexual dos indivíduos, nomeadamente dos jovens adultos. Os sujeitos com menor escolaridade apresentam maior vulnerabilidade relativamente à sua saúde sexual e reprodutiva (Nodim, 2001). O autor conclui que os indivíduos do sexo masculino que residem em zonas semi-urbanas ou rurais revelam factores de risco mais elevados.

Os adolescentes dos nossos dias parecem estar mais bem preparados para a decisão da sua primeira relação sexual. Mais de 40% dos adolescentes entre os 16 e os 19 anos disseram estar prontos para a experiência sexual, enquanto as pessoas com idades entre os 50 e 64 anos disseram estar menos preparadas (apenas 24% disseram estar preparadas). De relevar que pessoas acima dos 65 anos se sentiram ligeiramente mais bem preparados do que os de 50 a 64 anos (Durex, 2007).

De acordo com Erikson, o indivíduo não conseguirá tomar uma decisão complexa, completamente estruturada e informada, antes do final da adolescência, altura em que o seu processo de construção de identidade está completo, permitindo-lhe alcançar uma verdadeira intimidade (Campos 1990). Quanto mais precoce for o início da actividade sexual do adolescente maior será a sua vulnerabilidade e maiores os riscos que corre no âmbito da sexualidade.

Aparentemente os meninos são mais propensos a envolver-se em comportamentos sexuais de risco quando comparados com as meninas. Os dados sugerem, no entanto, que os rapazes são mais propensos do que as raparigas a utilizar preservativos durante essas relações de alto risco, embora elas estejam expostas a maior risco de infecções sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/Sida (UNICEF, 2011).

Quando questionados sobre as consequências da sua actividade sexual para mais de metade dos inquiridos o HIV/Sida constitui a preocupação maior no âmbito das

Infeções Sexualmente Transmissíveis. As mulheres estão mais preocupadas com a gravidez não planeada, 30% comparativamente com os homens, 20% (Durex, 2004).

A responsabilização na utilização de métodos contraceptivos implica o reconhecimento de si como indivíduo sexualmente activo (Campos, 1990).

Os adolescentes denotam preocupação com a utilização de métodos contraceptivos nas relações sexuais; 80,6% falaram com o parceiro sobre o modo de evitar uma gravidez; 95% dizem ter tomado alguma precaução para evitar uma gravidez; 96% destes jovens usaram o preservativo e 13% a pílula (Vilar & Ferreira, 2008). A maioria dos adolescentes (93,8%) afirma ter utilizado preservativo na primeira relação sexual, a pílula foi utilizada em 37,5% (Matos *et al.*, 2012).

Alguns estudos concluem que as mulheres são mais propensas ao uso de um método contraceptivo na primeira relação sexual (96,2%), (Matos *et al.*, 2012); (28%), (Durex, 2007), sendo que esta diferença diminui e se aproxima em idades mais jovens (Durex, 2007).

O método contraceptivo escolhido na primeira relação sexual foi maioritariamente o preservativo, seguido da pílula contraceptiva com uma representatividade bastante menor. Quando comparados os géneros são os homens que maioritariamente aderem ao preservativo enquanto as mulheres se identificam mais com a pílula (Matos *et al.*, 2011).

As mudanças a que fomos assistindo nos comportamentos e atitudes face à sexualidade reflectem-se também na utilização de um método contraceptivo na primeira relação sexual, as pessoas com 65 anos ou mais usaram-no oito vezes menos em comparação com os jovens de 16-20 anos, dos indivíduos com 17 anos, 74,7%, utilizaram método contraceptivo na 1ª relação sexual, esta precaução diminui com a idade, apenas 37% dos indivíduos com 13 anos e menos o fizeram. Três quartos dos jovens entre os 16-19 anos escolheram preservativos para sua primeira experiência sexual (Durex, 2007).

A idade é uma variável que interfere positivamente no uso de contraceptivos, quanto mais velhos os adolescentes, maior é a probabilidade de os usarem logo que iniciam a actividade sexual (Campos, 1990).

Quando os adolescentes iniciam a sua actividade sexual, ainda não há um domínio das operações formais. A maturidade dos adolescentes mais velhos permite-lhes, assim, reconhecer melhor a sua responsabilidade e as implicações desta nova acção (Campos, 1990). Muitas vezes a timidez e a falta de intimidade são factores dificultadores na tomada de decisão para o uso do preservativo (Freitas & Dias, 2010).

Na última relação sexual, 74% dos jovens afirmam ter usado um preservativo e 50,1% estavam a usar outro método (com ou sem preservativo); dos que não usaram qualquer método contraceptivo, 29% afirmam que não usaram porque não pensaram

nisso (Vilar & Ferreira, 2008). Matos *et al.*, (2010) obtiveram resultados idênticos com 82,5% dos inquiridos a admitir ter utilizado preservativo na última relação sexual contra 17,5% que não o fizeram.

Assistimos a uma diminuição do uso do preservativo nas relações sexuais posteriores (Durex, 2004, Vilar & Ferreira 2008, Matos *et al.* 2012) a explicação poderá decorrer da segurança que os jovens vão sentindo com a estabilização das suas relações afectivas.

O adolescente edifica a sua sexualidade numa relação de intimidade que se caracteriza por uma descoberta e revelação pessoal mútua, alimentada pelo encantamento entre dois seres que se amam (Campos, 1990). Para Lutte (1988), *cit. por* Campos (1990) o amor é uma característica da adolescência, consequência do seu crescimento psicológico, que lhe permite conhecer-se a si próprio e ao outro e, sobretudo, colocar-se na perspectiva do outro.

O amor é efectivamente uma das razões mais apontadas pelos adolescentes quando questionados sobre as razões subjacentes à tomada de decisão da primeira relação sexual, no entanto, a necessidade de descoberta e experimentação que caracteriza esta etapa do ciclo vital sobressai: 50,2% dizem que o fizeram para experimentar; 47,1% porque estavam muito apaixonados; 28,4% porque já namoravam há muito tempo; 18,9% referem que aconteceu por acaso. Podemos inferir ainda o peso da pressão pois 13,5% afirmaram que o fizeram para que o parceiro não ficasse zangado e 9,8% porque têm um parceiro mais velho. Uma percentagem elevada de adolescentes (68,5%) refere que tem autonomia suficiente para recusar relações sexuais se não for essa a sua vontade (Matos *et al.*, 2012).

Os resultados do estudo de Vilar & Ferreira (2008) concluem que 42% dos jovens afirmam já ter tido relações sexuais (as raparigas ligeiramente mais); Dos que não tiveram 66% dizem que não o fizeram por não terem encontrado o parceiro ideal; 86% das raparigas tiveram a sua 1ª vez com os namorados e 64% dos rapazes com as namoradas e 21% com as amigas; 6,5% dos jovens que tiveram relações sexuais declaram que se sentiram pressionados; 75% afirmam ter sentido satisfação com essa experiência.

Os adolescentes afirmam que a vivência de uma sexualidade plena exige confiança no parceiro, segurança nas atitudes relativas aos relacionamentos e na relação sexual. Na procura do objecto sexual, os adolescentes consideram que se deve ter amor, carinho, intimidade, respeito, entusiasmo e paixão sincera entre os dois (Kelly & Dias 2010, Camargo & Botelho, 2007b).

A maioria dos adolescentes (52%) considera que a decisão sobre a altura ideal para a primeira relação sexual é mútua, quando comparados os géneros (40.1%) dos

rapazes e (30,4%), das raparigas dizem que a decisão cabe ao homem; só (4,5%) dos adolescentes do sexo masculino e (2,3%) do sexo feminino afirmam que cabe à rapariga; (11,3%) das adolescentes afirmam que é por pressão de um deles. A maioria dos mais novos afirma que a iniciativa pertence maioritariamente ao sexo masculino (Matos *et al.*, 2012).

A adolescência é um período em que predominam, no indivíduo, duas necessidades extremamente importantes, o desejo sexual e a intimidade, sendo as relações entre colegas, nomeadamente entre amigos do mesmo sexo, vitais para o desenvolvimento de relacionamentos heterossexuais saudáveis (Harry S. Sullivan (1963), *cit. por* Campos (1990).

A orientação sexual é a preferência do sujeito para estabelecer vínculos eróticos, é uma atracção espontânea e não influenciável que só pode ser conhecida plenamente pelo indivíduo que a vivencia. É importante que a encaremos como uma íntima manifestação da pessoa e que precisa de ser respeitada como um direito inalienável. Toda a pessoa se pode relacionar com qualquer outra, erótica e afectivamente, livre de qualquer constrangimento, com autonomia para reconhecer e exercer os próprios desejos em liberdade e dignidade (Brasil, Ministério da Saúde 2010a).

“A orientação sexual é um trabalho educativo que se expande muito além do fornecimento de informações e conhecimentos sobre saúde reprodutiva. É um processo que envolve o resgate do indivíduo, a promoção da auto-estima e a consciencialização dos riscos vivenciados” (Pereira *et al.*, 2007 p. 31).

No âmbito da orientação sexual Vilar & Ferreira, (2008) obtiveram os seguintes resultados; 95% dos rapazes e 94% das raparigas afirmam que habitualmente se sentem atraídos por pessoas do sexo oposto ao seu; 1,5% dos rapazes e 1,1% das raparigas afirmam que habitualmente se sentem atraídos por pessoas do mesmo sexo; 1,4% dos rapazes e 2,7% das raparigas afirmam que habitualmente se sentem atraídos por pessoas de ambos os sexos; 4,2% dos rapazes sexualmente activos afirmam que a 1ª relação sexual foi com pessoas do mesmo sexo; 3,8% dos jovens afirmam ter tido relações sexuais com pessoas do mesmo sexo.

Matos *et al.*, (2011), numa população universitária chegaram a resultados idênticos no âmbito da orientação sexual: 96% predominantemente heterossexuais, 3% predominantemente homossexuais e 1% bissexuais, com os rapazes em ambos os estudos a referirem uma maior atracção por indivíduos do mesmo sexo.

As fontes de informação sobre a sexualidade a que os adolescentes mais recorrem são os amigos (as) (quase entre os 50% e 70% em todos os temas), a mãe (à volta dos 40% em todos os temas), o(a) namorado(a) entre os 20% e os 30%, (mais risco de gravidez, contracepção, relações amorosas, início da vida sexual), professores cerca

de 30% (Sida, IST, contracepção e violência), o pai só sobre alguns temas gerais, cerca de 30% (aborto, Sida, violência), com profissionais de saúde, 15 a 18% só contracepção e consultas (Vilar & Ferreira, 2008).

Num estudo realizado por Camargo & Botelho, (2007b) a conversa sobre sexualidade, para eles, acontece com facilidade (86,8%). Para 77,8% dos inquiridos, os principais interlocutores são os amigos; e também quase metade (45,5%) declarou que conversa sobre sexualidade com os próprios pais. O namorado ou a namorada também é interlocutor(a) quando o assunto é sexualidade; entre os que namoravam, 83,2% afirmaram conversavam entre si.

No âmbito das fontes de informação os resultados são muito similares para os diferentes estudos consultados. Marinho & Anastácio, (2012) chega a resultados idênticos ressalvando que a preferência por determinadas fontes de informação varia consoante o nível de ensino e com o género a que os adolescentes pertencem.

Questionados sobre atitudes face à sexualidade 80,1% dos jovens consideram o sexo uma parte importante da vida, entendendo que a contracepção integra uma sexualidade responsável (97,6%), sendo, na sua opinião, fácil usar os métodos que reduzem a possibilidade de se contrair uma infecção sexualmente transmissível (88,5%), assumindo que não é uma afronta sugerir ao parceiro o uso de um contraceptivo (91,5%), até porque, sempre que o usam se sentem melhores consigo próprios (74,1%). A análise destes dados permitiu concluir que os jovens têm uma atitude positiva face a estas temáticas, quando comparados os géneros concluiu-se que as raparigas têm uma atitude mais positiva face à contracepção e os rapazes uma atitude mais positiva nas temáticas de cariz sexual (Matos *et al.*, 2011).

Esta atitude positiva revela-se em estudos em que apesar dos inquiridos afirmarem ter tido relações ocasionais (28,5%), dos quais 32% mais do que três vezes, 80% asseguram ter usado o preservativo (Vilar & Ferreira, 2008). No entanto é ainda preocupante a quantidade de jovens que não cumpre este importante preceito, dos jovens com 16-20 anos 24% admitem ter tido relações sexuais desprotegidas e sem conhecerem o percurso sexual do companheiro (Durex, 2004).

Teixeira *et al.*, (2012) e Nelas, (2010) obtiveram resultados positivos no campo de acção das atitudes face à sexualidade com resultados de 46,6% e 43,1% respectivamente para as atitudes favoráveis. De salvaguardar no entanto que foram encontrados pelos autores valores de 40,4% e 36,9% para as atitudes desfavoráveis e 13,0% e 19,3% para atitudes indiferentes, o que nos leva a depreender que é muito superior o número de adolescentes vulneráveis aos riscos que decorrem dos seus comportamentos sexuais.

A formação credível e eficiente no âmbito da sexualidade é primordial. Nelas, (2010) concluiu no seu estudo que as atitudes face à sexualidade se modificaram positivamente após uma intervenção formativa estruturada. A autora afirma que as raparigas apresentam atitudes mais positivas face à sexualidade quando comparadas com os rapazes antes e após acção formativa. Outras variáveis foram identificadas na avaliação do seu estudo; os adolescentes mais jovens, com pouca prática religiosa, que vivem em meio urbano e que já iniciaram a actividade sexual são os que apresentam atitudes mais assertivas face à sexualidade.

Soares *et al.*, (2012), concluem igualmente que as acções formativas realizadas após uma avaliação de necessidades anterior são fundamentais e produzem ganhos efectivos em saúde. No estudo efectuado pelos autores houve um aumento de vigilância de saúde entre os adolescentes de 10,6%, e 10% na utilização do preservativo.

As reflexões feitas ao longo deste capítulo exigem-nos algumas considerações sobre a educação sexual e sobre as perspectivas que os jovens têm sobre a sua importância.

Os adolescentes têm uma percepção positiva sobre a Educação Sexual afirmando que tem por objectivo proporcionar-lhes mais informação (72,6%) ou como sendo o espaço ideal para o esclarecimento das suas dúvidas (42,1%). Confirmam a sua importância e pertinência ao referirem que ficaram esclarecidos nas sessões (48,3%) ou muito esclarecidos (27,2%). Comparados os generosos rapazes saem mais esclarecidos do que as raparigas (Matos *et al.*, 2012).

The Face of Global Sex, (2010) reflecte assim a realidade europeia, uma educação sexual tardia tem um impacto negativo nos conhecimentos e atitudes dos jovens face à sexualidade. Quanto mais cedo se inicia a educação sexual mais profícuos são os seus resultados, os jovens têm uma atitude mais saudável face à sexualidade, preservam por mais tempo a sua virgindade, tornando-se sexualmente activos mais tarde. Resultados idênticos obtiveram os inúmeros estudos feitos neste âmbito. Os jovens austríacos, que iniciam sua educação sexual muito cedo, têm uma atitude mais positiva face à sexualidade e mais práticas de sexo seguro do que os do sul e leste da Europa onde a educação sexual é mais pobre e menos estruturada.

Em ambos os sexos, os jovens com níveis elevados de educação sexual referem menos vezes que se sentiram pressionados no início das relações sexuais. Em ambos os sexos, os jovens com níveis elevados de educação sexual referem menos vezes que sentiram medo no início das relações sexuais. Nas raparigas níveis elevados de educação sexual estão associados a níveis mais intensos de satisfação e de excitação na vivência das relações sexuais. Educação sexual e comportamentos preventivos; em ambos os sexos, a percentagem dos que falaram sobre as formas de evitar uma

gravidez, antes de iniciarem relações sexuais, é mais alta nos jovens com níveis elevados de educação sexual. Existe uma associação entre níveis elevados de educação sexual e o uso mais frequente do preservativo nas primeiras relações e actualmente. (Vilar & Ferreira, 2008).

No que se refere à informação e à capacidade de distinguir a realidade da ficção no campo da sexualidade o estudo (Durex, 2010) identificou os cinco mitos mais populares:

- 1) *Uma mulher não pode engravidar na primeira relação sexual;* os jovens turcos são os mais equivocados com 25% das respostas favoráveis, ao invés os polacos e húngaros são os mais informados com 93% das respostas desfavoráveis.
- 2) *O uso de preservativos não é necessário quando conhecemos o parceiro;* uma vez mais os turcos, com 43% pensam assim, referindo que as relações sexuais sem preservativo são mais gratificantes. Britânicos e espanhóis referem o contrário mas em percentagens ainda preocupantes 40% e 30% respectivamente.
- 3) *Podem contrair-se Infecções Sexualmente Transmissíveis nas casas de banho públicas;* 44% dos jovens turcos ainda pensam que sim, os franceses são os mais informados, 82% têm a certeza de que esta não é uma forma de transmissão.
- 4) *As Infecções Sexualmente Transmissíveis não se contraem através de relações sexuais desprotegidas entre homem e mulher;* 10% dos turcos ainda concordaram, seguidos de 4% dos italianos e húngaros. Nos restantes países 97% dos jovens têm a noção de que este é um grande risco.
- 5) *As Infecções Sexualmente Transmissíveis não se contraem através de relações sexuais desprotegidas entre homens;* na Turquia, 44% dos jovens concordam com esta afirmação. Os holandeses mostraram-se os mais informados com 95% das respostas a contrariar a afirmação.

As conclusões finais do The Face of Global Sex, (2010) referem que há diferenças notáveis nos conhecimentos e atitudes dos jovens europeus sobre sexualidade.

O relatório final revela que detêm um maior conhecimento e uma atitude mental mais positiva em relação sexo e relações interpessoais as pessoas do sexo feminino, que vivem na Europa Ocidental, sem compromisso ou com namoro estável, que não têm uma longa lista de parceiros sexuais e que tiveram uma Educação Sexual precoce e bem estruturada. Ao invés os que demonstram menos conhecimentos e uma atitude mental

menos positiva e por isso com maior vulnerabilidade, são as pessoas do sexo masculino, que vivem no Leste da Europa, casados mas que tiveram um número elevado de parceiros sexuais no passado e com uma tardia, ineficiente ou inexistente Educação Sexual.

O relatório revela ainda que os jovens turcos e húngaros são os que detêm menos conhecimentos tal como outros países do leste que revelam lacunas semelhantes. Infere que o erro começa nas fontes de informação uma vez que 40% dos jovens turcos e da Europa de leste têm a Internet como principal fonte de informação, fonte que os investigadores consideram notoriamente pouco confiável.

A Educação Sexual não está a ser eficiente em muitos países da Europa, apesar de leis bem estruturadas a sua implementação não é conseguida, os objectivos não são conseguidos. A percepção sobre a importância da escola no âmbito desta educação também difere; mais de dois terços dos jovens turcos e búlgaros não reconhecem autoridade ao professor na formação sexual ao contrário dos jovens da Europa Ocidental em que a escola e o professor estão no topo das fontes de informação. Na Bélgica, por exemplo, mais de um terço dos adolescentes têm nos professores a sua principal fonte de informação sobre sexo. No Ocidente, os pais têm um papel importante no desenvolvimento da sexualidade dos seus filhos, no Oriente os padrões educacionais e culturais fomentam a vergonha e o embaraço recíprocos pelo que o diálogo entre pais e filhos sobre questões de sexualidade é impensável, à excepção da Hungria onde 31% dos adolescentes referem os pais como importante fonte de informação sobre sexualidade.

Os adolescentes dos nossos dias têm uma enorme facilidade no acesso à informação parece, no entanto, existir um desajustamento entre a informação que possuem e a adopção de atitudes positivas e promotoras de uma saúde sexual e reprodutiva de excelência (Nelas, 2010).

As intervenções formativas escoam os seus objectivos se não forem sensíveis aos reais desejos e anseios dos adolescentes e se não privilegiarem, na sua estruturação, os resultados dos inúmeros estudos realizados nesta área salvaguardando elementos tão importantes como a área de residência, rendimento económico e formação académica dos progenitores, as diferenças etárias e de género.

A adesão dos adolescentes a práticas de saúde é relevante não só do ponto de vista do bem-estar físico e psicológico, mas também pelo efeito de modelagem que os seus comportamentos poderão ter nos outros jovens e, mais tarde, nos estilos de vida adoptados enquanto adultos. Muito do que o indivíduo é, pensa e faz foi aprendido ou sedimentado na segunda década da vida (Gaspar *et al.* 2006).

Compreender atitudes e valores é por isso fundamental para planejar iniciativas no campo da prevenção e da promoção da saúde, interferindo também nas directrizes e no desenho das políticas públicas no campo da educação, e nas iniciativas de protecção e promoção de direitos.

4. POLÍTICAS EDUCATIVAS NO ÂMBITO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DO ADOLESCENTE

As políticas educativas no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva do adolescente têm a sua génese e entroncam num longo e moroso percurso que a comunidade internacional encetou, com o objectivo de promover um crescimento e um desenvolvimento populacional global em que a responsabilidade política, civil e individual têm um papel fundamental.

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, muitos países assumiram o compromisso de investir na promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, reconhecendo-a como factor fulcral e gerador de desenvolvimento dos cidadãos, das famílias e dos países (DGS, 2012). A conferência foi um marco na orientação da política internacional ao introduzir um novo paradigma à temática do desenvolvimento populacional, deslocando a questão demográfica para o círculo das questões relativas aos direitos reprodutivos e ao desenvolvimento que a sua promoção iria fomentar (Linhares, cit in. Piovesan, 2012)

A activa participação do movimento internacional de mulheres, nas fases preparatórias e durante a própria conferência, permitiu a legitimação da noção de direitos reprodutivos, apontando para a necessidade de amplos programas de saúde nesta campo de acção. A Conferência do Cairo foi, ainda, inovadora no ênfase que deu à responsabilização masculina no âmbito da procriação e da contracepção (Linhares, cit in. Piovesan, 2012).

Em Beijing, 1995, foi realizada a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Desenvolvimento e Paz, que incorporou as agendas das Conferências de Direitos Humanos (1993), de População e Desenvolvimento (1994) e da Cúpula de Desenvolvimento Social (1995), avançando e firmando, de modo definitivo, a noção de que os direitos das mulheres são direitos humanos; a noção de saúde e direitos reprodutivos, bem como o reconhecimento de direitos sexuais. (Linhares, cit in. Piovesan, 2012).

Deste movimento internacional emergiram orientações fundamentais como: a identificação dos estádios criança e adolescente, etapas do desenvolvimento com estatutos e direitos próprios; a supressão das discriminações em função do sexo e a necessidade de implementação de políticas educativas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Esta união de esforços e vontades revelou-se fundamental no crescimento e aperfeiçoamento de parâmetros que, apesar de estarem longe dos objectivos que se

delinearam, começam a dar mostras de reorganizações e transformações significativas e importantes.

Nesta ótica, é fundamental o direito ao acesso à informação, utilizando todos os meios e recursos seguros, disponíveis e acessíveis, incluindo-se, aqui, o direito ao progresso científico e o direito de receber educação sexual. Na mesma ótica, o direito ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva e sexual, tendo em vista a saúde não como mera ausência de enfermidades e doenças, mas como a capacidade de desfrutar de uma vida sexual segura e satisfatória e reproduzir-se com a liberdade de fazê-lo ou não, quando e com que frequência, é a trave mestra de toda a edificação que se pretende no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

O grande desafio para uma política de atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens é, justamente, a implementação de acções que atendam às suas especificidades globais, respondendo às necessidades colocadas pelas condições decorrentes das suas distintas situações de vida. Estas acções devem considerar as desigualdades de género, baseadas na etnia, na orientação sexual e na classe social, contribuindo para a sua superação. É fundamental, ainda, considerar as diferenças culturais e as desigualdades socioeconómicas, bem como o seu impacto na situação de saúde e, na organização das acções (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

A Saúde Sexual e Reprodutiva, que ocupa um lugar importante na construção da igualdade de género e na construção de autonomia dos adolescentes e jovens, é um princípio fundamental na formação de pessoas saudáveis e responsáveis. É, por isso, essencial a produção do conhecimento sobre a saúde e a sexualidade do adolescente, de forma a oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos que orientem a implementação de acções voltadas à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

Portugal não se subtaiu às suas responsabilidades no que se refere às políticas educativas deste âmbito, a explanação que se segue mostra o empenhamento e o esforço conjunto das diversas estruturas, governamentais, técnicas e civis, no projecto e implementação de orientações facilitadoras da consecução dos desafios e objectivos propostos pela comunidade internacional.

Na abordagem desta temática considerámos importante espelhar o contexto antes e pós a Revolução de 25 de Abril de 1974.

No período anterior ao 25 de Abril a primeira tentativa de implementação da educação sexual é da responsabilidade do Ministério da Educação materializada por um despacho ministerial de Veiga Simão, em 1971, que criava uma comissão interministerial, composta por profissionais de saúde e eclesiásticos, responsável pelo estudo da educação e sexualidade.

Numa visão revolucionária para a época, o relatório elaborado pela comissão propunha:

- *“(...) uma compreensão alargada do conceito da sexualidade, não a reduzindo aos comportamentos genitais, e que afecta «o estar no mundo enquanto homem ou mulher;*
- *Considera que a sexualidade não pode ser vista de uma forma estática, mas dinâmica e culturalmente modelada;*
- *Afirma que na compreensão da sexualidade humana têm ainda particular importância dimensões como o desejo, a abertura à comunicação com outrem e que é experimentada como fonte de prazer de expressão do amor”.* (Vaz, 1996, p.55).

A atitude revolucionária custou caro, a Comissão não resistiu às pressões do contexto político e social da época e foi extinta em 1973 sem nunca ser publicado nenhum dos seus trabalhos.

A Revolução de 25 de Abril de 1974 foi responsável por significativas mudanças políticas e sociais no país que se reflectiram, como é óbvio, na educação. No entanto, o contexto educacional e as necessidades neste sector eram de tal monta, tínhamos uma elevadíssima percentagem de analfabetismo que, num país com elevadas taxas de mortalidade infantil, infecções sexualmente transmissíveis, aborto clandestino e gravidez na adolescência, a educação no âmbito da saúde sexual e reprodutiva não foi uma prioridade.

O primeiro documento legal nesta área é publicado dez anos após a revolução, foi a Lei nº 3/84 publicada a 24 de Março e tinha como principal objectivo, regulamentar a educação sexual e planeamento familiar. Foi um marco de grande importância, um despertar para a atenção que nos deveria suscitar estas problemáticas.

Esta lei determina que o Estado garante o direito à Educação Sexual, como componente do direito fundamental à Educação (Art.1º) incluindo, nos programas escolares, (...) *de acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humanas devendo contribuir para a superação das discriminações em função do sexo e da divisão tradicional de funções entre mulher e homem (Art. 2).* Para a consecução dos objectivos a que se propõe estipula-se que seja dada (...) *particular atenção à formação inicial e permanente dos docentes, de forma a dotá-los do conhecimento e da compreensão da problemática da educação sexual (...) sendo criadas (...) condições adequadas de apoio aos pais no que diz respeito à educação sexual dos seus filhos (Art. 2º).*

É uma lei essencial que considera aspectos fundamentais intervenientes no processo de formação da sexualidade do indivíduo como sejam, a comunidade, aqui directamente representada pela escola e indirectamente por um tecido social mais alargado sujeito à construção de conhecimento veiculado por esta, e a família, célula

primária de educação, salientando a importância da formação destes vectores de maneira a produzirem formação efectiva e eficiente.

Estão subjacentes a esta Lei objectivos basilares no desenvolvimento do ser humano: a discriminação baseada no sexo e na divisão de funções de trabalho entre homens e mulheres e a diminuição do número elevado e indesejável do aborto clandestino, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis.

A Portaria 52/85, publicada a 26 de Janeiro de 1985, regulamenta a Lei 3/84 no tocante ao planeamento familiar e é especialmente destinada aos serviços de saúde. Ao definir as competências dos serviços e a necessidade de organizar programas de informação/educação sexual, esta legislação foi o ponto de partida subjacente a muitos projectos de articulação entre o sector da Saúde e da Educação neste campo de acção.

Em 1986 foram publicados:

- O Despacho 9/ME/86 que pretende garantir uma uniformização nas acções educativas promovendo a articulação das acções de educação sexual promovidas pela escola com aquelas que são da responsabilidade de serviços e organizações externas. Este Despacho determina que a realização deste tipo de acções exija uma articulação prévia entre a entidade que pretende realizar a acção, o Conselho Directivo da escola, a Associação de Pais e a Inspeção-Geral do Ensino.

- A Lei nº 46/86, Lei de Bases do Sistema Educativo que determina o direito à educação subsidiada pela *garantia de uma permanente acção formativa orientada para favorecer o desenvolvimento global da personalidade, o progresso social e a democratização da sociedade (Art. 1).*

Nesta vertente global da educação do indivíduo, da promoção da cidadania incluem-se a educação para a saúde e a educação sexual como consta do ponto n.º 2 do artigo 47º:

Os planos curriculares do ensino básico incluirão, em todos os ciclos e de forma adequada, uma área de formação pessoal e social, que pode ter como componentes a educação ecológica, a educação do consumidor, a educação familiar, a educação sexual, a prevenção de acidentes, a educação para a saúde, a educação para a participação das instituições, serviços cívicos e outros do mesmo âmbito.

Uma vez mais a legislação remete para a importância da educação e formação global como dimensão para a construção da cidadania, sendo a escola um dos vectores fundamentais no fomento de uma atitude responsável e proactiva necessária à construção e defesa de uma vida de qualidade. Este contributo poderia ser ministrado de forma menos formal na disciplina de «Desenvolvimento Pessoal e Social» criada pelo Dec. Lei nº 283/89, publicado na sequência da Lei de Bases do Sistema Educativo. Esta

disciplina é opcional em relação à disciplina de «Educação Moral e Religiosa», e tem a duração de uma hora semanal.

A Lei nº 48/90, Lei de Bases da Saúde, publicada em 24 de Agosto, defende na sua política de saúde (...) *a promoção da saúde e a prevenção da doença (...) como (...) prioridades no planeamento das actividades do Estado*; mencionando (...) *medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes e incentivando a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual e responsabilizando o cidadão pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover.*

A tónica desta lei é a promoção da saúde, crianças e adolescentes integram os grupos com vulnerabilidades decorrentes das suas especificidades, tem uma evidente componente gregária que remete para a construção conjunta de um propósito em que o papel dos profissionais é apenas de avaliação e orientação e, pela primeira vez, integra o cidadão como actor principal no seu projecto de vida responsabilizando-o pela saúde própria e pela colectiva.

O despacho n.º 172/ME/93 visava a criação de um Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES), subjacente às recomendações da Comissão das Comunidades na Resolução do Conselho de Ministros da Educação de 23 de Novembro de 1988.

O PPES tinha como objectivo geral o desenvolvimento de um conjunto de acções em parceria com todos os actores sociais escolas, famílias, instituições, serviços de saúde e a comunidade em geral.

Os projectos desenvolvidos foram: *Prevenção da infecção pelo VIH/SIDA na comunidade escolar – Aprender a prevenir; Projecto de Educação Sexual e Promoção da Saúde nas escolas – Um Projecto experimental; Projecto-piloto de Prevenção Específica de Toxicodependências e um Programa de Promoção de Competências Sociais.*

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/98 nasceu da necessidade de se dar cabal cumprimento aos princípios consignados na Lei nº 3/84, de 24 de Março, após a realização do referendo para a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, bem como da necessidade de se concentrarem esforços para o acompanhamento eficaz de franjas da população mais vulneráveis. Esta consciência levou o governo a decidir *identificar as acções já em curso, com o objectivo de as potenciar e desenvolver, numa perspectiva de articulação e cooperação intersectorial.* Criou então uma comissão interministerial, composta por representantes dos Ministérios da Justiça, da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade e da Secretaria de Estado da Juventude, que

tinha por finalidade apresentar no seu relatório um plano de acção integrado para a educação sexual e planeamento familiar.

Nesse documento, a Educação Sexual é entendida como (...) “uma componente essencial da educação e da promoção da saúde” (p.4), sendo por isso assumido como necessário reforçar a concretização e aplicação das leis vigentes, através da articulação das intervenções dos vários Ministérios, com vista a atingir os objectivos considerados prioritários:

- *Promover a saúde sexual e reprodutiva, tendo como alvo prioritário os adolescentes e as populações especialmente vulneráveis;*
- *Proporcionar condições para a aquisição de conhecimentos na vertente da educação sexual que contribuam para uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e logo mais responsável da sexualidade;*
- *Estimular o desenvolvimento de referências éticas, de atitudes, de afectos e de valores na família, na escola e na sociedade; criar condições que permitam desenvolver as capacidades de cada cidadão para perceber e lidar com a sexualidade na base do respeito por si próprio e pelos outros e num clima de aceitação dos valores da tolerância, da não discriminação e da não-violência, de abertura à diversidade e da capacidade crítica de debate e da experiência de responsabilidade e autonomia;*
- *Promover as capacidades individuais que ajudem a construir uma consciência clara da importância da tomada de decisão, de recusa de comportamento não desejado e do conhecimento dos recursos para apoio quando este for considerado necessário;*
- *Criar condições para a gravidez planeada em que os factores de risco sejam atenuados, ou mesmo anulados através da melhoria da qualidade de prestações e cuidados de Saúde;*
- *Valorizar as actividades de educação e informação dirigidas a crianças e adolescentes facilitando condições adequadas para que estas tenham lugar;*
- *Rentabilizar e aumentar, a nível regional e local, a oferta/cobertura de cuidados apropriados em saúde sexual e reprodutiva nomeadamente em planeamento familiar e saúde materna, particularmente nas áreas mais carenciadas. (Relatório Interministerial para a Elaboração de um Plano de Acção em Educação Sexual e Planeamento Familiar; p. 19-20).*

O relatório define algumas vias de inclusão da Educação Sexual no quotidiano escolar, por via curricular e extra-curricular, apelando à articulação inter-institucional e à rentabilização dos recursos de vários Ministérios.

Apesar de toda a legislação veiculada e das mais-valias subjacentes à sua implementação, a realidade evidencia a necessidade de se continuar a investir na educação para a saúde assim, no dia 2 de Novembro foi publicado no Diário da República nº 253 a Resolução da Assembleia da República n.º 51/98 no âmbito da Educação Sexual e Planeamento Familiar que recomenda ao Governo: *a regulamentação do artigo 2º da Lei nº3/84, (...) considerando que os trabalhos da comissão de estudo para a introdução da educação sexual nos currículos escolares (...) não tiveram continuidade e recomendando (...) o recurso aos meios de comunicação social, particularmente ao serviço público de televisão, como suportes de uma ampla campanha nacional informativa sobre esta matéria, envolvendo ainda entidades públicas e privadas. Recomenda a criação e implementação de programas especiais conjuntos dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade para grupos de risco na qual se insere a organização de consultas próprias de ginecologia e obstetrícia nos centros de saúde e hospitais para adolescentes, prevê também a efectiva gratuitidade das consultas sobre planeamento familiar e dos meios contraceptivos que no âmbito das mesmas venham a ser prescritos.*

Em 1998 numa parceria dos Ministérios da Educação e da Saúde é publicado Despacho Conjunto n.º 271/98 que assume o compromisso de fomentar o desenvolvimento do processo de alargamento da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde garantindo que as escolas ou agrupamentos de escolas e os centros de saúde assumam responsabilidades complementares na promoção da saúde da comunidade educativa alargada. As acções de intervenção prioritárias estavam integradas nas seguintes áreas: alimentação, saúde oral, sexualidade, segurança, vacinação (hepatite B), uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas, e HIV/Sida.

O Despacho n.º12 782/98, publicado pelo Ministério da Saúde, foi um marco importante na legislação referente à saúde reprodutiva e educação sexual, reforça a importância das actividades no âmbito do planeamento familiar criando uma equipa multiprofissional que desempenha funções específicas nesta área no funcionamento de consultas de planeamento familiar em todos os hospitais que dispunham serviços de ginecologia/obstetrícia.

Portaria n.º370-A/98 (2ª série), consciente das lacunas ainda existentes na informação no âmbito da educação sexual e do planeamento familiar o governo responsabiliza o Instituto Português da Juventude pela *instituição de uma linha telefónica, a que todos os jovens possam aceder facilmente e que dê resposta às muitas questões que enfrentam relacionadas com a educação sexual e o planeamento familiar.*

A linha telefónica de ajuda SEXUALIDADE EM LINHA, privilegia a informação, esclarecimento, orientação e encaminhamento na área da Saúde Sexual e Reprodutiva

nasceu de um protocolo celebrado a 01 de Junho de 1998, entre o Instituto Português da Juventude e a Associação para o Planeamento da Família, numa tentativa de minimizar as lacunas existentes ao nível da Sexualidade Juvenil (Portal da Juventude).

A Resolução de Conselho de Ministro n.º 7/99, aprova *uma política de família com carácter global e integrado e prevê nos seus anexos; melhorar as condições de saúde com reforço da prevenção (...) realizar acções colectivas de prevenção e de educação para a saúde (...), reforçar as campanhas de informação sobre a prevenção das doenças infecto-contagiosas (...), incrementar e apoiar a acessibilidade, por parte dos adolescentes e jovens, às consultas e serviços de saúde reprodutiva, nomeadamente planeamento familiar, sejam estes prestados no âmbito da medicina familiar, nos centros de atendimento de jovens estatais ou de organizações não governamentais, assim como valorizar a articulação interinstitucional e multiprofissional, flexibilizar os horários de atendimento abrangendo horários pós-laborais (...), publicar a carta dos direitos sexuais e reprodutivos, promover a reflexão e discussão na sociedade, assim como a organização de debates, sobre direitos sexuais e reprodutivos, com base na referida carta.*

A Lei n.º 120/99, reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva, visa conceder maior eficácia aos dispositivos legais *que garantam a promoção a uma vida sexual e reprodutiva saudável, mais gratificante e responsável, consagrando medidas no âmbito da educação sexual, do reforço do acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis, designadamente as transmitidas pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C (Art.1).*

No âmbito da educação sexual determina que no (...) *ensino básico e secundário será implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana (...) será proporcionada adequada informação sobre a sexualidade humana, o aparelho reprodutivo e a fisiologia da reprodução, sida e outras doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e o planeamento da família, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades e a igualdade entre os géneros que (...) deverá adequar-se aos diferentes níveis etários, consideradas as suas especificidades biológicas, psicológicas e sociais, e envolvendo os agentes educativos (Art.2).*

A Lei prevê (...) *a criação de um gabinete de apoio aos alunos, que (...) realizará acções diversas para promoção da educação para a saúde, particularmente sobre sexualidade humana e saúde reprodutiva, em articulação com os serviços de saúde. Considerando a importância do uso do preservativo na prevenção de muitas das doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente a sida, será disponibilizado o acesso a preservativos (...) em todos os estabelecimentos do ensino superior e nos*

estabelecimentos de ensino secundário, por decisão dos órgãos directivos ouvidas as respectivas associações de pais e de alunos (Art.3).

Despacho n.º 15 587/99 (2.ª série), propõe a criação da Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (CCPES) com o objectivo de garantir continuidade e conferir carácter estrutural e permanente à promoção e educação para a saúde. O documento visava:

- *Promover a saúde global da população escolar, em particular a saúde mental, dando especial atenção às relações intra e interpessoais, privilegiando a educação sexual e a prevenção do alcoolismo;*
- *Promover o recurso a técnicas de diagnóstico e a metodologias e dinâmicas inovadoras na promoção da saúde;*
- *Promover a qualidade do trabalho na rede de escolas promotoras de saúde e o seu alargamento, com vista à elevação do nível de saúde da população escolar;*
- *Coordenar as acções a desenvolver no âmbito da parceria entre as estruturais da educação e da saúde;*
- *Fomentar a formação específica dos intervenientes na promoção da saúde, centrada na resolução de problemas designadamente através da troca de experiências entre escolas e outros parceiros envolvidos.*

Decreto-Lei 259/2000, regulamenta a Lei n.º 120/99, reforçando as garantias *do direito à saúde reprodutiva, fixando condições de promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar.* O diploma incorpora matérias referentes à organização da vida escolar, com especial relevância para a intervenção dos serviços especializados de apoio educativo das escolas, à organização curricular, favorecendo uma abordagem integrada e transversal da educação sexual, ao envolvimento dos alunos e dos encarregados de educação e das respectivas associações e à formação de professores.

Regulamenta a organização curricular dos ensinos básico e secundário determinando a obrigatoriedade da (...) *abordagem da promoção da saúde sexual e da sexualidade humana, quer numa perspectiva interdisciplinar, quer integrada em disciplinas curriculares cujos programas incluem a temática; (...) a articulação escola-família. (...) fomentar a participação da comunidade escolar e dinamizar parcerias com entidades externas à escola, nomeadamente com o centro de saúde da respectiva área (Art.1).*

Os adolescentes são considerados grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, devendo (...) ser tomadas medidas que permitam adequar e melhorar as condições de acesso e

atendimento dos adolescentes nos centros de saúde e hospitais, quer sejam do sexo feminino quer sejam do sexo masculino (Art.3).

Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras, editado conjuntamente pelos Ministérios da Educação e da Saúde, em 2000.

O incremento da educação sexual passa pela conjugação de quatro vectores essenciais:

- *Formação dos agentes educativos (educadores, professores, profissionais de saúde, psicólogos escolares, auxiliares da acção educativa...) no sentido de serem capazes de agir de forma adequada e coerente face às dúvidas e manifestações das crianças e jovens relativas à sua sexualidade;*
- *Abordagem pedagógica de temas da sexualidade humana, feita em contextos curriculares e extracurriculares, numa lógica interdisciplinar, privilegiando o espaço turma e as diferentes necessidades das crianças e dos jovens;*
- *Apoio às famílias na educação sexual das crianças e dos jovens, nomeadamente através do seu envolvimento no processo de ensino/aprendizagem e/ou promoção de actividades específicas de formação dirigidas aos encarregados de educação ou dinamizadas por eles;*
- *Estabelecimento de mecanismos de apoio individualizado e específico às crianças e jovens que dele necessitarem, através da criação e manutenção de parcerias no interior da escola e com outros serviços da comunidade, nomeadamente os serviços de saúde – materializadas, por exemplo, no funcionamento adequado do atendimento nos Serviços de Psicologia e Orientação nas escolas e no estabelecimento de formas de articulação estreita e dinâmica destes com os centros de saúde respectivos (Portal da Saúde).*

Os valores essenciais que, em termos de política educativa e intervenção profissional, devem orientar a educação sexual nas escolas são:

- *O reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspectos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual;*
- *O reconhecimento de que a sexualidade é uma fonte potencial de vida, de prazer e de comunicação e uma componente da realização pessoal e das relações interpessoais;*
- *O reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afectivo e amoroso na vivência da sexualidade;*
- *O respeito pelo direito à diferença e pela pessoa do outro, nomeadamente os seus valores, a sua orientação sexual e as suas características físicas;*
- *A promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres;*

- *A promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, nas esferas sexual e reprodutiva;*
- *O reconhecimento do direito à maternidade e à paternidade livres, conscientes e responsáveis;*
- *O reconhecimento das diferentes expressões da sexualidade ao longo do ciclo da vida;*
- *A recusa de expressões de sexualidade que envolvam violência ou coacção, ou relações pessoais de dominação e de exploração (Portal da Saúde).*

Os principais objectivos da educação sexual nas escolas são:

Decorrente do conjunto de valores, considera-se como grande objectivo da educação sexual contribuir - ainda que parcialmente - para uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e mais responsável da sexualidade.

No domínio dos conhecimentos, a educação sexual pode contribuir para um maior e melhor conhecimento dos factos e componentes que integram a vivência da sexualidade, nomeadamente:

- *As várias dimensões da sexualidade;*
- *A diversidade dos comportamentos sexuais ao longo da vida e das características individuais;*
- *Os mecanismos da resposta sexual, da reprodução, da contracepção e da prática de sexo seguro;*
- *As ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando a sexualidade, o amor, a reprodução e as relações entre os sexos ao longo da história e nas diferentes culturas;*
- *Os problemas de saúde - e as formas de prevenção - ligados à expressão da sexualidade, em particular as gravidezes não desejadas, as infecções de transmissão sexual, os abusos e a violência sexuais;*
- *Os direitos, a legislação, os apoios e recursos disponíveis na prevenção, acompanhamento e tratamento destes problemas.*

Na esfera das atitudes, a educação sexual pode contribuir para:

- *Uma aceitação positiva e confortável do corpo sexuado, do prazer e da afectividade;*
- *Uma atitude não sexista;*
- *Uma atitude não discriminatória face às diferentes expressões e orientações sexuais;*
- *Uma atitude preventiva face à doença e promotora do bem-estar e da saúde.*

O terceiro conjunto de objectivos situa-se no domínio das competências individuais, nomeadamente:

- *No desenvolvimento das competências para tomar decisões responsáveis;*
- *No desenvolvimento das competências para recusar comportamentos não desejados ou que violem a dignidade e os direitos pessoais;*
- *No desenvolvimento das competências de comunicação;*
- *Na aquisição e utilização de um vocabulário adequado;*
- *Na utilização, quando necessário, de meios seguros e eficazes de contraceção e de prevenção do contágio de infecções de transmissão sexual;*
- *No desenvolvimento de competências para pedir ajuda e saber recorrer a apoios, quando necessário (Portal da Saúde).*

É inquestionável a importância da família na educação sexual das crianças e dos jovens; a vivência da sexualidade é um dos elementos do processo de desenvolvimento global da pessoa, no qual a família, como se sabe, é o primeiro e um dos principais agentes.

Neste contexto, a articulação escola-famílias é imprescindível e cumpre, pelo menos, os seguintes objectivos:

- *Garantir e promover a participação das famílias no processo educativo dos seus filhos e educandos;*
- *Encontrar formas de rentabilização e de continuidade das intenções educativas da escola no âmbito da sexualidade;*
- *Valorizar as iniciativas de pais – organizados ou não em associação – neste domínio, por exemplo, a realização de encontros, debates e cursos;*
- *Impedir ou evitar que, em torno das actividades de educação sexual explícita, desenvolvida na escola, se criem entendimentos ou receios infundados acerca da finalidade e dos efeitos dessas actividades (Portal da Saúde).*

Despacho Conjunto n.º 734/2000, *determina que os Ministérios da Educação e da Saúde mantenham a parceria para fomentar o desenvolvimento sustentado do processo de alargamento da rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), garantindo que as escolas ou agrupamentos de escolas e os centros de saúde assumam responsabilidades complementares na promoção da saúde da comunidade educativa alargada. Sendo cometidas competências ao Programa de Promoção e Educação para a Saúde e à Direcção-Geral da Saúde para a definição de modelos de intervenção adequados à partilha funcional de responsabilidades de molde a serem potenciados os recursos disponíveis e a serem mobilizados outros parceiros, articulando as acções de nível local e regional, no respeito pela autonomia e competências dos diversos intervenientes.*

Parecer nº6/2005 Perante o amplo debate registado na sociedade portuguesa, e face à polémica que tem envolvido a discussão em torno de um programa e de materiais

curriculares, a Ministra da Educação solicitou um parecer «sobre o modelo de Educação Sexual nas escolas, em vigor desde o ano de 2000».

O Conselho Nacional de Educação (CNE) entende que:

A Educação Sexual em meio escolar não pode posicionar-se em relação a qualquer atitude e quadro de valores que não sejam consensuais, pois o que está em causa é o desenvolvimento psico-afectivo da criança, jovem e adolescente, a auto-estima, o respeito pelos outros, o envolvimento pessoal, o lado dos afectos, do prazer, das emoções, da alegria, da angústia. Sendo transversal à vida, a sexualidade é uma área aberta ao pensar, ao diálogo e ao questionamento que integra a formação pessoal, social e moral. Daí que o modelo curricular mais congruente seja o da transdisciplinaridade, sem que exista um compromisso da escola em seguir um modelo impositivo, mas compreensivo.

Assim distingue dois processos curriculares no âmbito da Educação Sexual:

(...) a informação científica que é dada no contexto das áreas de conhecimento; a formação valorativa com incidência em afectos, sentimentos, atitudes que se inscrevem numa dimensão ética.

Na apreciação que faz sobre a Educação Sexual em meio escolar, o CNE reconhece:

- (...) a complexidade da temática, entendendo (...) que não é possível reduzir a Educação para a Sexualidade à componente cognitiva, pois dela fazem parte valores, afectos, atitudes, comportamentos e saberes.
- Tendo em conta a multiplicidade de aspectos e o reconhecimento de valores (...) deve ser dada particular atenção às singularidades e às condições de diversidade e multiculturalidade em termos de contextos de formação educativa do aluno (...).
- A Educação Sexual, por mais diversos que sejam os modelos curriculares, exige em meio escolar a diversificação de metodologias, com ênfase para a educação entre pares.

Determina como linhas de acção:

- Articular o quadro normativo que implementa a Educação Sexual nas escolas dos ensinos básico e secundário, de modo que as escolas sejam responsabilizadas pela elaboração, realização e avaliação dos projectos educativos e dos projectos curriculares, que contemplem a dinamização de actividades relativas à Educação Sexual (...)
- Homologar as orientações curriculares das áreas curriculares não disciplinares, podendo integrar a Educação Sexual, como eixo temático a tratar, obrigatoriamente, pelas escolas.

- Repensar, numa acção concertada com outros ministérios (com destaque para o Ministério da Saúde), a dinamização de projectos e experiências pedagógicas (...) tendo a participação ampla de outros protagonistas (...).
- Valorizar o papel das famílias na implementação da Educação Sexual em meio escolar.
- Aperfeiçoar o modelo transdisciplinar da Educação Sexual, desde que existam orientações para a integração desta área de Formação Pessoal e Social nas actividades curriculares.

Despacho n.º 19 737/2005 (2.ª Série). Este despacho criou um grupo de trabalho no âmbito do Ministério da Educação com o objectivo de estudar e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspectiva da promoção da saúde escolar. Os motivos subjacentes à sua instituição foram as dificuldades na aplicação nas escolas das linhas orientadoras da educação sexual e a sensibilidade com que as temáticas em apreço eram acolhidas na opinião pública, requerendo que a definição dos modelos de aplicação e a efectivação de uma educação sexual em meio escolar fossem alicerçadas nas orientações de um conjunto de especialistas nestas matérias.

O Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) elaborou dois relatórios: O Relatório preliminar datado de 31 de Outubro de 2005 e o Relatório final datado de 7 de Setembro de 2007

Na síntese e conclusões do Relatório final, o grupo de trabalho:

- (...) *reafirma a importância da Promoção e Educação para a Saúde nas escolas do 1.º ao 12.º ano de escolaridade,*
- *A Educação para a Saúde deve ser (...) obrigatória em todos os estabelecimentos de ensino, e integrar o Projecto Educativo da escola. (...) recomenda-se que os projectos integrem quatro áreas fundamentais: Alimentação e Actividade Física; Consumo de substâncias psico-activas, tabaco, álcool e drogas; Sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis, com relevância para a prevenção da SIDA; Violência em meio escolar /Saúde Mental.*
- (...) *a Educação Sexual deve existir em todas as escolas em articulação com as estruturas de Saúde. Deverá ser abordada de acordo com as idades dos alunos, e através de acções com continuidade, organizadas segundo a metodologia de projecto.*
- (...) *propõe um programa mínimo e obrigatório de Educação Sexual (...) A avaliação dos conhecimentos é obrigatória.*

- *As acções (...) devem ser dinamizadas por um Professor Coordenador (...) A colaboração com as estruturas de saúde é definida como fundamental, devendo ser garantida pelo Ministério da Saúde (...)*
- *A participação activa dos estudantes (...) e colaboração dos encarregados de educação são essenciais (...)*
- *Às organizações não governamentais com trabalho no âmbito dos jovens (...) deverá ser dada a possibilidade de participação em concursos públicos (...) organizados pelos Ministérios da Educação e da Saúde.*
- *Terminado o mandato do GTES (...) compete às estruturas do Ministério da Educação em articulação como ministério da Saúde a reafirmação de uma política coerente (...) e a execução continuada das medidas propostas neste relatório.*

Os trabalhos desenvolvidos pelos GTES foram de crucial importância o país, como pudemos observar pela exposição feita ao longo do capítulo, não estava a descoberto de muita e boa legislação no campo de acção da Educação para a Saúde no âmbito da infância e da adolescência, as dificuldades eram subjacentes à sua implementação. Este grupo veio, através do diagnóstico de situação, proporcionar organização e sustentabilidade propondo concretamente as coordenadas essenciais para implementação efectiva e eficiente da Educação para a Saúde.

Em resposta à determinação sugerida no relatório, as estruturas governamentais materializaram a reafirmação de uma política coerente e a execução continuada das medidas propostas no relatório através da Lei n.º 60/2009 e da Portaria n.º 196-A/2010.

Despacho n.º 25 995/2005 (2.ª série), de 16 de Dezembro, determinou a obrigatoriedade de as escolas incluírem no seu projecto educativo a área da educação para a saúde, combinando a transversalidade disciplinar com inclusão temática na área curricular não disciplinar.

Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, *um conjunto de princípios e regras, em matéria de educação sexual, prevendo, desde logo, a organização funcional da educação sexual nas escolas. Na lei (...) consagram -se as bases gerais do regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, conferindo-lhe o estatuto e obrigatoriedade, com uma carga horária adaptada e repartida por cada nível de ensino, especificada por cada turma e distribuída de forma equilibrada pelos diversos períodos do ano lectivo e, por último, estabelecendo-se ainda que a educação sexual deva ser desenvolvida pela escola e pela família, numa parceria que permita respeitar o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa.*

Portaria n.º 196-A/2010, *procede à regulamentação da Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, que estabelece a educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do*

ensino secundário e define as respectivas orientações curriculares adequadas para os diferentes níveis de ensino e estabelece que:

- (...) a educação sexual é aplicada nos ensinos básico e secundário, no âmbito da educação para a saúde (...) (Art. 2);
- No ensino profissional, a educação sexual integra-se igualmente na área da educação para a saúde (...) (Art. 2);
- Os conteúdos da educação sexual são desenvolvidos no quadro das áreas curriculares não disciplinares e devem respeitar a transversalidade (...) (Art. 2);
- As orientações curriculares respeitantes aos conteúdos da educação sexual devem respeitar os objectivos mínimos constantes do quadro anexo à presente portaria, da qual faz parte integrante (Art.3);
- (...) os conteúdos da educação sexual são ministrados nas áreas curriculares não disciplinares, designadamente em formação cívica e completados pelas áreas curriculares disciplinares (Art. 3);
- A carga horária dedicada à educação sexual é adaptada a cada nível de ensino e a cada turma (...) não pode ser inferior a seis horas para os 1.º e 2.º ciclos do ensino básico, nem inferior a doze horas para o 3.º ciclo do ensino básico e secundário (...) (Art. 5);
- A educação para a saúde e a educação sexual é apoiada ao nível local pela unidade de saúde pública competente no âmbito da actividade de saúde escolar (Art.9);
- (...) cabe ao director de escola, ouvida a equipa de educação para a saúde, definir a organização bem como as normas de funcionamento dos gabinetes de informação e apoio ao aluno(...) são, igualmente, articulados com os gabinetes de saúde juvenil e unidades móveis, ao dispor das escolas pelo Instituto Português da Juventude (...) (Art.10).

No âmbito da Lei n.º 60/2009 e da Portaria n.º 196-A/2010 a Direcção Geral da Saúde emitiu três Orientações da Direcção Geral da Saúde; n.º 08/2012; n.º 09/2010 e n.º 010/2010 emitidas a 14/10/2010.

Na segunda constituem-se os objectivos da intervenção das equipas de saúde escolar:

- *Apoiar/colaborar sempre que necessário na concretização de projectos de promoção e educação para a saúde, nomeadamente no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.*
- *Ser o elo de ligação entre o gabinete de informação e apoio ao aluno do agrupamento de escolas e as unidades funcionais do agrupamento dos centros de saúde, no que respeita ao aconselhamento e/ou encaminhamento*

dos alunos na área da saúde, na acessibilidade à contracepção, meios de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, consulta de medicina familiar e geral ou outra.

- *Disponibilizar-se para integrar o gabinete de informação e apoio ao aluno de acordo com a dinâmica local e os recursos existentes.*
- *Disponibilizar ou apoiar a elaboração de materiais didáticos na área da educação para a saúde.*
- *Divulgar boas práticas que sejam facilitadoras do trabalho em equipa, da cooperação e da adequação científica.*
- *Acompanhar a evolução dos indicadores de saúde das crianças e jovens (ganhos em saúde).*
- *Participar sempre que solicitado, na elaboração conjunta do plano de acção no âmbito da educação e promoção da saúde em meio escolar.*

A orientação nº 010/2010 reconhece a avaliação como uma condição importante na melhoria de qualquer projecto pelo que e a fim de facilitar o acompanhamento da equipa de Saúde Escolar, elaborou um suporte de informação/orientação que deverá ser utilizado pelas equipas e entendido como um elemento facilitador de avaliação que não pretende substituir aqueles que foram criados no contexto do Programa de Saúde Escolar.

4.1. EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE

O relatório da CIDP, realizada no Cairo em 1994 recomenda que os países garantam aos adolescentes e jovens o direito à informação, à educação e à assistência não âmbito da saúde Sexual e Reprodutiva. Nesta óptica, é fundamental garantir as acessibilidades, esta é a responsabilidade das estruturas políticas e organizacionais.

A sexualidade é um aspecto fundamental da vida humana que não pode ser entendida sem a referência do género e que encerra uma multiplicidade de dimensões, físicas, psicológicas, espirituais, sociais, económicas, políticas e culturais. A diversidade é uma das suas característica fundamentais e, as regras que governam as suas manifestações diferem amplamente entre e dentro da cada cultura. Alguns dos comportamentos que lhe estão confinados são vistos como aceitáveis e desejáveis, outros, no entanto, são considerados inaceitáveis (UNESCO, 2009).

É no âmbito desta complexidade que surge a pertinência Educação Sexual cuja missão é fazer uma abordagem, não reducionista, com respeito pela estrutura multifacetada da sexualidade, devendo incluir nos seus programas as relações interpessoais, as responsabilidades, a anatomia e fisiologia dos sistemas reprodutores, a identidade sexual, o corpo, as expressões da sexualidade e os afectos (Nelas, 2010).

Os estudos realizados nesta área mostram que uma Educação sexual adequada, transversal e global contribui para:

- reduzir a desinformação;
- aumentar o conhecimento fundamentado;
- clarificar e reforçar os valores e as atitudes positivas face à sexualidade;
- aumentar as capacidades para uma tomada de decisão esclarecida e reponsável;
- melhorar as percepções sobre as normas, os grupos sociais e grupos de pares
- facilitar a comunicação com os pais e outros grupos sociais.

Concluem ainda que ela é responsável :

- pelo início mais tardio das relações sexuais;
- reduzir a frequência de relações sexuais;
- reduzir o número de parceiros sexuais;
- aumentar o uso de métodos contraceptivos para a prevenção da gravidez indesejada e métodos de barreira para a prevenção da Infecções Sexualmente Transmissíveis (UNESCO, 2009).

A Educação Sexual ou Educação para a Sexualidade *é um conceito global, abrangente de sexualidade que inclui a identidade sexual (masculino/feminino), o corpo, as expressões da sexualidade, os afectos a reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva* (Frade, Vilar, Alverca e Marques, cit in Bezerra & Macário, 2011 p. 12)

É definida pelo GTES como um (...) *processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca de sexualidade e do comportamento sexual.* (p.6 GTES, 2005) e que tem por objectivos;

- *o desenvolvimento de competências dos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;*
- *a melhoria dos seus relacionamentos afectivo-sexuais;*
- *a redução de possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais tais como a gravidez não planeada e as infecções sexualmente transmissíveis (IST);*
- *a capacidade de protecção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais. A longo prazo deve contribuir para a tomada de posições na área da sexualidade durante toda a vida (p.7 GTES. 2007).*

A consecução destes objectivos só é possível se garantirmos em continuidade, ao longo do ciclo vital, de uma forma adequada às necessidades e fases do desenvolvimento, uma eficiente Educação para a Sexualidade, garantia de defesa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos dos quais destacamos, no âmbito da temática que estamos a desenvolver:

- *Viver a sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e outros impedimentos a livre expressão dos desejos*
- *Insistir na prática do sexo seguro para prevenir a gravidez não desejada e as doenças sexualmente transmissíveis incluindo o HIV/SIDA (Brasil, Ministério da Saúde, 2010 a)*

“A educação sexual é apresentada como um aspecto da educação afectiva, com influências na formação da personalidade, na socialização e na escolha de um conjunto de valores morais pessoais” (Sampaio, 1987, p.19). Para o autor a educação sexual é multidimensional aglomerando quatro dimensões; biológica, psicológica, sociológica e ética.

A sexualidade não se resume apenas à dimensão biológica, mas não pode ser entendida sem ela pois constitui o seu elo vital. A dimensão psicológica é o contributo para a educação afectiva e para a construção da sexualidade, é responsável pelo sentido de felicidade do indivíduo. A dimensão sociológica é responsável pelas aprendizagens a nível da sexualidade, é fortemente influenciada pelos costumes pela moral e pelas crenças. Por último a dimensão ética que norteia as decisões pessoais e a construção de um conjunto de valores pessoais e morais que regulam os comportamentos e atitudes do indivíduo face à sexualidade (Sampaio, 1987)

A educação, que etimologicamente provém dos vocábulos *educatio*, *educare* que significa alimentar, criar, consiste numa acção exercida por um ser humano sobre outro, permitindo ao educando a aquisição de valores culturais, saberes ou maneiras de agir – técnicas e morais – que os costumes, o sentimento ou uma convicção reflectida consideram desejáveis (Jacques Ulman 2001, cit in Bezerra & Macário, 2011)

Ao longo do ciclo vital ela reveste-se de inúmeras formas que os autores classificam em três tipos:

- Os Educação informal, processo mais básico de aprendizagem, forma espontânea, não consciencializada, apelando essencialmente a aspectos emocionais (Vaz, 1996). A aprendizagem processa-se de uma forma não intencional decorrendo das inúmeras vivências do quotidiano (GTES, 2005). Abrange todas as possibilidades educativas no decurso da vida do indivíduo, constituindo um processo permanente e não organizado (Bezerra & Macário, 2011). O sujeito é influenciado pela contínua transmissão de atitudes e crenças nos contextos em que está inserido (GTES, 2005), (...) *há sempre um vínculo ao modelo de sexualidade dominante, considerando-se valores, conhecimentos e comportamentos sexuais* (Bezerra & Macário, 2011).

- Educação formal, caracteriza-se pela intencionalidade, oferece ao sujeito um conjunto organizado de conhecimentos (GTES, 2005), tem uma determinada sequência e é proporcionada pela escola (Bezerra & Macário, 2011), obedece a uma programação de actividades, em consonância com objectivos e conteúdos explicitados e estruturados de forma coerente (Vaz, 1996). Funciona como um complemento da anterior com intervenções estruturadas e sistematizadas.
- Educação Não formal, obedece igualmente a uma estrutura e organização, embora distinta da escola, pode ter uma certificação, ainda que não seja essa a finalidade que lhe está subjacente. O que a diferencia da Educação formal é a flexibilidade na adaptação dos conteúdos de aprendizagem e a não fixação de tempos e locais (Bezerra & Macário, 2011).

Estes tipos de educação entrecruzam-se e complementam-se ao longo da vida do indivíduo.

A educação sexual é uma entidade que emergiu das convulsões socioeconómicas, culturais, de valores e do desenvolvimento científico e técnico dos países industrializados. O início cada vez mais precoce da actividade sexual, o aumento do número da gravidez na adolescência, o aumento do número de gravidezes não desejadas, o aumento do aborto clandestino com os riscos que lhe são adjacentes, a violência e o abuso sexual, a discriminação que se mantém face ao sexo, ao género e às opções sexuais, o aumento de infecções sexualmente transmissíveis incluindo do HIV/SIDA, consciencializaram a humanidade para o défice de cariz educacional que poderia justificar esta realidade.

Começou a perceber-se que a simples transmissão de conhecimentos sobre fisiologia de reprodução, planeamento familiar não era suficiente para que os indivíduos operassem modificações e adaptassem padrões de vida saudável.

O ensino da educação em saúde constituiu-se assim como um desafio a vencer, a conquista seria a possibilidade de garantir uma aprendizagem efectiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida saudável.

Este desafio só poderá ser superado se o indivíduo:

- *compreender que a saúde é um direito de todos e uma dimensão essencial do crescimento e desenvolvimento do ser humano;*
- *compreender que a condição de saúde é produzida nas relações com o meio físico, económico e sociocultural, identificando factores de risco à saúde pessoal e colectiva presentes no meio em que vive;*

- *conhecer e utilizar formas de intervenção individual e colectiva sobre os factores desfavoráveis à saúde, agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde da comunidade;*
- *conhecer formas de acesso aos recursos da comunidade e as possibilidades de utilização dos serviços voltados para a promoção, protecção e recuperação da saúde;*
- *adoptar hábitos de autocuidado, respeitando as possibilidades e limites do próprio corpo. (Brasil, Ministério da Educação, 2006 p 71).*

O conceito de educação para a saúde e neste contexto de educação para a sexualidade foi assim evoluindo neste último século tendo sofrido alterações associadas às diferentes visões de sexualidade que resultaram das diferentes fases históricas caracterizadas pelas ideologias, condições socioeconómicas, avanços científicos e valores dominantes (Bezerra & Macário, 2011)

Como consequência desta evolução foram surgindo diferentes modelos que se caracterizaram por terem distintos quadros de valores orientadores das práticas educativas, diferentes conteúdos e metodologias pedagógicas. (Vaz, 1996, Vilaça 2006, *cit. por* Bezerra & Macário, 2011)

Baseando-nos em Vaz (1996), podemos definir quatro modelos de Educação Sexual:

- **Modelo Impositivo Conservador:**

Veicula normas de comportamento sexual rígidas, decorrentes de razões de ordem religiosa ou ideológica, e regras de conduta limitativas das decisões pessoais. Transmite atitudes conservadoras de interdição e de dependência, aponta normas rígidas em binómios: normal/anormal, saudável/patológico. A actividade sexual apenas tem sentido se tiver lugar dentro do casamento e com fins reprodutivos (Félix López Sánchez & Angel Droz Torres 2001, *cit. por* Vilar & Souto, 2008). Este modelo não aceita comportamentos homossexuais.

- **Modelo de ruptura impositivo:**

As atitudes subjacentes a este modelo são liberais e individualistas, substitui a antiga moral por uma nova “ Moral” (Félix López Sánchez & Angel Droz Torres 2001, *cit. por* Vilar & Souto, 2008).

Neste modelo a educação sexual é vista como uma forma de libertação da pessoa e resposta a uma repressão social. Implementou-se em distintas épocas da História, movimento intelectual freudo marxismo denominado Sex-Pol, nos anos 30, e, nos anos 60 e 70, o movimento hippie, movimentos estudantis e feministas. Está sempre associado a movimentos juvenis, intelectuais, certos grupos políticos ou mesmo a grupo minoritários

como os homossexuais. *Estes movimentos tiveram um papel na crítica à moral sexual tradicional* (Vaz, 1996 p. 39).

- Modelo Médico-Preventivo:

Dá relevância aos aspectos técnicos e fisiológicos excluindo as componentes relacionais e emocionais da sexualidade (Félix López Sánchez & Angel Droz Torres 2001, *cit. por* Vilar & Souto, 2008).

A educação sexual surge como uma forma de prevenção da gravidez indesejada, do aborto e das infeções sexualmente transmissíveis, está centrada sobretudo nos aspectos anatomofisiológicos da reprodução, planeamento familiar e prevenção de Infeções sexualmente transmissíveis, sendo por isso veiculada por instituições e profissionais de saúde.

- Desenvolvimento Pessoal:

Este modelo surgiu nos anos 80 inscrito numa perspectiva construtivista da pessoa, em que a sexualidade é vista como uma construção pessoal. O conceito de sexualidade concentra diferentes vertentes: *a vertente biológica constituída pelo conjunto de fenómenos que fazem o nosso corpo, um corpo sexuado (anatomia e fisiologia da sexualidade e da reprodução, resposta sexual humana); A vertente psicológica, que engloba processos como a identidade de género, orientação sexual, auto imagem, construção da identidade sexual, processo relacional e relações afectivo-sexuais e a vertente social, que engloba as discussões dos valores e atitudes, modelos morais que recobrem as vertentes anteriores.* (Vaz, 1996 p. 42-43).

Sustenta-se em conhecimentos científicos, atitudes democráticas de tolerância e abertura. Apresenta uma atitude liberal aberta aceitando a sexualidade como uma fonte potencial de vida de prazer e de comunicação. O modelo defende o respeito pelo direito à diferença do outro nomeadamente as suas características físicas os seus valores, as suas orientações sexuais promovendo a igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres recusando expressões de sexualidade que envolvam violência ou exploração. Considera que a autonomia o espírito crítico a liberdade de escolha e uma informação adequada são os aspectos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual. É um modelo humanista porque o seu quadro ético se baseia nos valores consensuais das sociedades modernas nomeadamente as inscritas nas convenções e declarações internacionais de direitos humanos (Félix López Sánchez & Angel Droz Torres 2001, *cit. por* Vilar & Souto, 2008).

López Sánchez, (2002) *cit. por* Vilaça (2006), *cit. por* Bezerra & Vilaça (2011) propõem quatro modelos explicativos da educação sexual:

- Modelo de Risco
- Modelo Moral

- Modelo Transformador Revolucionário
- Modelo Compreensivo Democrático

Apesar das diferentes nomenclaturas estes modelos igualam-se na essência como podemos constatar pelo Quadro 1.

Quadro 1 – Modelos de educação sexual

	Modelo de Risco	Modelo Moral	Modelo transformador revolucionário	Modelo compreensivo democrático
Origem	Reacção face aos problemas de saúde Prevenção de infecção pelo VIH/SIDA Prevenção da gravidez	Reacção face às mudanças sociais que se opõem à moral dominante É a resposta das várias igrejas	Anos 30, associado aos movimentos universitários e aos movimentos feministas	Associação ao paradigma educativo democrático e ao conceito holístico de saúde
Fundamentação	Tem subjacente o realismo profissional e a neutralidade moral	Tem subjacente uma visão religiosa do mundo e da sexualidade Valoriza a ética e o papel dos pais	Tem subjacente os direitos sexuais para todos e a visão positiva da sexualidade, mas o objectivo é a revolução sexual social	Tem subjacente a inviolabilidade da vida humana, a liberdade e integridade do indivíduo, a igualdade da dignidade de todos os seres humanos e a igualdade de géneros
Objectivos	* Evitar os problemas de saúde associados à sexualidade * Evitar custos económicos e sociais * Evitar o caos hospitalar * Evitar o alma social * Evitar o sofrimento	* Preparar para o matrimónio e a família * Fazer uma educação moral * Promover a castidade * Aprender a dizer «não» às relações sexuais	* Promover a aceitação de qualquer manifestação sexual, incluindo o prazer e as diferentes formas de o obter * Promover a liberdade individual e a ausência de juízos de valor moral sobre os comportamentos sexuais	* Promover a visão da sexualidade como uma parte integral da vida humana, vista como uma fonte de felicidade e de prazer no relacionamento com outro indivíduo * Habilidades sociais para viver a sua própria sexualidade e tomar decisões sobre o seu próprio comportamento sexual, nomeadamente na recusa da coerção sexual
Aspectos positivos	* O realismo profissional * A necessidade de intervir * Chegar a todos de forma rápida * Não ser moralista	* O papel dos pais * A importância da ética	* Crítica à moral dominante num contexto de mudança histórica * Defesa do direito à sexualidade * Defesa dos direitos das minorias	* A necessidade de agir para modificar as determinantes da saúde sexual * O papel dos colegas, pais e restante comunidade * A importância da ética * Visão holística da saúde sexual
Aspectos negativos	* Não é educativo porque não educa positivamente para a sexualidade, associa a sexualidade a perigo * É muito diretivo * Tem um efeito temporal, dado o seu carácter publicitário	* Falta de informação sobre a fisiologia do prazer * Não informa sobre contraceção, práticas de risco e práticas seguras, salvo a abstinência * O modelo é muito doutrinário e diretivo	* Muito combatente e diretivo * Muito doutrinário com grandes tópicos * Pressão implícita e explícita a favor da actividade sexual dos adolescentes * Negar os pais	

Fonte : (adaptado de Vilaça, 2006, citado por Bezerra & Vilaça, 2011, p.19)

Assim poderemos estabelecer a seguinte correspondência:

- Modelo de Risco – Modelo Médico-Preventivo
- Modelo Moral – Modelo Impositivo Conservador

- Modelo Transformador Revolucionário – Modelo de Ruptura Impositivo
- Modelo Compreensivo Democrático – Modelo de Desenvolvimento Pessoal

Estes últimos são os modelos que, no nosso ponto de vista, mais se adequam ao conceito de educação sexual que se preconiza na actualidade por:

- Promoverem a sexualidade como parte integral da vida humana;
- Habilitarem o indivíduo com capacidades sociais que lhe permitem viver a sua sexualidade de uma forma livre e segura;
- Pela importância ética que confinam;
- Promover o respeito pelo direito a diferença nomeadamente as características físicas, os valores, as orientações sexuais;
- Promover a igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres; recusando expressões de sexualidade que envolvam violência ou exploração.

CAPITULO II

1 - O ADOLESCENTE E A SIDA

Do ponto de vista da saúde, entendida à luz do modelo biomédico a SIDA, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, é uma doença do sistema imunológico humano cujo agente é o vírus da imunodeficiência humana -VIH. A infecção pelo vírus conduz a uma redução progressiva da eficácia do sistema imunológico impedindo-o de dar resposta e combater eficazmente doenças ou infecções oportunistas, deixando os indivíduos fragilizados e susceptíveis ante condições favorecedoras de infecções e determinados tipos de tumores (Mansinho, 2011). No entanto se a analisarmos à luz do conceito de saúde, no âmbito do processo de desenvolvimento humano que depende do projecto de vida de cada um, do seu sentido de felicidade, da sua forma específica de estar no mundo e do seu esforço solidário para compreender e respeitar o universo (Rodrigues, 2005), a Sida é uma doença social, de índole comportamental onde cada um deverá ser responsável pela sua saúde individual e pela de todos os outros no respeito que nos é exigido enquanto elementos integrantes do universo. Lucas, (1993) tinha, à época, a noção real da importância da responsabilização individual e social como meio de excelência na modificação do percurso desta doença que na altura tinha contornos de pandemia, tendo sido considerada pela OMS a primeira crise Mundial da Saúde pois tinha ultrapassado a própria doença e tocado toda a humanidade. A este respeito o autor dizia: *“É no comportamento humano e social que está e estará, por muitos e bons anos a chave da resolução desta epidemia, mesmo que entretanto uma vacina e alternativas terapêuticas possam ser desenvolvidas com sucesso”*. (Lucas, 1993, p.15).

Os custos futuros que o VIH/Sida impuser às pessoas, famílias, comunidades e países serão determinados pela maneira como os parceiros nacionais e globais reposicionam a resposta para alavancar mudanças na macro conjuntura. As tendências actuais alvitram mudanças necessárias e emergentes operacionalizadas por medidas ousadas (UNAIDS, 2010).

Os primeiros casos de SIDA foram identificados nos Estados Unidos no ano de 1981, associando-se a uma doença com contornos muito pouco definidos, diagnosticada num grupo de homossexuais. Em Portugal o primeiro caso foi assinalado no ano de 1984. Mansinho, (2011). Este seria o início de uma epopeia com grande impacto social a nível mundial e cujo desfecho é, ainda hoje, difícil de descortinar.

A infecção provocada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é reconhecida internacionalmente como uma ameaça ao desenvolvimento social e económico das populações e, como tal, deve constituir uma prioridade nas estratégias delineadas e

implementadas para garantir níveis adequados na saúde das populações. Esta prioridade resulta da dimensão abrangente dos determinantes da transmissão e das implicações da infecção em todos os níveis de saúde e de integração social. Importa recordar que a maioria das infecções se transmite a partir das pessoas que desconhecem a sua condição serológica, a este risco acresce o facto de ser durante a fase aguda da infecção, período em que a pessoa desconhece o seu estado serológico e os testes de rastreio podem ser falsamente negativos, que o potencial infeccioso é mais alto (Leite, 2012).

A doença, cuja fisiopatologia enquanto síndrome é complexa, tem uma evolução distinta nos diferentes os indivíduos sendo caracterizada por um amplo espectro de situações que abrange pessoas infectadas mas assintomáticas até à fase da doença clinicamente avançada, a SIDA. O modo de transmissão do VIH/SIDA encerra as diferenças inerentes aos comportamentos que lhe estão subjacentes. Segundo Mansinho *et al.*, (2003) são três as principais vias de transmissão do vírus:

Sexual, transmissão de uma pessoa infectada para o parceiro através de relações sexuais desprotegidas, sem preservativo, quando a mucosa dos órgãos sexuais, do ânus ou da boca tem contacto com fluidos ou líquidos orgânicos produzidos antes e após a ejaculação ou com secreções vaginais;

Parentérica, resulta da injeção ou inoculação directa de sangue infectado pelo VIH e decorre de três situações distintas: Consumo injectável de substâncias psicoactivas; partilha de material necessário à preparação ou injeção de drogas; ferida ou picada acidental com objectos cortantes contaminados; transfusão de sangue ou derivados quando infectados.

Vertical, transmissão directa da grávida para o feto. O VIH pode transmitir-se durante a gravidez mas o risco maior acontece durante o parto ou, especialmente nos países em vias de desenvolvimento, durante a amamentação.

Decorridas que são três décadas sobre a sua descoberta podemos considerá-la como a doença mais devastadora da história. Além de seu impacto na saúde, a infecção VIH/Sida funciona como uma lente que amplia os males da sociedade e as deficiências de nossos sistemas sociais. As epidemias variam de região em região, de país em país e dentro dos países (UNAIDS, 2010).

Conforme o relatório anual do Programa Conjunto das Nações Unidas acerca das infecções por VIH/Sida no final de 2010 cerca de 34 milhões de pessoas viviam com VIH em todo o mundo, o número mais elevado de sempre, um aumento de 17% relativamente ao ano de 2001. (UNAIDS, 2011).

O número de mortes relacionadas com a infecção VIH/SIDA foi de 1,8 milhões em 2010, sendo um número muito elevado revela-se uma descida acentuada relativamente

ao pico do ano 2000 em meados do qual havia já 2,2 milhões de mortes (UNAIDS, 2011). Este decréscimo significativo deve-se aos progressos da terapêutica anti-retroviral assim como a uma crescente facilidade de acesso à mesma.

De acordo com os dados fornecidos pela UNAIDS no relatório global de 2012 na actualidade 34,2 milhões de pessoas no mundo vivem com VIH das quais 30,7 milhões adultos, destes 16,7 milhões são mulheres e 3,4 milhões menores de 15 anos. O documento esclarece que em 2011 foram identificadas no mundo 2,5 milhões de novas infecções, sendo 2,2 milhões em adultos e 330 mil em menores de 15 anos. No ano de 2011 mais de 7 mil pessoas por dia foram infectadas com o vírus da Sida, 97% delas foram notificadas em países de baixa e média renda. Das notificações, quase 900 foram em menores de 15 anos. Os jovens, de 15 a 24 anos, seguem como grupo de maior contaminação, atingindo 41% dos novos casos.

As mortes provocadas pelo VIH no mesmo período totalizaram 1,7 milhão, 24% a menos que em 2005, ano em que houve o pico de mortes, sendo 1,5 milhão entre adultos e 230 mil entre menores de 15 anos de idade (UNAIDS, 2012).

O número de pessoas com o vírus em 2011 é levemente superior ao constatado em 2010 (34 milhões), o que indica um aumento na expectativa de vida dos pacientes, justificado pela maior facilidade de acesso aos medicamentos (UNAIDS, 2012).

De acordo com o relatório de progresso conjunto da WHO, UNAIDS e UNICEF, (2011) na globalidade o número anual de pessoas infectadas com VIH continua a diminuir, no ano de 2011 houve menos 700.000 infecções comparativamente ao ano de 2001, (UNAIDS, 2012), embora nem todas as regiões do mundo apresentem as mesmas tendências globais.

Desde 2001, a incidência anual do VIH caiu em 33 países, 22 deles localizados na África Subsaariana, a região continua, no entanto, a suportar mais de dois terços (70% ou 1,9 milhões) das novas infecções. Mais de metade (59%) das pessoas infectadas são mulheres. Há regiões em que a incidência está novamente a aumentar, como é o caso dos países da Europa de Leste e da Ásia Central onde, depois de abrandar drasticamente no início de 2000, a incidência tem estado a crescer desde 2008. No leste da Europa, há cerca de 1,5 milhões de seropositivos, e na América do Norte e Europa Ocidental, onde os números "se mantêm teimosamente invariáveis", 2,2 milhões, mais de metade nos Estados Unidos. Na Europa Oriental e na Ásia Central o número de mortes relacionadas com a Sida aumentou mais de 10 vezes entre 2001 e 2010, de cerca de 7.800 para 90.000.

Pese embora os dados apresentados no parágrafo anterior, os resultados globais reflectem, e constituem-se como evidência, das conquistas auferidas com os programas de prevenção e ensino aliados ao poder, evolução e sobretudo à acessibilidade dos

medicamentos anti-retrovirais. A acção conjunta destas variáveis diminuiu o potencial de transmissão do vírus alterando positivamente o cenário que a implementação desta doença imprimiu à humanidade. Contudo, permanecem os grandes desafios. Jovens entre os 15-24 anos representam 40% das infecções recentes, e muitos deles continuam sem acesso à informação, ao desenvolvimento de competências e a serviços de apoio fundamentais para a prevenção. As mulheres jovens são particularmente vulneráveis ao VIH, sobretudo na África subsaariana. As novas infecções continuam a ultrapassar o aumento do acesso ao tratamento – para cada pessoa que começa o tratamento, duas novas são infectadas pelo VIH - e 10 milhões de pessoas que necessitam tratamento não têm acesso à terapêutica anti-retroviral. O número de órfãos devido ao VIH continua a aumentar.

É necessário permanecer activos e sobretudo vigilantes, pois a capacidade dos países no aumento das condições de prevenção, tratamento, cuidado e assistência, está ameaçada pela diminuição nos investimentos para a luta contra o VIH, em parte por causa da recessão económica global e em parte por causa de mudança nas prioridades dos doadores e dos países (UNESCO, 2012).

A epidemia do VIH/Sida está a diversificar-se e a tornar-se mais complexa, com novos padrões epidemiológicos. A transmissão sexual está a aumentar no leste europeu e na Ásia Central, onde até recentemente a epidemia se concentrava essencialmente entre os usuários de drogas injectáveis. Na África subsaariana, onde predominava a transmissão heterossexual, há evidências de um risco elevado de VIH/Sida entre homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas injectáveis. O trabalho sexual continua central na epidemia em muitos países na Ásia e na África subsaariana, e a sobreposição do trabalho sexual com uso de drogas injectáveis é um factor essencial na transmissão do VIH/Sida nos países mais afectados do leste europeu e da Ásia Central (UNESCO, 2012).

Em Portugal, a 31 de Dezembro de 2010, encontravam-se notificados 39.347 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estádios de evolução, distribuídos da seguinte forma: casos classificados como Sida 16.370, dos quais 513 casos de Sida por vírus de imunodeficiência humana tipo 2 (VIH 2); casos classificados como sintomáticos Não Sida 3.923; casos classificados como Portadores Assintomáticos 19.054 (INRJ, 2011).

Os “Portadores Assintomáticos”, são predominantemente jovens com mais de 20 anos e indivíduos até aos 39 anos. As duas principais categorias de transmissão são: os “heterossexuais” representando 45,7% do total de notificados, bem como os “toxicodependentes” com 36,4% das notificações. O padrão da tendência temporal registou flutuações importantes na propensão observada, a partir do ano de 2003 o

grupo “toxicodependentes” confirma e mantém uma tendência anual decrescente enquanto a categoria de transmissão “heterossexual” apresenta valores percentuais oscilatórios mas sempre acima do grupo anterior (INRJ, 2011).

Entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2010 foram notificados 2.325 casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, nos vários estádios, dos quais 1.020 (43,9%) diagnosticados nesse mesmo período (INRJ, 2011).

A 31 de Dezembro de 2011, Portugal tinha notificado 41.035 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estádios de infecção, distribuídos da seguinte forma: casos classificados como Sida 16.880, dos quais 527 casos de Sida por vírus de imunodeficiência humana tipo 2 (VIH2); casos classificados como sintomáticos Não Sida 4.160; casos classificados como Portadores Assintomáticos 19.995. Como elemento comum a todos os estádios, verifica-se que o maior número de casos notificados corresponde a infecção em indivíduos referindo provável transmissão sexual (heterossexual) num total de 42,9% dos casos, enquanto o consumo de drogas por via endovenosa ou “toxicodependentes”, constitui 38,7% de todas as notificações (INRJ, 2012).

Em 2011, os casos de SIDA apresentam padrão epidemiológico idêntico ao registado no ano anterior. Foram diagnosticados 303 casos, verificando-se um aumento proporcional do número de casos de transmissão heterossexual e homo/bissexual (respectivamente 63,0% e 16,5% do total de casos) e redução de casos associados à toxicodependência (17,5%) (INRJ, 2012).

Da análise da distribuição de casos por género constata-se que, em todos os estádios a maioria se inscreve no sexo masculino, sendo que por grupo etário a maioria se circunscreve, em todos os estádios, nos sujeitos com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos de idade.

Os portadores assintomáticos são predominantemente jovens com mais de 20 anos e indivíduos até aos 39 anos, constituindo o maior número de casos notificados (68,0%) neste estádio (INRJ, 2012).

Números provisórios indicam que o total de infectados até ao final de Outubro de 2012 era de 42.350, dos quais 17.300 com Sida. Ou seja, mais 1315 infecções por VIH e mais 420 casos de Sida desde o final do ano passado. Os heterossexuais são o grupo com mais diagnósticos de VIH/Sida (18.428), seguido pelos utilizadores de drogas injectáveis (16.053) e do homo/bissexuais (5823). (Arreigoso, 2012).

A epidemia por VIH é, em Portugal, uma epidemia de tipo concentrado, afectando as populações com comportamentos particularmente vulneráveis, designadamente trabalhadores do sexo (com prevalência auto reportada de 7,2%), homens que têm sexo com homens (com prevalência auto reportada de 7,7% e 10,2%) e utilizadores de drogas

injectáveis, representaram nos primeiros anos da epidemia a maior proporção de pessoas infectadas, tendo-se verificado, a partir de 1999, uma progressiva diminuição do número de casos por essa via (Ministério da Saúde, 2012).

Em Portugal, e à semelhança do que acontece nos países da União Europeia, estima-se que a proporção de pessoas com um diagnóstico tardio da infecção por VIH continua elevada. Os poucos dados disponíveis apontam percentagens de diagnósticos tardios superiores a 60% (Ministério da Saúde, 2012). O risco que esta realidade acarreta é enorme em termos individuais e sociais pois “Sem terapêutica adequada, as pessoas morrem em média em 24 meses” (Baptista Leite *cit. por* Viana, 2012). Nos últimos dez anos mais de metade das pessoas a quem a infecção foi diagnosticada no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental já estaria “infectada há mais de uma década” (Kamal Mansinho *cit. por* Viana, 2012).

Apesar do registo de notificações que acabámos de apresentar não existe nenhuma estimativa nacional consensual para o número de não diagnosticados sendo portanto desconhecida a verdadeira dimensão da epidemia. (Leite, 2012).

Os dados relativos à evolução do número de casos notificados apresentados pela realidade portuguesa são idênticos, em proporção, ao do panorama mundial, apresentada nos relatórios da UNAIDS, confirmando a evolução global para a diminuição da epidemia, “... temos vindo a assistir a uma diminuição do número de pessoas que todos os anos são notificadas como sendo portadoras da infecção” (António Diniz *cit. por* Lusa, 2013) Este panorama reflecte a conjugação de múltiplas acções ao nível da prevenção primária, do tratamento e do apoio social, realizadas pelas organizações governamentais e da sociedade civil (Ministério da Saúde, 2012).

O aumento verificado no número de sujeitos portadores de infecção por VIH/Sida resulta da maior eficácia e sobretudo da maior acessibilidade, aos medicamentos anti-retrovirais que vieram aumentar acentuadamente a esperança média e a qualidade de vida destes indivíduos. Nos países industrializados, um jovem de 20 anos infectado, se tratado em tempo útil, pode viver mais 50 anos. “Pode viver 70 anos com qualidade e autonomia” (Mansinho, *cit. por* Viana & Pereira, 2012).

Em Portugal houve um incremento significativo no acesso a esta terapêutica tendo, nos últimos 8 anos, triplicado o número de pessoas que a ela têm acesso (Leite, 2012).

A esperança média de vida para um indivíduo infectado era em 1989 de 19 meses hoje é considerada uma doença crónica. No período de 1996 a 2005, o aumento da esperança de vida foi de 15 anos (Leite, 2012).

Dos objectivos do “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010” constava a diminuição em pelo menos 25% do número de novos

casos e de mortes por Sida, percentualmente, as mortes por Sida diminuíram em Portugal apenas em 10% entre 2006 e 2010, mas o número de novos casos decresceu 34,4% (Ministério da Saúde, 2012).

Os relatórios do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças e da OMS alertam que não há sinais de estar a abrandar o ritmo da transmissão de VIH/Sida na Europa. Marc Sprenger, director do Centro Europeu, alerta: "Exemplos recentes de diferentes países da União Europeia mostram que o falhanço na quebra da cadeia de transmissão do VIH conduzirá inevitavelmente a uma alta prevalência a longo prazo", alertando "Se queremos reduzir e prevenir a transmissão do VIH em toda a Europa, temos de investir e de promover o aconselhamento e a despistagem", apenas "Dessa forma, garantimos o diagnóstico precoce, bem como o acesso e a adesão ao tratamento, diminuimos o número de diagnosticados tardios e melhoramos os resultados do tratamento a longo prazo." (Viana & Pereira, 2012)

No espaço da Europa Ocidental, Portugal continua a apresentar das mais elevadas incidências de infecção por VIH (Ministério da Saúde, 2012). O coordenador do programa nacional da Direcção-Geral da Saúde afirmou que a "prevalência estimada" da doença em Portugal se situa nos 0,6 a 0,7 por cada 100 mil habitantes. "São números que não nos colocam numa posição privilegiada no contexto europeu, mas que pretendemos baixar significativamente" (Viana & Pereira, 2012).

Na União Europeia Portugal posiciona-se em 3º lugar, no âmbito das mais elevadas prevalências da infecção por VIH, assim como no número de novos diagnósticos por ano, em 1º e 2º lugar estão a Estónia e a Letónia respectivamente (Leite, 2012). Verifica-se, no entanto, uma tendência favorável de descida no número de novos casos diagnosticados por ano (Ministério da Saúde, 2012).

Pese embora os dados apresentados, há um declínio evidente do número de pessoas infectadas com a VIH/SIDA em todo o mundo, ainda que de uma forma dissemelhante para os diferentes países e continentes, a que não são alheias as mudanças de comportamento entre os jovens e os grupos considerados de risco. A ONU em 2011 divulgou um relatório que demonstra que a Sida está a estabilizar no mundo, com a diminuição das novas infecções e do número de mortes e o aumento do número de pessoas a viver com o vírus.

A parceria de esforços locais e internacionais, os compromissos políticos crescentes (que são também fundamentais na medida em que muitos obstáculos na luta contra a epidemia são de natureza política, social e cultural) e um aumento considerável dos recursos permitiram a modificação da resposta ao flagelo do VIH/Sida. Há um contíguo de acções globais, nas quais se incluem o investimento na educação, o desenvolvimento da terapêutica anti-retrovírica, as novas tecnologias como a circuncisão

masculina e os microbicidas, a maior acessibilidade ao tratamento que contribuíram significativamente para esta nova realidade. A importância da acessibilidade à medicação é tão evidente que estão a ser envidados esforços para simplificar a disponibilização do tratamento e para reduzir os seus custos. Um número crescente de evidências indica que a disponibilidade do tratamento pode contribuir para a prevenção do VIH (UNESCO, 2012).

O acesso à informação tem sido uma forma de excelência para capacitar e empoderar o indivíduo e a comunidade nesta luta de titãs que, à primeira vista se afigura desigual. Em países com epidemias generalizadas, uma combinação de mudanças de comportamento, incluindo a redução no número de parceiros sexuais, o uso do preservativo, a idade mais tardia da primeira relação sexual, a circuncisão voluntária tem reduzido o número de novas infecções. No Zimbabwe, por exemplo a incidência urbana do VIH caiu de um pico extremamente elevado de cerca de 6% em 1991 para menos de 1%, em 2010 (UNAIDS, 2011). As reduções mais acentuadas verificaram-se no Caribe com 42% e na África subsaariana com 25% (UNAIDS, 2012).

Estas conquistas não nos podem fazer esquecer que a cada dia ainda são infectadas pelo vírus da Sida cerca de 7 mil pessoas pelo que é essencial uma revolução nas políticas e práticas de prevenção (UNAIDS, 2010). Embora grande parte das notícias e dos resultados sobre a evolução da infecção por HIV/Sida sejam encorajadoras os desafios permanecem, a infecção por HIV/Sida continua a ser um dos maiores desafios da humanidade no âmbito da saúde, entendida na sua globalidade fisicopsicosocial (UNAIDS, 2012).

A sensação de euforia que provém das vitórias pode desenvolver no homem o sentimento de dever cumprido e de conquista levando-o a facilitar nos comportamentos e atitudes necessários à manutenção dos ganhos de saúde obtidos. O empenhamento, a solidariedade e a união de esforços que envolve os diferentes poderes instituídos começa a evidenciar resultados positivos e impressionantes, é, no entanto, importante não esquecer que há ainda um longo caminho a percorrer.

A terapêutica anti-retrovírica, ao alterar o curso natural da infecção por VIH nos indivíduos, contribuiu de forma muito expressiva para o aumento da longevidade e para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, esta realidade favoreceu no entanto, a modificação da percepção do risco da comunidade. É o reverso da mesma moeda do sucesso, a comunidade ao perceber que era possível sobreviver mais tempo com a infecção e com uma boa qualidade de vida, acabou também por ser mais complacente com os riscos de contrair a doença. (Mansinho, 2010 *cit. por* Jornal de Notícias).

A batalha prioritária será a da prevenção, caminho de primazia para a erradicação, a estratégia de eleição para uma prevenção eficiente será a aplicação do

princípio “Conheça a sua epidemia, conheça a sua resposta,” só assim poderemos fazer um correcto diagnóstico de situação que nos permita identificar as verdadeiras causas para que possamos dar uma resposta plena às especificidades locais da epidemia. O princípio requer forte compromisso político com respostas baseadas em evidências e em informações estratégicas actualizadas sobre como e porquê as pessoas continuam a ser vítimas da infecção VIH/Sida, incluindo a influência dos contextos sociais, políticos, económicos e jurídicos (UNAIDS, 2010).

No âmbito da prevenção a visão da UNAIDS (2010 p. 9), é caminhar para *zero novas infecções*, para a sua consecução foram delineadas as seguintes metas a cumprir até 2015:

- Reduzir para metade a transmissão sexual do HIV inclusive entre jovens, homens que fazem sexo com homens e a transmissão no contexto do trabalho sexual;
- Eliminar a transmissão vertical do HIV e reduzir para metade a mortalidade materna relacionada com a SIDA;
- Prevenir todas as novas infecções por HIV entre pessoas que usam drogas.

A resposta nacional à infecção pelo VIH enquadra-se nos compromissos estabelecidos internacionalmente e tem como desígnios acelerar a diminuição global da incidência da infecção - revertendo a tendência temporal de crescimento observada nalgumas subpopulações - garantir o acesso universal e equitativo a cuidados de saúde, e melhorar o prognóstico das pessoas que vivem com a infecção por VIH (Ministério da Saúde, 2012).

Estes objectivos serão operacionalizados fomentando políticas de boa governação dos recursos públicos, reconhecendo que, apesar do contexto económico e social particularmente adverso, potencialmente favorável ao agravamento da situação epidemiológica da infecção por VIH, as estratégias adequadas de resposta a à infecção, que representam encargos para a sociedade em geral e, em particular, para o sistema de saúde, não podem ser abandonadas sob pena de o preço a pagar ser muito elevado para a população (Ministério da Saúde, 2012). “Cada euro gasto na resposta ao VIH agora será em grande parte pago com a poupança nos custos em tratamento no futuro, sem contar com os ganhos sociais por manter as pessoas saudáveis e produtivas” (Zsuzsanna Jakab *cit. por* Viana & Pereira, 2012).

O Programa de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida assume uma visão coincidente com a da ONUSIDA, na qual se desenha um caminho que prevê: zero novas infecções, zero mortes relacionadas com a SIDA, bem como zero casos de

discriminação. Pretende-se, assim, que até ao final de 2016 (Ministério da Saúde, 2012 p.5):

- Reduzir em Portugal o número de novas infecções por VIH em 25%;
- Diminuir de 65% para 35% os diagnósticos tardios de infecção pelo VIH;
- Diminuir em 50% o número de novos casos de SIDA;
- Diminuir em 50% o número de mortes por SIDA;
- Aumentar para 95% a proporção dos indivíduos que dizem usar preservativo em relações sexuais ocasionais;
- Eliminar a transmissão da infecção por VIH da mãe para o filho.

1.1 INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO SOBRE SIDA

Conhecidos os dados epidemiológicos, sabendo que os adolescentes são um grupo vulnerável e que a prevenção é a conduta de excelência no caminho para a erradicação, é fundamental saber as evidências dos estudos sobre os conhecimentos dos adolescentes no âmbito da infecção do VIH/Sida nos seus diferentes aspectos, transmissão, comportamentos de risco, protecção, diagnóstico, cura e mortalidade.

Moscovici, (1976) *cit. por* Camargo, Barbará & Bertoldo, (2007 a) afirma que o conhecimento científico é adaptado como uma nova forma de senso comum, através do qual os grupos reelaboram o saber da ciência de acordo com os seus meios e predisposições para o conhecimento. Para o autor, as representações sociais têm um papel fundamental na medida em que servem para socializar o conhecimento científico, introduzindo-o nas comunicações do quotidiano e tornando-o parte integrante da realidade e da vida das pessoas.

O advento da SIDA, há 31 anos no cenário epidemiológico mundial, tem sido alvo de inúmeros estudos, nomeadamente nos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos adolescentes, cujos resultados têm responsabilidade nas mudanças significativas no campo da saúde, trazendo consigo a discussão de comportamentos sexuais, associados a crenças, valores e mitos, por se tratar de uma doença relacionada com a sexualidade. A este respeito Tura, (1998) *cit. por* Camargo, Barbará & Bertoldo, (2007a) afirma que a complexidade do fenómeno do VIH/Sida advém da sua envolvimento com a sexualidade, o afecto, o desejo, a necessidade de afirmação, além de normas, valores e informação. Para o autor (2004), no plano simbólico, estruturam-se novos significados que determinam mudanças no comportamento no que diz respeito à sexualidade, levando à reflexão sobre a importância das representações sociais a respeito do VIH/Sida elaboradas pelos adolescentes que, estão a vivenciar um processo de construção da sua sexualidade no cenário edificado pela epidemia.

O adolescente, a vivenciar uma etapa de construção de autonomia e identidade, importantes na passagem da sexualidade infantil para a sexualidade adulta, é, pela sua imaturidade e comportamentos sexuais de risco um ser particularmente vulnerável (Nodim, 2001; Matos *et al.*, 2003; Matos *et al.*, 2006;) sendo a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana uma importante forma de expressão desta vulnerabilidade. A vulnerabilidade decorre também de factores de natureza social e económica, culturais e de género. A pobreza e a marginalização social são evidentes determinantes da infecção e proporcionam contextos de vida que contrariam os comportamentos preventivos. Para diminuir essa vulnerabilidade, sobretudo em contextos de maior dificuldade económica e social, importa reforçar a educação formal, contrariar as desigualdades de género, combater a violência (Ministério da Saúde, 2012).

Considera-se que no mundo um de entre 20 adolescentes contrai alguma Infecção sexualmente transmissível a cada ano. De acordo com estimativas, mais de sete mil jovens são infectados pelo VIH, num total de 2,6 milhões, por ano, ou seja, mais da metade dos casos registados no mundo. Calcula-se que 10 milhões de adolescentes vivem hoje com o VIH, estando propensos a desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida nos próximos 3 a 15 anos (Araújo *et al.*, 2012). Sabe-se que em presença de uma Infecção Sexualmente Transmissível a hipótese do indivíduo se infectar com o VIH, aumenta de três a cinco vezes (Thiengo, Oliveira & Rodrigues, 2005).

De acordo com dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Sida, 1/3 dos 40 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo tem menos de 24 anos. Metade das novas infecções registadas todos os anos acontece entre os jovens, uma a cada 15 segundos, sendo que 2/3 desse total estão concentrados nas adolescentes do sexo feminino dos 15 aos 24 anos. A maioria dos jovens infectados pelo VIH não sabe que tem a doença (UNICEF, 2005; UNICEF, 2011).

O VIH/Sida tem uma dinâmica diferente quando se trata dos adolescentes e jovens quando comparados com a população geral. Nos adultos a maior parte dos casos de VIH/Sida ocorre entre homens e, entre eles, a principal forma de transmissão é a heterossexual. Quando consideramos somente a faixa etária dos 13 aos 24 anos, a realidade é outra, na faixa etária de 13 a 19 anos a maior parte dos registos da doença está entre as adolescentes do sexo feminino. Nos jovens, a principal forma de transmissão do VIH é a homossexual (responsável por 39,2% dos casos – quando na população adulta, esse índice é de 27,4%) (UNICEF, 2011).

Existem algumas características comportamentais, socioeconómicas e biológicas que fazem com que os jovens sejam um grupo propenso a infecção pelo VIH/Sida (UNAIDS, 2011, UNAIDS, 2012). Assumindo o pressuposto de que Sida é uma doença social, de índole comportamental importa visitar as características comportamentais de

risco que aumentam a susceptibilidade do adolescente e das quais destacamos: o início precoce da actividade sexual; o não uso ou uso descontínuo do preservativo nas relações, muitas vezes condicionado por uma informação ineficiente, por falta de crédito nas fontes que a propagam, ou apenas por esta vontade de viver intensamente que os incapacita para o não em momentos de intensidade erótica e afectiva, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.

Importante ressaltar que muitos dos comportamentos de risco do adolescente, entre os quais os sexuais, se relacionam com o abuso de álcool e ou outras drogas. O risco de infecção está também dependente do género e da idade.

Uma perspectiva de vulnerabilidade, de acordo com o género, fundamentada nos resultados obtidos pela investigação, permite-nos dizer que a probabilidade de infecção é 2,5 vezes superior nos sujeitos do sexo feminino (UNAIDS, 2012) e que esta se associa a factores biológicos, económicos socioculturais, legais e educacionais que frequentemente comprometem a capacidade das mulheres jovens se protegerem da transmissão do VIH/Sida (UNAIDS, 2010). A UNESCO, (2012) afirma que a epidemia do VIH/Sida teve efeito devastador nas jovens mulheres, que representam 66% das infecções de jovens em todo o mundo; é a primeira causa de morte e de doença entre as mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos); as mulheres infectadas são mais susceptíveis de ser alvo de violência por causa da sua condição de portadoras do. HIV/Sida (UNESCO, 2012).

No universo feminino podemos assim encontrar diferentes nuances dificultadoras, a desigualdade nas oportunidades de educação e emprego, falta de oportunidade de negociar o “sexo seguro”, maior probabilidade das mulheres serem vítimas da violência de género (UNAIDS, 2012) e uma mudança de paradigma a que assistimos no mundo ocidental em que podemos observar uma maior igualdade e autonomia das jovens adolescentes que, se reflecte num maior número de parceiros sexuais com todos os riscos que o comportamento encerra.

A evidência diz que em relações sexuais desprotegidas o risco é de 2 a 4 vezes maior para uma mulher do que para um homem. A probabilidade é maior porque durante o coito vaginal a área do trato genital feminino exposto às secreções sexuais do parceiro é maior do que a masculina, sendo a concentração do vírus maior no sémen do que nas secreções sexuais da mulher. As mulheres adolescentes correm riscos ainda maiores do que as adultas. A vagina e o colo do útero das mulheres jovens não estão totalmente desenvolvidos sendo menos resistentes ao VIH e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis ainda, nas alterações hormonais decorrentes do seu ciclo menstrual produzem um volume mínimo de secreção vaginal tendo, por isso, uma frágil barreira à transmissão do vírus.

No universo masculino a vulnerabilidade é acentuada pela influência dos padrões culturais que instigam o jovem adolescente a provar a sua masculinidade e potência sexual significando muitas vezes, ter várias parceiras sexuais (Pereira *et al.*, 2007) o que acaba por o colocar numa situação de grande risco na aquisição de Infecções Sexualmente Transmissíveis de entre as quais o HIV/Sida.

No conjunto de formas de transmissão conhecidas para o VIH sabemos, através dos dados fornecidos pelas principais instituições nacionais e internacionais, que, na actualidade, a via sexual é um dos principais veículos de transmissão da infecção. Esta realidade exige uma mudança de comportamentos da população onde uma atitude positiva face à sexualidade, materializada por práticas de sexo seguro, é um imperativo.

A adolescência é uma fase de mudanças, de descobertas, de conquista de autonomia e de construção de uma nova identidade em que uma nova sexualidade se vai moldando e tomando forma, de vivência em vivência, de descoberta em descoberta. Para que esta edificação decorra de forma segura é necessário que o tecido social em que o jovem se insere e no qual cresce, se responsabilize pela implementação de um conjunto de estratégias promotoras de um contíguo de conhecimentos que ao serem assimilados e processados empoderem os jovens permitindo-lhes uma tomada de posição consciente, objectivada em práticas seguras também no âmbito da sexualidade.

Embora a análise de diversos estudos nos permita concluir que os conhecimentos dos jovens sobre atitudes e comportamentos seguros nesta área existem, os mesmos estudos levam-nos também a inferir que muitos jovens ainda não os utilizam na sua prática quotidiana. Este desfasamento pode atribuir-se à ideia de invulnerabilidade, ancorada no seu pensamento mágico, ou ainda pelo não processamento dos conhecimentos veiculados nas diversas fontes a que têm acesso.

As mudanças favoráveis que se operam no âmbito da infecção pelo VIH/Sida podem ser responsáveis pela modificação de atitudes dos jovens face a este problema de saúde que tem componentes comportamentais e sociais muito marcados.

Os conhecimentos acumulados ao longo dos anos de existência do HIV/Sida levam todas as áreas envolvidas no seu combate a afirmar que batalha prioritária será a da prevenção. "É muito importante reforçar medidas de prevenção na população mais jovem para quem a Sida já não é uma doença rapidamente mortal e, portanto, estarão muito mais complacentes, como é próprio da adolescência, quanto a comportamentos de risco" (Kamal Mansinho, 2010 *cit. por* Jornal de Notícias).

Esta realidade foi confirmada por Almeida, Silva & Cunha, (2007) que conclui no seu estudo que a maioria dos adolescentes (94%) identifica a sida como uma doença normal mas não a reconhecem como uma doença grave (70,1%) dos adolescentes que vivem em meio urbano e (62,0 %) que vivem em meio não urbano. Os adolescentes

acreditam no contacto sexual com pessoas infectadas como forma de transmissão (72,6%) reconhecendo que correm grande risco de contágio ao ter relações sexuais com um indivíduo infectado mesmo que não apresentem qualquer sintoma (89,9%), admitindo, inclusivamente, a sua vulnerabilidade individual (64,0% que vivem em meio urbano e 62,0% que vivem em meio não urbano) (Almeida, Silva & Cunha, 2006). Os jovens de maneira geral, percebem a sua vulnerabilidade e acreditam que existe uma alta probabilidade de se infectarem caso não adoptem nenhum método de prevenção (Santos *et al.*, 2010).

Ferreira & Torgal, (2011) concluiu que 97,9% dos jovens afirmam saber quais os riscos que correm ao ter uma relação sexual sem usar preservativo. Apesar destas noções e de identificarem a prevenção como elemento essencial e indispensável na prática sexual, abdicam dela (Oliveira *et al.*, 2009) e os seus comportamentos são muitas vezes contrários aos seus saberes. A explicação para este desfasamento pode residir nesta noção de não gravidade da doença, as pessoas só adoptam comportamentos preventivos quando sentem a doença como uma ameaça grave ou seja quando se apropriam da noção de vulnerabilidade (UNAIDS, 2000; OMS, 199 *cit. por* Almeida, Silva & Cunha, 2007).

A percepção da gravidade pode ser influenciada pelas diferentes vivências e realidades no âmbito da doença. Thiengo, Oliveira & Rodrigues, (2005), num estudo realizado no Brasil e Ocran & Danso, (2009), num estudo realizado no Gana, chegaram a resultados diferentes. Ambos concluem que os jovens adolescentes percebem a infecção por VIH/Sida como real, reconhecendo que é uma doença contagiosa, incurável e grave, porque responsável pela incapacidade e morte de milhões de pessoas jovens, em idade activa e produtiva, com reflexos negativos no progresso e desenvolvimento das comunidades. Os resultados destes dois estudos diferem, no entanto, quanto aos conhecimentos sobre as formas de desenvolvimento da doença, sua evolução e processos destrutivos sobre o organismo humano, Thiengo, Oliveira & Rodrigues, (2005), observaram que os adolescentes da sua amostra não detinham qualquer conhecimento nesta área enquanto Ocran & Danso, (2009), apurou que os adolescentes entrevistados sabem o significado, cursos e modo de transmissão da doença. Metade dos entrevistados definiu o VIH como a abreviatura de Vírus da Imunodeficiência Humana. A maioria sabe que o VIH é um vírus que ataca e destrói o sistema imunológico, tornando o sujeito susceptível às infecções oportunistas.

Camargo, Barbará & Bertoldo, (2007a) afirmam que a representação social da Sida para a população em geral é ainda composta por elementos como: doença, medo, sofrimento, preconceito e morte, para os adolescentes, grupo que para além das

campanhas informativas teve acesso a uma educação sexual formal, a representação social difere já da década de 90 incluindo os elementos prevenção e responsabilidade.

Nader *et al.*, (2009) concluíram no seu estudo que população adolescente estudada, tinha conhecimentos adequados sobre o HIV/Sida, conhecendo o seu significado e as suas formas de contaminação (91% dos adolescentes sabem o que é a Sida e 89,6% sabem que é uma doença causada por um vírus, o HIV), resultados semelhantes aos referidos por outros autores (Trajman *et al.*, 2003; Diclemente *et al.*, 1986; Doreto *et al.* 2007 *cit. por* Nader *et al.*, 2009). No entanto o autor partilha os resultados de Camargo & Ferrari, (2009) que detectaram baixos níveis de conhecimentos, inferiores aos de Diclemente *et al.* (1989) nos primórdios da infecção. Esta discrepância de resultados confirma que as realidades e os contextos são diferentes internacionalmente e até nos mesmos países.

Muitos estudos concluem que os adolescentes possuem saberes diversificados mas incompletos, modestos, inconsistentes pouco específicos no plano cognitivo, retratando o perfil das informações contidas nas campanhas de prevenção veiculadas pelos média, sobre o VIH/Sida, não apresentando saberes profundos sobre as formas de transmissão (Torres, Davim & Almeida, 1999; Matos *et al.*, 2003; Thiengo, Oliveira & Rodrigues, 2005; Almeida, Silva & Cunha, 2007). Cerca de metade dos adolescentes de um estudo português realizado por Matos *et al.*, (2003), referem não correr nenhum risco de ser infectados e mais de um terço referem não saber se correm risco. Não existe uma integração do conhecimento científico na cultura, sendo esta a condição essencial para a prevenção (Camargo, Barbará & Bertoldo, (2007a). Estes autores concluem que, ao basear o comportamento de protecção em conhecimento científico, o adolescente será proprietário de uma maior quantidade e qualidade de informações que lhe permite uma melhor percepção das situações de risco, empoderando-o para uma tomada de decisão mais responsável. Esta informação dá-lhe a possibilidade de se estruturar cognitivamente o que é essencial para a implementação da prevenção no âmbito das infecções sexualmente transmissíveis. Kamal Mansinho, (2010) *cit. por* Jornal de Notícias, corrobora a concepção afirmando que "A ideia não é inibir ou proibir esses comportamentos de risco; é proporcionar informações de maneira mais adequada possível e ajustada à idade, de modo a que este grupo populacional possa adoptar as medidas de precaução no momento certo"

No âmbito dos conhecimentos relacionados com a transmissão das Infecções Sexualmente Transmissíveis os adolescentes detêm mais conhecimento sobre as formas de transmissão do VIH/Sida quando comparado com as formas de transmissão das outras Infecções (Brêtas *et al.*, 2009).

No estudo destes autores a maioria dos adolescentes mostrou conhecimentos adequados e consistentes sobre os principais modos de transmissão do VIH/Sida. Os jovens reconhecem como meios de transmissão do HIV a relação sexual sem o uso de preservativo (sexo oral, anal e vaginal); a transfusão de hemoderivados; a partilha de agulhas e seringas com sangue contaminado entre usuários de drogas injectáveis; de mãe para filho, durante a gravidez e parto (transmissão vertical); nenhum adolescente citou a via do leite materno de mães VIH positivo e o uso de objectos perfurantes e cortantes contaminados, transmissão ocupacional (Brêtas *et al.*, 2009). Ao contrário, Ocran & Danso, (2009), referem que no seu estudo os adolescentes identificam o uso de material perfurante e cortante contaminado como uma das vias de transmissão. Uma percentagem de (17% a 10%) ainda pensam que pode haver transmissão por superfícies contaminadas e uma percentagem mínima (1% a 2%) ainda refere o abraço como meio de transmissão (Brêtas *et al.*, 2009). Camargo & Botelho, (2007b) concluíram igualmente que a maioria dos inquiridos mostra conhecimentos sobre os principais modos de transmissão do HIV, pelas vias sexual e sanguínea porém, ainda há mais de 30% dos adolescentes escolares que pensam que “dar sangue” ou estar internado num hospital podem ser veículos de transmissão.

Os estudos consultados estão todos de acordo com os dados apresentados concluindo que a grande maioria dos adolescentes, com resultados sempre superiores a 80% reconhecem as diferentes vias de transmissão do HIV, sexual, parentérica e vertical subsistindo no entanto concepções desacertadas onde se incluem como vias de transmissão o uso de casas de banho públicas e os contactos sociais (Dias *et al.*, 2005; Ocran & Danso, 2009; Marinho, 2008; Nader *et al.*, 2009; Araújo, 2012)

Pese embora as lacunas identificadas nos conhecimentos 86,7% dos participantes consideram-se bem informados sobre HIV/Sida (Camargo & Botelho, (2007b). Brêtas *et al.*, concluíram que 100% dos adolescentes se consideram bem informados sobre esta temática. A leitura dos valores relacionados com percepções auto reportadas tem que ser cuidadosa pois, a avaliação dos saberes não pode basear-se simplesmente no cálculo dos conhecimentos que o adolescente diz ter, é necessário avaliar a eficácia da sua implementação.

O reconhecimento de que o VIH/Sida é uma doença cuja essência não é um fenómeno biomédico simples mas a consequência directa de um conjunto de factores psicossociais e culturais, onde o comportamento individual é responsável pelo aumento de propagação da doença, identifica a responsabilização individual e a prevenção como os caminhos de excelência para a sua erradicação.

A prevenção tem subjacente a prática de sexo seguro que subentende que não se verifique qualquer troca ou contacto com sémen, sangue, secreções vaginais ou anais,

principais fontes de contaminação pelo VIH (Torres, Davim & Almeida, 1999). De acordo com estas premissas o preservativo é o método de excelência para a prevenção uma vez que viabiliza uma condição de barreira ao contacto.

O preservativo é um método contraceptivo de barreira e o único que, comprovadamente, reduz o risco de todas as Infecções Sexualmente Transmissíveis nas quais se inclui o VIH. É o método contraceptivo mais utilizado em todo o mundo, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como o método que, associado a um comportamento sexual responsável, tem um papel importante na prevenção do VIH/Sida. A sua eficácia não é absoluta por questões técnicas na fabricação, armazenamento, transporte e teste de qualidade ou por questões funcionais, uma vez que a sua utilização inadequada expõe o usuário aos riscos de Infecções Sexualmente Transmissíveis ou de uma gravidez não desejada (Neto *et al.*, 2009).

A relação sexual desprotegida foi a primeira causa provável de infecção pelo vírus HIV no ano de 2009 (Araújo *et al.*, 2012)

A importância da sua utilização ostenta evidências tão convincentes que Bento XVI oficializou a mudança de paradigma da igreja em relação ao seu uso aceitando que: "Em certos casos, quando a intenção é reduzir o risco de contaminação do VIH, este pode mesmo ser o primeiro passo para abrir caminho a uma sexualidade mais humana, de outra forma vazia." (Jornal de Notícias, 2010) O director do programa ONUSIDA das Nações Unidas considerou esta mudança como um passo em frente, significativo e positivo (Jornal de Notícias, 2010) com impacto objectivo nas culturas de raiz fortemente católicas.

Quase todos os adolescentes afirmam conhecer alguma forma de prevenção no âmbito das Infecções Sexualmente Transmissíveis (Oliveira *et al.*, 2009). Como formas de prevenção os adolescentes referem em grande maioria a utilização do preservativo, com percentagens sempre superiores a 80% (Matos *et al.*, 2003; Thiengo, Oliveira & Rodrigues, 2005; Matos *et al.*, 2006; Camargo, Barbará & Bertoldo, 2007a; Camargo & Botelho, 2007b; Almeida, Silva & Cunha, 2007; Brêtas *et al.*, 2009; Oliveira *et al.*, 2009, Ocran & Danso, 2009; Santos *et al.*, 2010; Giacomozzi & Camargo, 2011; Araújo, *et al.*, 2012; Albuquerque *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2013), seguida da consulta médica periódica, de um melhor conhecimento do parceiro sexual e das relações monogâmicas (Oliveira *et al.*, 2009; Ocran & Danso, 2009), a abstinência e a fidelidade, a partilha de material cortante e perfurante (Ocran & Danso, 2009) alguns jovens ainda referem como formas de prevenção do VIH/Sida a lavagem dos genitais, (Brêtas *et al.*, 2009), a utilização do diafragma (11,6%), dos anticoncepcionais orais (10,8%), do coito interrompido (5,7%), do espermicida (4,9%). (Oliveira *et al.*, 2009). Este autor diz que avaliação dos saberes não pode basear-se simplesmente no cálculo dos conhecimentos

que o adolescente detém sobre os métodos, é necessário avaliar também a importância que lhe atribuem, a acessibilidade, a forma correcta da sua utilização e as possíveis consequências do não uso, estes são os aspectos complementares essenciais a uma avaliação da eficácia esperada.

Não existe uma associação directa entre a atitude positiva relativamente ao uso do preservativo e o seu uso efectivo, muitos adolescentes não utilizam os conhecimentos que detêm nas suas práticas quotidianas pelo seu sentimento de invulnerabilidade, ou alegando uma relação estável, justificando que seu uso pode gerar desconfiança em relação à fidelidade do casal; o uso de um método contraceptivo; o desconforto atribuído ao seu uso, referindo que retira o prazer sexual, atitude mais frequente nos rapazes; pelo medo de serem abandonadas ou maltratadas pelos seus parceiros, atitude mais frequente nas raparigas; ou pelo abuso de álcool e outras drogas, os quais favorecem a prática do sexo inseguro. (Matos *et al.*, 2006; Oliveira *et al.*, 2009; Santos *et al.* 2010). No estudo de Santos *et al.*, (2010) um adolescente declara que muitos jovens, não se reconhecem em situação de risco frente às Infecções Sexualmente Transmissíveis e, quando não fazem o uso do preservativo, não é por esquecimento mas por afastar da sua realidade a possibilidade de ter a doença.

Kamal Mansinho *cit. por* Jornal de Notícias, (2010) declara que é comum encontrar na consulta adolescentes que se infectaram recentemente, que dizem saber como a doença se transmite mas, naquele momento, não foram capazes, por várias razões, “de colocar um preservativo”.

O conhecimento sobre HIV/Sida é importante mas não o suficiente para que os jovens adoptem um comportamento de protecção no entanto, a falta de informações, associada a outros determinantes contribui para aumentar a sua vulnerabilidade. Os investigadores afirmam que os sujeitos que dispõem de informações adequadas apresentam atitudes mais positivas face ao uso do preservativo (Giacomozzi & Camargo, 2011, Araújo *et al.*, 2012, Albuquerque *et al.*, 2012).

No âmbito dos conhecimentos sobre VIH/Sida, quando comparados os géneros, os resultados indicam que não existe diferença significativa nos saberes sobre a via de transmissão sexual, no entanto, as adolescentes do sexo feminino dispõem de mais conhecimentos quanto à via de transmissão parentérica, vertical e utilização de materiais cortantes e perfurantes assim como à consciência de que os contactos sociais e a utilização de objectos com pessoas infectadas não é uma via de transmissão. O sexo feminino é no entanto vulnerável pois, embora apresente maior nível de conhecimentos que o sexo masculino e se posicione mais favoravelmente frente o uso do preservativo, declara utilizá-lo menos, tendo menos autonomia para recusar comportamentos sexuais de risco (Giacomozzi & Camargo, 2011).

Os resultados da maioria dos estudos revelam que as principais fontes de informação dos estudantes sobre VIH/Sida são a escola e a televisão (44,8% e 41,5%, respectivamente) e em segundo lugar os folhetos e a família (respectivamente, 36,6% e 34,1%). Esses dados mostram mais uma vez a relevância da família diante de um assunto que envolve a sexualidade (Camargo & Botelho, (2007b)). Se os amigos são interlocutores privilegiados em matéria de sexualidade, os adolescentes reconheceram que eles têm um papel secundário quando se trata de conhecimento sobre a Sida. Os dados também indicam que os médicos e profissionais de saúde têm pouca participação no fornecimento de informações sobre esta temática. No entanto, 31,3% daqueles que não tiveram o médico ou profissional de saúde como fonte principal de informação acreditam que esse profissional seria a pessoa mais indicada e aceite pelos alunos para tratar do tema na sua escola (Camargo & Botelho, 2007b).

As formas de prevenção mais destacadas pelos adolescentes são evitar a pertença a grupos de risco, uso de preservativo, o diálogo entre os parceiros sexuais que permita saber das suas vivências sexuais anteriores e facilitar decisões conjuntas livres de pressão e chantagem, realização de exames periódicos, evitar abuso de bebidas alcoólicas e drogas, uso de seringas descartáveis (Thiengo, Oliveira & Rodrigues, 2005; Santos *et al.*, 2010).

As principais barreiras percebidas para a adopção de comportamentos saudáveis, foram a influência da cultura masculina, concomitante ao papel desempenhado pelos amigos e a falta de conhecimentos adequados acerca das Infecções sexualmente transmissíveis e suas formas de transmissão (Santos *et al.*, 2010).

CAPITULO III

1. AUTO-CONCEITO E AUTO-ESTIMA

A existência do homem ao longo do seu ciclo vital terá sempre por base as relações e interações que estabelece com os contextos em que está inserido, numa dualidade que determina que o sujeito seja marcado e marque a sociedade em que vive. É difícil entender o comportamento humano sem ser num contexto social, em interação com os outros. Este viver social determina normas, padrões de conduta, sistemas de valores, aos quais o indivíduo tem de se submeter, sob pena de se sentir desintegrado. Ser aceite pelos outros, ter um grupo de pertença com afinidades e padrões de comportamento comuns, ocupar um lugar na sociedade são fortes motivações sociais que determinam a existência do sujeito.

Cooley apud Burns, (1990) *cit. por Mosquera et al.*, 2006, alertou para a relação entre o eu-pessoal e a sociedade, salientando que Eu e a sociedade nascem juntos, como consequência temos uma construção de subjectividade, com génese na complexa e contínua socialização.

J.R. Royce & colaboradores *cit. por Royce y Powell*, (1983) vêem a personalidade como uma organização hierárquica de sistemas e subsistemas que traduzem, transformam e integram a informação. A personalidade total, o supra sistema, integra seis sistemas; sensorial, motor, cognitivo, afectivo, estilos e valores que, por sua vez, se constituem numa ordem hierárquica de níveis distintos onde os construtos de ordem superior exercem uma influência maior sobre a conduta e um papel mais integrativo que os de ordem inferior, da sua interação, derivam as individualidades do sujeito, a sua personalidade, na qual se destacam que três conceitos ou dimensões:

- a visão do mundo, consequência da interação entre os sistemas cognitivo e estilos;
- os estilos de vida do indivíduo, determinados fundamentalmente pela interação entre os sistemas afectivo e de valores;
- a auto-imagem, o auto-conceito determinado, pela interação dos sistemas de estilos e valores.

Auto-conceito e Auto-estima submergem desta rede de vivências e interações marcando e direccionando a forma de vida do indivíduo.

A teoria do auto-conceito assenta na premissa de que este construto é formado por um conjunto de esquemas cognitivos denominados auto-esquemas que correspondem às construções que resumem as nossas experiências passadas e que permitem aos indivíduos compreender as suas próprias experiências sociais

organizando, desta forma, a ampla variedade de informações que possuem sobre si mesmos (Giavoni & Tamayo, 2000 *cit. por* Saldanha, Oliveira & Azevedo, 2011).

As percepções construídas, e as atitudes a elas correspondentes, possuem (Burns 1979, *cit. por*. Saldanha, Oliveira & Azevedo 2011) três componentes elementares: avaliativo/afectivo; cognitivo e comportamental. O primeiro, definido por Coopersmith (1967) como auto-estima, corresponde à avaliação global que o indivíduo possui acerca do seu próprio valor. A auto-estima, de acordo com Gobitta e Guzzo (2002), Myers (2000), *cit. por* Saldanha, Oliveira & Azevedo, (2011) é um construto muito complexo e corresponde à satisfação do indivíduo com a sua auto-imagem que, está sempre relacionada com o social.

Pelham e Swann (1989) *cit. por* Romano, Negreiros & Martins, (2007) enfatizam a importância dos factores cognitivos e afectivos da auto-estima, consideram que a sua organização é complexa, está multideterminada, e identificam três componentes na auto-estima global:

- tendência para experimentar estados afectivos positivos e negativos;
- as concepções específicas de si mesmo, das suas forças e debilidades;
- a forma como as pessoas “interiorizam” as suas auto-imagens, ou seja, a convicção sobre a importância relativa das “auto-imagens” positivas de si mesmo perante as negativas, e a discrepância entre as “auto-imagens” reais e ideais de si próprio.

1.1 AUTOCONCEITO

A consciência de auto-conceito tem vindo a evoluir e a adquirir importância no seu reconhecimento como factor protector da saúde e do bem-estar pessoal. William James foi o primeiro autor a estudar de forma sistematizada a noção de auto-conceito do ponto de vista psicológico; introduziu a dimensão social e proporcionou as bases da identidade pessoal. A sua importância advém do facto deste construto explicar muitas outras variáveis psicológicas, é um indicador que permite medir o nível de ajustamento à vida e ao bem-estar emocional, influenciando a forma como os indivíduos são motivados, adquirem e atingem os níveis de sucesso desejados nas diferentes áreas da sua existência (Freitas, 2009).

A definição de auto-conceito é complexa e suscita algumas controvérsias, na medida em que alguns autores utilizam terminologias como auto-conceito, auto-estima, auto-imagem, como nomenclaturas que expressam a mesma realidade, Marsh (1993) *cit. por* Peixoto, (2003) afirma claramente não distinguir entre auto-estima e auto-conceito no entanto, vários autores distinguem-nos na sua estrutura e caracterização (Guimarães & Grubits, 2004; Oliveira, 2007).

Rosenberg (1979) cit. por Peixoto, (2003) refere que a auto-estima e as diferentes componentes do auto-conceito *não são idênticas nem intermutáveis: ambas existem dentro do campo fenomenológico do indivíduo como entidades separadas e distintas.*

Goñi e Fernández, (2009) cit. por Mendes *et al.*, (2012) consideram que o auto-conceito se refere à ideia que cada pessoa tem de si mesma, enquanto a auto-estima indica o apreço que cada qual tem por si próprio; o primeiro termo faz referência à dimensão cognitiva ou perceptiva e o segundo à vertente avaliativa ou afectiva.

Mosquera e Stobäus (2008), cit. por Mendes *et al.*, (2012) consideram que a auto-imagem serve como base para a auto-estima, pois decorre do conhecimento individual de si mesmo e do desenvolvimento das próprias potencialidades, da percepção dos sentimentos, atitudes e ideias que se referem à dinâmica pessoal. O autor diferencia a auto-imagem da auto-estima considerando a primeira como o (re) conhecimento que o sujeito faz de si mesmo, como sente as suas potencialidades, sentimentos, atitudes e ideias e a segunda a forma como gostamos de nós próprios, nos apreciamos. Salaria ainda que auto-imagem e a auto-estima estão subjacentes ao processo de identidade formando uma estrutura *personalógica* que ajuda o indivíduo a ter coerência e consistência pessoais.

Emergindo desta dificuldade na conceptualização podemos encontrar na literatura diversas definições da auto-conceito não existindo, no entanto, uma que se considere universalmente aceite ou única.

Iniciaremos com a de Vaz Serra pois, no âmbito desta dissertação, assume particular importância, uma vez que a avaliação do auto-conceito será realizada através da aplicação do *Inventário Clínico de Autoconceito* validado para a população portuguesa pelo mesmo autor.

Vaz Serra, (1986a) define auto-conceito como a percepção que o indivíduo tem de si próprio nas várias dimensões, social, emocional, física ou académica. O auto-conceito é construído a partir dos aspectos teóricos que o indivíduo edifica acerca de si, partindo da sua interacção com o meio. Esta autoconstrução reflecte a percepção da sua imagem sobre os outros e da forma como os outros o julgam. Ao apresentar um auto-conceito positivo o indivíduo tem uma percepção positiva de si próprio e considera os outros de uma forma menos ameaçadora, ou seja, apresenta estratégias de *cooping* mais adequadas, sentindo-se melhor consigo próprio e com os outros.

Para Vaz Serra & Pocinho, (2001, p. 12), o auto-conceito possibilita a compreensão de cinco aspectos importantes ligados ao comportamento humano: a continuidade, a identidade pessoal, a consistência, a coerência e a razão pela qual

o indivíduo inibe ou facilita determinados comportamentos. De acordo com os mesmos autores existem quatro factores importantes para a formação do auto-conceito de um indivíduo: o modo como o seu comportamento é julgado pelas pessoas significativas do seu ambiente; o feedback que guarda do seu próprio desempenho; a comparação que faz entre o seu comportamento e o daqueles que considera os seus pares sociais e, por fim, o julgamento que estabelece ao seu próprio comportamento baseando-se nas regras estabelecidas por um determinado grupo normativo, de natureza social, religiosa ou política ao qual se encontre vinculado.

Hamlym (1983) cit. por Mercer, (2011, p. 14), menciona o auto-conceito como o contíguo de crenças que uma pessoa tem sobre si mesma, a auto percepção pessoal, ou “a imagem de si mesmo”. O autor diz que não são os factos em si mas, o que o indivíduo acredita ser verdadeiro sobre si, próprio o que assume maior importância na construção do auto-conceito.

Para Shevelson, Hubner, Staton, (1776) cit. por Guimarães & Grubits, (2004, p105), auto-conceito é um *sistema organizado e dinâmico de crenças, pensamentos e sentimentos que o sujeito mantém sobre si mesmo e que são construídos a partir da representação de relação com os outros e das suas experiências com o meio. É uma representação interna de quem ele é. Inclui a auto- percepção em áreas da vida (...). A soma da visão de todas essas áreas é que forma o auto-conceito. O auto-conceito é também resultado do nível de expectativas do sujeito relacionado com o nível de realização pessoal.*

No âmbito desta conceptualização estes autores definem assim as diferentes áreas:

- Auto-conceito Académico, referente à capacidade intelectual, decorre da percepção que o sujeito tem do seu rendimento especialmente nas aprendizagens formais;
- Auto-conceito Profissional, refere-se às suas habilidades e capacidades, à sua percepção de eficácia e competência e ao reconhecimento pelos pares, superiores e subordinados;
- Auto-conceito Social, integra os sentimentos e as ideias que o indivíduo tem de si próprio e que dependem da interacção social, primeiro com as figuras afectivamente significativas. Nesta área inclui-se a popularidade;
- Auto-conceito Comportamental, relaciona-se com a assertividade, quando o sujeito valoriza a auto preservação e é capaz de controlar as emoções através do comportamento não agressivo;
- Auto-conceito Físico, aptidões e habilidades físicas que o sujeito reconhece a si mesmo, decorrentes das experiências e da forma como

percebe o seu próprio corpo. Compõe-se de elementos diversos como a coordenação motora, destreza, motricidade, gosto pelo desporto...;

- Auto-conceito de Atractividade, depende do quão fisicamente atraente o sujeito se sente percebido pelo outro. Inclui a aparência física, a sensualidade e o desempenho sexual.

Giavoni, (2000) cit. por Machado *et al.*, (2010) define o auto-conceito como uma estrutura cognitiva multifacetada e maleável; ou seja, é um sistema que interpreta, associa, organiza e coordena a variedade de imagens, esquemas, conceitos, teorias, metas e ideais que o indivíduo possui de si próprio.

TAMAYO, (2001) cit. por Campos & Krüger, (2011) considera na génese do auto-conceito três componentes essenciais: a auto-estima; a percepção de si mesmo e o comportamento. A auto-estima como um dos elementos determinantes no do bem-estar psicológico e funcionamento social do indivíduo, é o componente avaliativo do auto-conceito. A percepção de si, diz respeito às características e habilidades que o indivíduo possui ou deseja possuir, representa o aspecto cognitivo. O comportamento constitui a auto-apresentação, ou seja, as estratégias utilizadas para transmitir aos outros a imagem positiva de si mesmo

Assim o autor define auto-conceito como uma estrutura cognitiva que organiza as experiências passadas do indivíduo, reais ou imaginárias, controlando o processo informativo relacionado consigo mesmo e exercendo uma função de auto-regulação.

1.2 DIMENSÕES DO AUTO-CONCEITO

William James (1890) cit. por Giavoni e Tamayo (2003), cit. por Machado *et al.*, (2010), pioneiro no estudo do auto conceito estruturou o *self* em dois grandes elementos: o *self* como “eu” (*I self*), o sujeito observador e o *self* enquanto “meu” (*Me self*), o objecto, objecto este construído pelo próprio observador. A *I self*, enquanto observador, elabora, ao longo das suas vivências e experiências, uma estrutura teórica a respeito de si próprio imprimindo-lhe um carácter único, um estilo próprio e, principalmente, um sentido de continuidade ao longo do tempo, inerente à identidade. O *Me self*, foi dividido pelo autor em três componentes: *self material*, *self social* e *self espiritual*. Segundo ele, estes três componentes podem ser agrupados numa pirâmide, em que a *self material* está na base, e a *self espiritual* no topo.

No âmbito das dimensões do auto-conceito, Gottfredson e Oliveira (1985, 2005) cit. por Teixeira (2010, pp. 8 e 9) consideram que é essencial diferenciar-se a identidade do indivíduo (conteúdo das auto-percepções) e a auto-estima (as auto-avaliações e emoções do indivíduo). Para Gécas (1982) cit. por Vaz Serra (1986a), as identidades dão significado ao *self* como objecto de observação e ligam o *self* aos

sistemas sociais. Por outro lado, a auto-estima encontra-se ligada aos aspectos avaliativos e emocionais do auto-conceito.

L'Écuyer, 1978, citado por Costa, 2002, cit. por Saldanha *et al.* Isabel (2011) expõe um modelo em que se inscrevem cinco dimensões do auto-conceito:

- I. Self-material, compreende o corpo e suas particularidades;
- II. Self-pessoal, corresponde às características interiorizadas ou íntimas, formuladas pelo indivíduo;
- III. Self-adaptativo, corresponde às reacções do indivíduo face às percepções de si mesmo, negativas ou positivas;
- IV. Self-social, indica a confiança que a pessoa tem em si mesma e a forma como interage com os outros;
- V. Self e não-self, agrega significados de situações onde a pessoa não fala directamente dela mesma mas, somente dos outros e de situações onde o indivíduo está envolvido pelo julgamento dos outros à sua pessoa

Numa perspectiva mais ampla podemos dizer que o auto-conceito decorre da interrelação de três dimensões essenciais da vida humana: auto-imagem, imagem social e imagem ideal, ou seja o auto-conceito abrange a percepção organizada, subjectiva e singular de cada indivíduo sobre si mesmo, que se manifesta na auto-estima ou no nível de satisfação com essa percepção que pode ser de auto-confiança, ou auto-rejeição comparando o eu percebido com o eu idealizado. (James, 1968, cit. por Guimarães & Grubits, 2004).

Vaz Serra (1988) cit. por Santos (2009, p. 8) refere que o *autoconceito apresenta cinco facetas estruturadoras: a auto-imagem, a auto-estima, o autoconceito real, o autoconceito ideal e as identidades.*

A estrutura do auto-conceito de cada sujeito depende do modo como se organizam as diferentes auto-imagens, originadas no contíguo das suas percepções enquanto estrutura complexa. As auto-avaliações do sujeito têm a génese nas hetero-avaliações reflectidas, isto é, nas avaliações que os outros fazem ao seu comportamento específico, que as torna numa espécie de espelho que reflecte o modo como os outros o olham (Vaz Serra, 1986a).

Shavelson, Hubner e Stanton (1976), cit. por Peixoto (2003); Silva, (2009) Vaz Serra, (1988) cit. por Santos, (2009); e Goñi e Fernández, (2009) cit. por Mendes *et al.*, (2012) defendem um modelo multidimensional e hierárquico do auto conceito estruturado em sete categorias. Para estes autores o auto-conceito é:

- I. Organizado ou estruturado, isto é, as pessoas categorizam o vasto

conjunto de informação que possuem sobre si próprias e inter-relacionam estas categorias;

- II. Multidimensional, ou seja, é constituído por diferentes dimensões com diferentes facetas;
- III. Hierárquico, a representação global da self subdivide-se em dimensões menos globais (auto-conceito académico e não académico) as quais, por sua vez, se dividem em áreas mais específicas (auto-conceito académico que se divide em auto-conceito a matemática, a história, a língua materna...);
- IV. Estável, quando se desce na hierarquia o auto-conceito torna-se mais dependente da situação e conseqüentemente menos estável;
- V. Multifacetado, torna-se progressivamente multifacetado à medida que o indivíduo se desenvolve da infância para a idade adulta;
- VI. Descritivo e avaliativo, possui, simultaneamente, uma dimensão descritiva e avaliativa, o indivíduo pode descrever-se e avaliar-se a si próprio;
- VII. Diferenciável de outros construtos.

Peixoto, (2003) após proceder à análise de inúmeros estudos sobre auto-conceito concluiu que pela evidência empírica apresentada podemos confirmar algumas das características apresentadas;

- O auto-conceito possui uma estrutura multidimensional. O facto do sujeito evoluir em múltiplos contextos e se envolver em diferentes tarefas, leva a que elabore cognições sobre os seus desempenhos nessas situações.

- Os diferentes auto-conceitos organizam-se de forma hierárquica. No entanto, os resultados obtidos nas investigações apresentadas deixam em aberto a forma de organização dessa hierarquia.

- A investigação acerca das propriedades temporais do auto-conceito, isto é, sobre a sua estabilidade e mudança, apresenta resultados paradoxais. Argumenta-se a favor da estabilidade temporal do auto-conceito (Hattie, 1992; Markus & Kunda, 1986 cit. por Peixoto, 2003), ao mesmo tempo esgrimem-se argumentos em favor do dinamismo e flexibilidade desse mesmo auto-conceito (Oosterwegel, 1995; Oppenheimer, 1995; Showers, Abramson & Hogan, 1998).

Sisto e Martinelli (2004) cit. por Saldanha, Oliveira & Azevedo (2011), ao investigarem o auto-conceito em crianças e jovens, classificaram-no em:

- I. Social - a forma como o sujeito se percebe nas relações sociais;
- II. Escolar - as relações que desenvolve no contexto escolar;
- III. Familiar - compreende os comportamentos adoptados no contexto familiar;
- IV. Pessoal - refere-se ao modo de agir da criança ou jovem no seu

quotidiano.

O auto-conceito tem uma natureza dinâmica: inicia-se na infância e estrutura-se ao longo das diferentes etapas da vida e estádios de desenvolvimento (Freitas, 2009). Hattie cit, por Freitas, (2009) considera que é na adolescência que ocorrem as mudanças mais significativas e uma manifestação mais precisa do auto-conceito.

1.3 AUTO-CONCEITO E ADOLESCÊNCIA

Ao abordar o auto-conceito numa perspectiva desenvolvimental, ter-se-á que salvaguardar algumas considerações teóricas no que concerne ao significado da palavra desenvolvimento em psicologia. O desenvolvimento diz respeito ao sujeito com um todo integrado, é a pessoa quem se desenvolve e não o seu auto-conceito, ou a identidade, a inteligência ou qualquer outra dimensão da sua personalidade que a psicologia quer e se aventura a estudar (Santos, 2009).

A mudança natural que ocorre com o tempo não é sempre sinónima de desenvolvimento. O desenvolvimento implica necessariamente avanços qualitativos na forma como o sujeito percebe, estrutura e interage com o meio ambiente físico e social, resultando em comportamentos cada vez mais eficientes e eficazes (Lourenço, 2002 cit. por Santos, 2009).

O auto-conceito, tal como qualquer outra característica psicológica, tem um desenvolvimento natural, estreitamente dependente do desenvolvimento do raciocínio, da linguagem e da tomada de perspectiva social e, está associado ao desenvolvimento da personalidade em geral. O desenvolvimento do auto-conceito implica o desenvolvimento da consciência de si (Santos, 2009).

As dimensões relevantes que influenciam o auto-conceito sofrem modificações com a idade, tornando-se, em termos gerais, menos diferenciadas em idades precoces se comparadas com a adolescência, estádio em que esta influência se torna mais complexa e diversificada (Palacios, J.; Hidalgo, V., 2000 cit. por Freitas, 2009).

A par do desenvolvimento entre a infância e a adolescência, assistimos a uma diferenciação, do auto-conceito/auto-estima pois, à medida que os sujeitos crescem, abandonam as categorias indiferenciadas e gerais que utilizam para se descrever e avaliar adaptando, progressivamente, categorias diferenciadas e específicas, centradas em múltiplos domínios da sua existência, (Faria, 2005 cit. por Campos & Krüger 2011).

As auto representações durante a infância reflectem o desenvolvimento cognitivo em geral e de certas competências em particular como as competências discursivas e linguísticas (Harter 1999, cit. por Santos, 2009)

Durante a pré-adolescência e o início da adolescência, emergem e desenvolvem-se as auto-descrições baseadas em traços de personalidade, controlo emocional e

valores (Rosenberg, 1986 cit. por Santos, 2009), mantendo-se no entanto as referências às áreas relacional e escolar, assim como ao aspecto e competências físicas (Harter, 1999 cit. por Santos, 2009).

Na fase intermédia da adolescência, mantém-se a preocupação com o que os outros pensam acerca de si, diversificando-se no entanto, os papéis facto que dará lugar ao aparecimento de outras dimensões do auto-conceito. Reconhecem que possuem atributos contraditórios, o que cria alguma instabilidade nas suas auto-percepções. Procuram activamente no meio (espelho social), orientação sobre os padrões e atributos que devem internalizar. Os adolescentes referem-se a si mesmos de forma diferente nas distintas relações que estabelecem com os vários actores do seu palco social, o que pode desencadear conflito, confusão e mal-estar (Santos, 2009).

As cognições sociais de cada pessoa são moldadas pela comunicação com os outros, numa rede de relações sociais assim, podemos dizer que, à medida que o adolescente desenvolve a sua comunicação com os outros, aprende mais sobre si próprio (Harter, 1999 cit. por Santos, 2009).

Na fase final da adolescência encontram-se mais internalizados os atributos que se referem a crenças pessoais, valores e padrões. O adolescente resolve as contradições valorizando a flexibilidade ou capacidade de adaptação, integrando as aparentes inconsistências em abstracções de nível mais elevado de generalização acerca de si próprio (Harter, 1999, cit. por Santos, 2009).

No período que decorre do início até ao final da adolescência, o auto-conceito deixa gradualmente de ser regulado por influência dos outros e do meio, para ser cada vez mais dependente de processos de auto-regulação interna (Harter, 1999; Oosterwegel & Oppenheimer, 1993 cit. por Santos, 2009). As modificações nas competências de comunicação, a par da crescente diferenciação, de uma maior capacidade de abstracção e raciocínio sobre si mesmo, têm implicações no desenvolvimento do auto-conceito (Santos, 2009, p. 14).

O adolescente desenvolve, a partir da auto-estima, diferentes auto-conceitos em função dos diferentes papéis sociais que tem que assumir, como por exemplo, como filho, aluno, colega, namorado e atleta (Faria, 2005 cit. por Campos & Krüger, 2011). O autor concretiza que na adolescência são importantes as dimensões académicas, com o auto-conceito para a matemática, para a língua materna e para as disciplinas artísticas..., bem como a dimensão não académica social, que abrange a relação com pares e pais, e a académica física, que compreende a aparência física e a competência ou habilidade físico-desportiva.

Pelos pressupostos acima expostos, e pelo contexto do trabalho que desenvolvemos, entendemos pertinente a análise do auto-conceito na adolescência pela

sua capacidade preditiva dos mais variados comportamentos em diferentes contextos de vida (familiar, social, escolar) onde se inserem o grupo de indivíduos que integram o nosso estudo. Vaz Serra (1988) cit. por Santos (2009, p. 6) refere que o auto-conceito tem uma forte influência na vida quotidiana, uma vez que se torna útil nas manifestações inadequadas do comportamento, o que permite predizer o comportamento humano e conhecer a ideia que um indivíduo tem de si mesmo.

Os estudantes que possuem elevada auto-estima *são mais capazes de implementar com sucesso outros aspectos de seus auto-conceitos* (Lassance, 2005, cit. por Saldanha *et al.* 2011 p. p. 43-44).

Os adolescentes que subestimam as suas capacidades têm expectativas negativas acerca da sua realização futura, evitam a acção, pensam que os outros esperam menos deles. Percepcionam os seus esforços e os seus investimentos como menos regulares e eficazes, sobreavaliando o grau de exigência das tarefas de realização. Sentem de forma mais negativa a pressão e as exigências dos vários contextos, bem como as pressões dos outros significativos: pais, professores, treinadores e, particularmente, dos pares (Saldanha, Oliveira & Azevedo, 2011).

Os autores apresentam diversas conclusões referentes à interferência do auto-conceito no dia-a-dia do adolescente. A desvalorização que o adolescente faz de si próprio conduz a um subaproveitamento das potencialidades individuais e, frequentemente, a menores expectativas por parte dos outros em relação ao indivíduo, o que conduz à atribuição de objectivos menos desafiantes (Faria, 2005 cit. por Saldanha, Oliveira & Azevedo, 2011).

A qualidade do relacionamento familiar interfere na formação do adolescente. Cia e Barham (2005) cit. por Saldanha, Oliveira & Azevedo (2011) concluíram, a partir de suas investigações, que a elevada frequência e a qualidade do interrelacionamento entre pais e filhos interfere positivamente na auto-percepção destes últimos, particularmente nos itens referentes aos assuntos escolares. Peixoto, (2004) cit. por Saldanha, Oliveira & Azevedo (2011), apesar de confirmar os resultados limita a extensão dessa influência. Ele propõe que a qualidade das relações familiares introduz diferenças nas dimensões académicas, mas não na auto-estima dos sujeitos, em virtude desta última sofrer alterações preponderantemente na adolescência.

Para Bernardo e Matos (2003) por cit. por Saldanha, Oliveira & Azevedo (2011), a relação entre género e auto-conceito na maioria dos casos é consistente no que diz respeito quer às diferenças, quer às semelhanças entre sexos. As diferenças de género relacionadas com os estereótipos sexuais parecem ocorrer em aspectos específicos, o padrão principal revela que o sexo feminino reporta consistentemente mais percepções desfavoráveis da sua aparência e da sua competência.

A escola ocupa um papel importante na vida afectiva da criança e do adolescente, oferecendo simultaneamente elementos para eles se auto-conhecerem. Da Cunha, Sisto & Machado (2006) cit. por Saldanha, Oliveira & Azevedo (2011), apontam o auto-conceito escolar como o aspecto relativo às relações interpessoais que ocorrem nesse contexto. Os critérios referem-se à avaliação que o adolescente faz das suas possibilidades de liderança, de ser academicamente visto como esperto e, de os seus colegas aceitarem as suas disposições ao mesmo tempo que o reconhecem como uma pessoa bondosa e divertida, tanto no sentido positivo como no negativo.

Faria e Silva, (2001) cit. por Campos & Krüger, (2011), afirmam que a prática regular de exercício físico contribui para o desenvolvimento do auto-conceito físico e da auto-estima, abrindo perspectivas frutuosas de intervenção neste domínio. Apesar das evidências científicas sobre os benefícios da actividade físicos estudos americanos mostram que mais de metade dos adolescentes levam vida sedentária, não desenvolvendo uma actividade física regular. No que respeita ao sexo este número é maior nas adolescentes do sexo feminino.

2. AUTO-ESTIMA

A auto-estima é uma variável com vários anos de investigação e debate académico, tem fortes ecos no senso comum e nas nossas vivências diárias e é tida como um construto importante na constelação do *self*, uma forma de sentir o valor próprio, frequentemente associada a diversos comportamentos adaptativos e estilos de vida saudáveis.

Etimologicamente a palavra auto-estima deriva do prefixo grego *autos* que significa *por si mesmo* e do verbo latino *estimare* que designa *avaliar*, no sentido valorativo do termo.

A sua conceptualização reveste-se da mesma dificuldade da definição de auto-conceito e pela mesma ordem de razões no entanto, vimos no capítulo anterior que, não obstante a dificuldade de individualizar os inúmeros factores que cada uma encerra, a maioria dos autores as define como entidades diferentes ainda que inter-relacionadas e interdependentes.

A grande dificuldade na demarcação está em categorizar elementos psicológicos diferentes na sua essência, uma vez que as avaliações da *self* se processam simultaneamente de forma dinâmica e distinta (Cruz, 2009).

Se o auto-conceito é caracterizado por uma percepção mais objectiva, predominantemente ligada aos aspectos físicos, intelectuais e sociais, a auto-estima, mais ligada a aspectos de subjectividade, oferece a ideia de complementaridade influenciando de forma relevante a saúde dos indivíduos (Cruz, 2009). É frequentemente associada à saúde mental, como um indicador chave da estabilidade emocional, razão pela qual o estudo desta competência tem merecido um interesse cada vez maior. Um razoável nível de auto-estima está positivamente correlacionado com um estado de bem-estar psicológico, de integração social e com um menor grau de desadaptação (Diaz & Cabral, 2009 cit. por Cruz, 2009) ao invés, a baixa auto-estima acompanha frequentemente a doença e as desordens mentais, tais como a depressão, ansiedade e as fobias, (Baumeister, 1993, cit. por Fox, 2000, cit. por Crespim 2004).

Da panóplia de conceitos que podemos encontrar escolhemos para iniciar o de Rosenberg uma vez que, para avaliação desta variável iremos utilizar a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).

A auto-estima afirma-se, para a autora, como um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo em relação ao seu próprio valor, competência e adequação, que se reflectem numa atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo (Rosenberg, 1965, cit. por Sbicigo., Bandeira & Dell'Aglio, (2010). É um juízo pessoal de valor, uma

experiência subjectiva que se torna acessível aos outros através de relatos verbais e comportamentos observáveis (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1989 cit in Monteiro *et al.* 2012). Para Coopersmith (1989) o âmago da auto-estima é o aspecto valorativo que influencia o sujeito na forma como elege as suas metas, se aceita a si mesmo, valoriza o outro e projecta as suas expectativas para o futuro (Bednar & Peterson, 1995, *cit. por* Sbicigo., Bandeira & Dell'Aglio (2010).

A auto-estima é a confiança no próprio potencial, a certeza da capacidade de enfrentar os desafios da vida, a consciência do próprio valor e do direito ao sucesso e à felicidade. A auto-estima pode ser alta ou baixa, e qualquer uma das duas é auto-estima (Cerqueira, 2004, *cit. por* Campos & Küger, 2011).

Coopersmith (1967), *cit. por* Gravito, (2007 p 11) define-a como: “*A avaliação que um individuo faz e que habitualmente mantém quando se observa a si próprio; expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação e indica a dimensão da crença que o indivíduo tem em ser capaz, significativo, bem sucedido e com valor. Em suma, a Autoestima é um julgamento pessoal de valor que é expresso em atitudes que o indivíduo comunica aos outros através de informação verbal e outros comportamentos expressivos.*”

Burns, (1986) *cit. por* Crespin, (2004) define auto-estima como o processo em que cada indivíduo examina a sua performance, capacidades e atributos de acordo com os seus padrões e valores pessoais, que têm sido interiorizadas pela sociedade.

Vaz Serra (1986), *cit. por* Romano, (2007) considera a auto-estima a faceta mais importante do auto-conceito, associando-a aos aspectos avaliativos que o sujeito elabora a seu respeito, baseado nas suas capacidades e desempenhos. Para Pereira, (2001) *cit. por* Monteiro *et al.* (2012), esta avaliação não é apenas um construto individual, mas também o resultado de um conjunto de agentes externos que interagem e influenciam os agentes internos. A valoração que o sujeito faz de si próprio alicerça-se nas suas vivências familiares e sociais com reflexos profundos na sua auto-imagem.

A auto-imagem é uma espécie de organização da própria pessoa, é composta por uma parte mais real e outra mais subjectiva, convertendo-se numa forma determinante e de grande significado para o sujeito. Permite-lhe entender o meio ambiente em que vive, tentando perceber significados que são atribuídos ao meio e que passarão a ser tidos com seus (Mosquera *et al.*, 2006).

Cooley apud Burns, (1990) *cit. por* Mosquera *et al.*, (2006) alertou para a relação entre o eu-pessoal e a sociedade, salientando que o Eu e a sociedade nascem juntos, como consequência temos uma construção de subjectividade, com génese na complexa e contínua socialização. George Mead *cit. por* Mosquera *et al.*, (2006) propôs uma teoria mais ampla sobre a formação do Eu, ao reiterar que a origem do Eu está na própria sociedade, o Eu de todos os indivíduos amadureceria justamente como resultado das suas

actividades e experiências no social. Rogers cit. por Mosquera *et al.*, (2006) assegura que a teoria do Eu faz parte da teoria geral da personalidade, referindo que há uma essência do ser humano que ele vive num mundo pessoal e subjectivo, ao mesmo tempo que é continuamente posto à prova nas suas interacções com o mundo social. Neste contexto o sujeito tem uma propensão e busca a auto-realização, podendo mesmo diferenciar-se do meio através de transacções e transições que faz nos seus contextos.

Carl Rogers, (1997) *cit. por* Monteiro *et al.*, (2012) definiu a auto-estima não apenas como a apreciação do próprio valor e importância, mas como um compromisso do indivíduo em assumir a responsabilidade por si mesmo e pelas suas relações interpessoais.

Segundo Rosenberg, (1972) *cit. por* Cruz, (2009) e Bento, (2009) a construção e o desenvolvimento da auto-estima assenta em cinco princípios:

- as apreciações reflectidas pelos outros;
- as comparações que acontecem nas interacções sociais;
- a auto-atribuição, o que o indivíduo avalia das suas acções;
- a importância, importância psicológica;
- o valor, relativo, que o indivíduo atribui às diferentes dimensões do auto-conceito.

De acordo com a autora a forma como se manifestam os diversos princípios varia de sujeito para sujeito.

Wells & Marwell, (1976) *cit. por* Vaz Serra, (1986b, p. 63), nomeiam dois tipos de influência para a estruturação da auto-estima:

- Auto-estima baseada no sentido de competência, poder ou eficácia, decorre do desempenho que o sujeito considera eficaz, dos processos de auto-atribuição e da comparação social;
- Auto-estima baseada na virtude ou de valor moral, representativa do valor pessoal, alicerçado nas normas e valores expectáveis ao comportamento pessoal e interpessoal, no âmbito da justiça, reciprocidade e da honra.

Rosenberg, (1965), *cit. por* Sbicigo., Bandeira & Dell'Aglio, (2010) classifica o nível de auto-estima em baixo, médio e alto. A baixa auto-estima expressa-se por um sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar os desafios; a média é caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si; e a alta consiste no auto-julgamento de valor, confiança e competência. Para a autora, (1986) *cit. por* Cruz, (2009) a auto-estima elevada significa apenas que o indivíduo se respeita a si próprio, se considera digno e respeitável e não que se considera mais ou melhor do que os outros, reconhece inclusive as suas limitações

desejando desenvolver-se e aperfeiçoar-se. Ao contrário baixa auto-estima traduz menos respeito por si próprio reflectido em auto-rejeição, auto-insatisfação, auto-imagem negativa. Para Carl Rogers, (1961) *cit. por* Stantrock, (2010 p.97), a razão principal de os indivíduos terem baixa auto-estima é o facto de não terem tido um adequado apoio emocional e aprovação social.

Jardim e Pereira, (2006) *cit in* Cruz, (2009) destacam três agentes com importância basilar no construto da auto-estima do indivíduo:

- A sua história pessoal – a origem social e familiar - a valoração que faz da sua infância, adolescência e juventude, os acontecimentos e as pessoas mais significativas ao longo do seu percurso da vida.
- A avaliação que faz das suas competências individuais – capacidade de recordar e valorar os momentos em que teve êxito, desempenhou papéis importantes e recebeu elogios.
- A estimativa das suas perspectivas no futuro – capacidade para

elaborar projectos pessoais e profissionais.

A auto-estima é um processo sujeito a mudanças, que é estabelecida desde a infância, Rosenberg, (1989) *cit. por* Monteiro *et al.*, (2012), e que se pode modificar ao longo da vida, sendo a família a principal fonte de apoio estável. Existem controvérsias quanto à conceptualização da auto-estima como um traço estável da personalidade ou como um estado especificamente ligado ao contexto (Heatheron & Wyland, 2003 *cit por* Bandeira & Hutz, 2010). Alguns investigadores vêm a auto-estima como traço que reflecte estados de estabilidade durante um período de tempo. Dentro desta perspectiva, a auto-estima pode ser considerada como estável, porque construída vagarosamente ao longo do tempo, através de experiências pessoais bem sucedidas, sendo valorizada continuamente por pessoas significantes (Bandeira & Hutz, 2010). Algumas teorias aludem para uma classificação variável, com a asseveração de que a auto-estima pode ser momentaneamente manipulada ou afectada (Bandeira & Hutz, 2010). Assim, alguns autores vêem-na como um estado que motiva uma resposta a uma determinada situação (Harter & Whitesell, 2003 *cit. por* Sbicigo., Bandeira & Dell’Aglío, 2010); outros ainda sugerem que o desenvolvimento deste atributo possui descontinuidades ao invés de um curso estável ao longo do ciclo vital (Cole e cols., 2001 *cit. por* Sbicigo., Bandeira & Dell’Aglío, 2010). Para García del Cura, (2001) *cit. por* Mosquera *et al.*, (2006) não é uma entidade estática, pois apresenta altos e baixos, revelando-se nos acontecimentos psíquico-fisiológicos, emitindo sinais detectáveis em vários graus.

A auto-estima e o optimismo são fundamentais na formação do indivíduo, tornando-o num ser capaz de enfrentar a adversidade. Uma das principais características do ser resiliente é justamente a boa auto-estima, pois esta é

consequência da boa percepção que esse indivíduo possui, do valor de si mesmo (Costa, 1999 cit. por Monteiro *et al.*, 2012). A auto-estima elevada, segundo Turner & Roszell, (1994) cit. por Vaz Serra & Pocinho, (2001, p.15), ajuda a combater as implicações negativas quando ocorrem acontecimentos desagradáveis.

2.1 AUTO-ESTIMA E ADOLESCÊNCIA

A adolescência é a uma fase conturbada onde, a um só tempo, se verifica uma explosão de alterações hormonais, mudanças físicas e construção de uma nova identidade. Esta realidade traduz-se numa enorme pressão psicológica e exige um grande apoio da rede dos afectos, que a família lidera com uma importância fulcral, com o objectivo de prevenir danos colaterais, muitas vezes irreversíveis, no processo de formação do adulto.

Harter, (1999) cit. por Sbicigo, Bandeira & Dell'Aglio, (2010) afirma que na adolescência a noção do auto-valor se torna um aspecto central e é consequência do desenvolvimento das capacidades cognitivas que lhes permitem realizar abstracções a respeito do *self*.

De acordo com Rosenberg, (1989) cit por Monteiro *et al.*, (2012) a auto-estima é um processo que se constrói desde a infância e que pode modificar-se ao longo da vida, sendo a família a principal fonte de apoio estável.

Esta edificação faz-se através do olhar do contexto social, especialmente dos pais por isso, é importante que seja um olhar positivo, de reforço e apoio que permita ao adolescente a construção de uma auto-imagem e de uma auto-eficácia com base em crenças positivas.

Os estudos da trajectória da autoestima mostram que, na generalidade, ela é alta na infância para ambos os sexos, começando os seus níveis a diminuir no início da adolescência e ao longo desta, aumentado novamente a partir do início da idade adulta, voltando a deteriorar-se da idade média adulta até à velhice (Robins & Trzesniewski, 2005; Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling & Potter, 2002; Trzesniewski, Donnellan & Robins, 2003 cit. por Naranjo & González, 2012).

O início da adolescência é considerado como um período de particular importância na formação da auto-estima uma vez que esta etapa se caracteriza por uma grande vulnerabilidade na sua diminuição (Twenge & Campbell, 2001 cit. por Naranjo & González, 2012). A explosão de novos sentimentos, novas oportunidades e novas experiências irão constituir-se como um desafio à visão que o adolescente constrói de si mesmo (Steinberg & Morris, 2001; Twenge & Campbell, 2001, cit. por Naranjo & González, 2012) e para a sua estabilidade emocional (Larson, Moneta, Richards & Wilson, 2001, cit. por Naranjo & González, 2012). Deste modo, os jovens a vivenciar

esta fase manifestam, com frequência, não só uma diminuição mas também flutuações profundas nos seus níveis da auto-estima global que tendem a estabilizar com o decorrer da adolescência e a entrada na idade adulta (Block & Robins, 1993, cit. por Naranjo & González, 2012).

A auto-estima depende dos resultados que o jovem obtém em determinadas áreas específicas do seu dia-a-dia, assim, estão sempre à espera do êxito e não do fracasso na consecução das suas tarefas e objectivos. O jovem quer experimentar emoções positivas, intensas e de elevada auto-estima, pelo que evita todas as contingências geradoras de fracasso associado a emoções dolorosas (Crocker *et al.*, 2002; Crocker, Brook, Niiya & Villacorta, 2006 cit. por Naranjo & González 2012).

De acordo com Rosenberg (1979), adolescentes com um baixo nível de auto-estima global têm uma concepção pejorativa da sua auto-eficácia e auto-imagem considerando-se incapazes e incompetentes enquanto pessoas, tendo menor capacidade para enfrentar as adversidades, generalizando os seus sentimentos de incapacidade para todas as áreas (Kernis, Brockner & Frankel, 1989 cit. por Naranjo & González, 2012) e direccionando os seus comportamentos para desempenhos que evitem as emoções negativas (Park & Maner, 2009 cit. por Naranjo & González, 2012). Ao invés adolescentes com elevado nível de auto-estima global, tenderão a avaliar os fracassos como episódios ultrapassáveis e a si próprios como capazes de lidar positivamente com eles (Rosenberg, 1979 cit. por Naranjo & González, 2012). Os jovens com auto-estima elevada exprimem vivências mais positivas e têm maior capacidade para lidar com experiências negativas, gerando respostas mais adaptativas perante o fracasso (Dodgson & Wood, 1998; Tashakkori, Thompson, Wade & Valente, 1990 cit. por Naranjo & González, 2012).

A auto-estima está muito associada a aspectos de natureza física e relacional durante a adolescência (Harter, 1999 cit. por Antunes *et al.*, 2006). Nesta etapa do ciclo vital os domínios com importância relevante na construção da auto-estima incluem: a imagem corporal, a aceitação do grupo de pares, o desempenho escolar, habilidades sociais, a competência atlética e o comportamento geral. A inaceitação das normas sociais é, frequentemente valorizada (Bizarro, 1999 cit. por Bento 2009; Harter 1999, 2006 cit. por Stantrock, 2010).

Alguns problemas enfrentados por jovens e adolescentes, como a gravidez não desejada na adolescência, o abuso de drogas, a violência familiar, o fraco desempenho escolar, a delinquência, o suicídio, as agressões escolares, a depressão e a exploração sexual são problemas geralmente descritos na literatura como negativamente associados aos aspectos da auto-estima de jovens (Neto & Santos, 2012).

No que ao género se refere, em regra, o género feminino apresenta níveis médios relativamente mais baixos (Kling, Hyde, Showers, & Buswell, 1999 cit. por Antunes *et al.*, 2006). Encontra-se, frequentemente, um efeito de mediação da insatisfação com a imagem corporal e o peso (Griffiths, Beumont, Giannakopoulos, Russell, Schotte, Thornton, Touyz & Varano, 1999 cit. por Bento, 2009) e a diferença tende a acentuar-se com a entrada na idade adulta (Kling, Hyde, Showers & Buswell, 1999 cit. por Bento, 2009). Harter, (1999) cit por Sbicigo, Bandeira & Dell’Aglío, (2010), explica este dado consubstanciado no facto de as meninas apresentam mais conflitos durante o desenvolvimento da auto-imagem, pois valorizam mais os relacionamentos interpessoais e a opinião das outras pessoas a seu respeito. No entanto não há consenso nas pesquisas quanto à existência de diferenças significativas neste atributo em adolescentes do sexo masculino e feminino. Sbicigo, Bandeira & Dell’Aglío. (2010) refere dois estudos de metanálise (Gentile e cols., 2009; Twenge & Campbell, 2001) que não revelaram diferenças de género para auto-estima na adolescência.

A família é o espaço onde se forma na criança o sentido inicial de intimidade e valor próprio e se constroem os reforços parentais importantes durante a maioria dos estádios desenvolvimentistas (Bento, 2009).

Rosenberg (1979) cit. por Peixoto, (2003) conclui que os adolescentes que têm relações de proximidade com os pais apresentam uma probabilidade maior de níveis mais elevados de auto-estima. Para a autora mais do que a punição a falta de envolvimento parental em domínios importantes; estimular um diálogo diário, saber quem são os seus amigos, mostrar interesse pela situação académica; está relacionado com níveis baixos de auto-estima.

Os estudos de Gutman e Eccles, (2007) cit. por Bento (2009), assim como o de Plunkett *et al.* (2007) cit. por Bento (2009), concluem que o efeito das relações pais/filhos difere de acordo com o género, para as adolescentes do sexo feminino, o efeito das práticas parentais na auto-estima é mais forte do que nos rapazes. A auto-estima no adolescente é negativamente influenciada por interações negativas com os progenitores, principalmente por práticas reiteradas de demissão e rejeição, que têm como consequência défices de adaptação. Esta interacção é particularmente significativa nas raparigas, já que os efeitos da disfuncionalidade familiar são mais negativos para a sua auto-estima (Plunkett *et al.*, 2007; Gutman & Eccles, 2007 cit. por Bento 2009).

O sucesso escolar tem um peso significativo na vida dos adolescentes, podendo influenciar a sua auto-estima (Covington, 1984, 2001 cit. por Antunes *et al.*, 2006). A percepção de dificuldades de aprendizagem diferenciou nitidamente os alunos em termos da sua auto-estima, o que pode ter implicações em termos das estratégias de formação/aprendizagem no decurso da escolaridade (Antunes *et al.*, 2006).

Adolescentes com percepções positivas das suas capacidades encaram as tarefas com mais confiança e alta expectativa de sucesso. A percepção positiva ou negativa que têm do desempenho escolar afecta o seu nível de ansiedade e assim, o seu grau de esforço e persistência (Moysés, 2007).

Walz e Bluer, (1992) cit. por Moysés, (2007) concluíram que o abandono escolar está ligado a baixos níveis de auto-estima.

No que se refere ao conhecimento e ao processamento da informação, um auto-conceito académico elevado favorece o êxito e uma melhor percepção de auto-eficácia, promovendo mais e melhores estratégias de aprendizagem, facilitadoras de um processamento profundo da informação (García Fernández *et al.*, 2010; Gargallo, Garfella, Sánchez Ros & Serra, 2009; Núñez *et al.*, 1998 cit. por Naranjo & González, 2012).

O adolescente vive a vida como alguém que é intocável e invencível, que gosta de viver ao limite pois, tem a noção de que, por mais riscos que corra, nada de mal lhe acontecerá. Para Robinson, (1990) e Robinson & Tayler, (1986) cit. por Antunes *et al.*, (2006) a adopção de comportamentos de risco pode ser uma forma de manter a auto-estima, ancorando-a em comportamentos de contra-cultura, sobretudo quando o seu sucesso em áreas socialmente desejáveis e aceitáveis, como por exemplo na realização escolar, é mais baixo. Adolescentes com níveis elevados de auto-estima são menos susceptíveis à pressão dos pares (Zimmerman, Copeland, Shope & Dielman, 1997 cit. por Naranjo & González, 2012).

Kaplan, (1975) cit. por Moysés, (2007) concluiu que a delinquência foi a forma que muitos jovens encontraram para aumentar os seus níveis de auto-estima. Steffenhagen & Burns, (1987) cit. por Moysés, (2007 p. 48) concluem que *a baixa auto-estima é o mecanismo psicodinâmico subjacente a todo o comportamento desviante.*

A saúde é influenciada pelos estilos de vida. A adolescência é uma etapa do ciclo vital onde o desejo de experimentação e exploração de novas sensações conduz a comportamentos de risco. No âmbito dos estilos de vida saudáveis e da promoção da saúde, as investigações concluem que os jovens com baixa auto-estima têm piores níveis de saúde física (William, Chan, Chung & Chui, 2010 cit. por Naranjo & González, 2012). A baixa auto-estima na área familiar e escolar, ligada a uma auto-estima elevada nas relações com os pares, está associada a um aumento dos consumos (Naranjo & González, 2012).

Entre as atitudes e comportamentos ligados à baixa auto-estima e auto-conceito estão os comportamentos de risco no âmbito da sexualidade, onde se destaca um menor cuidado das adolescentes na prática de relações sexuais sem protecção (Salazar *et al.*, 2004 cit. por Naranjo & González, 2012).

Um estudo feito por McNair *et al.*, (2008) cit. por Neto & Santos, (2012) em universitários mostrou que o comportamento sexual de risco varia em relação ao sexo, nível de auto-estima e consumo de álcool. Homens com elevados índices de auto-estima relataram maior uso de preservativos; mulheres com baixos índices de auto-estima adoptavam comportamentos pouco protectivos, exigindo com menor frequência que os seus parceiros utilizassem preservativos constituindo maiores riscos para si e para seus parceiros. Neste estudo, os dados apontaram que ter auto-estima elevada é um agente de protecção. Contrariando estes resultados o estudo realizado por Swenson *et al.*, (2012) cit. por Neto & Santos (2012) mostrou que níveis mais elevados de auto-estima são encontrados em jovens adolescentes que praticam comportamentos sexuais de risco e têm mais parceiros sexuais. Um estudo realizado por Lalbahadur (2010) cit. por Neto & Santos (2012) com adolescentes da cidade de Durban, mostrou que não há relação significativa (apenas uma tendência) entre níveis de auto-estima e comportamentos sexuais de risco quanto ao uso de preservativos ou número de parceiros sexuais.

P

A

R

T

E

II



INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

CAPITULO I

1. METODOLOGIA

A metodologia está para a investigação como o sujeito está para o conhecimento. Nesse espírito a metodologia não substitui o investigador, mas proporciona-lhe meios para empreender a investigação (Deshaies, 1992 cit. por Dias, 2009 p19).

Ao longo deste capítulo descreveremos e apresentaremos o conjunto de procedimentos metodológicos adoptados, ferramentas que entendemos necessárias e facilitadoras na busca da solução às questões de investigação que formulámos, com base nas reflexões que a temática nos suscitou.

1.1. CONCEPTUALIZAÇÃO

Sexualidade do adolescente e Sida são dois conceitos, objecto do nosso estudo, complexos e desafiadores pelas características que individualmente encerram, complexidade e desafio que por vezes os faz cruzar no percurso de uma vida que, no momento, se afigura cintilante, vertiginosa, grandiosa, onde nem sequer o céu é o limite, numa conjectura de descoberta, de conquista que nos torna, aos nossos olhos, intocáveis, imbatíveis, invencíveis. Dois conceitos que numa primeira abordagem se nos afiguram inconciliáveis mas que uma reflexão mais cuidadosa nos mostra que são como pólos opostos que se atraem, confirmando as leis da física.

Este percurso paralelo, que por vezes se cruza, justifica a necessidade que sentimos de, numa primeira etapa, abordar a adolescência para melhor podermos entender e reflectir os pontos de contacto e sobretudo avaliarmos as melhores estratégias para os prevenir e evitar.

Os dados fornecidos pela UNAIDS, no seu relatório global de 2012, indicam que 34,2 milhões de pessoas no mundo vivem com o VIH, destas 30,7 milhões são adultos, dos quais 16,7 milhões são mulheres e 3,4 milhões menores de 15 anos. O documento esclarece que em 2011 foram identificadas no mundo 2,5 milhões de novas infecções, sendo 2,2 milhões em adultos e 330 mil em menores de 15 anos. No ano de 2011 mais de 7 mil pessoas por dia foram infectadas com o vírus da sida, 97% delas foram notificadas em países de baixa e média renda. Das notificações, quase 900 foram em menores de 15 anos. Os jovens, de 15 a 24 anos, emergem como grupo de maior contaminação, atingindo 41% dos novos casos.

Em Portugal a 31 de Dezembro de 2011, estavam notificados 41.035 casos de VIH/SIDA nos diferentes estádios de infecção, distribuídos da seguinte forma: casos classificados como Sida 16.880, dos quais 527 casos de Sida por vírus de imunodeficiência humana tipo 2 (VIH2); casos classificados como sintomáticos Não Sida 4.160; casos classificados como Portadores Assintomáticos 19.995. Como elemento comum a todos os estádios, verifica-se que o maior número de casos notificados corresponde a infecção em indivíduos referindo provável transmissão sexual (heterossexual) num total de 42,9% dos casos, enquanto o consumo de drogas por via endovenosa ou “toxicodependentes”, constitui 38,7% de todas as notificações (INRJ, 2012.).

O relatório de progresso conjunto da WHO, UNAIDS E UNICEF, (2011) expressa que globalmente o número anual de pessoas infectadas com VIH está a diminuir, embora nem todas as regiões do mundo apresentem as mesmas tendências globais. Desde 2001, a incidência anual do VIH caiu em 33 países, 22 deles localizados na África Subsaariana, noutras regiões, a incidência está novamente a acelerar, como é o caso dos países da Europa de Leste e da Ásia Central onde, depois de abrandar drasticamente no início de 2000, a incidência tem estado a aumentar desde 2008. Na Europa Oriental e na Ásia Central o número de mortes relacionadas com a Sida aumentou mais de 10 vezes entre 2001 e 2010, de cerca de 7.800 para 90.000.

Os relatórios do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças e da OMS alertam para os sinais que indicam não estar a abrandar o ritmo da transmissão de VIH/Sida na Europa. Marc Sprenger, director do Centro Europeu, alerta: “Exemplos recentes de diferentes países da União Europeia mostram que o falhanço na quebra da cadeia de transmissão do VIH conduzirá inevitavelmente a uma alta prevalência a longo prazo”, alertando “Se queremos reduzir e prevenir a transmissão do VIH em toda a Europa, temos de investir e de promover o aconselhamento e a despistagem”, apenas “Dessa forma, garantimos o diagnóstico precoce, bem como o acesso e a adesão ao tratamento, diminuimos o número de diagnosticados tardios e melhoramos os resultados do tratamento a longo prazo”. (Viana & Pereira, 2012).

No espaço da Europa Ocidental, Portugal continua a apresentar das mais elevadas incidências de infecção por VIH (Ministério da Saúde, 2012). O coordenador do programa nacional da Direcção-Geral da Saúde afirmou que a “prevalência estimada” da doença em Portugal se situa nos 0,6 a 0,7 por cada 100 mil habitantes.

O adolescente, a vivenciar uma etapa de construção de autonomia e identidade, importantes na passagem da sexualidade infantil para a sexualidade adulta, é, pela sua imaturidade e comportamentos sexuais de risco um ser particularmente vulnerável (Nodim, 2001; Matos *et al.*, 2003; Matos *et al.*, 2006;), sendo a infecção pelo Vírus da

Imunodeficiência Humana uma importante forma de expressão desta vulnerabilidade. A vulnerabilidade decorre também de factores de natureza social e económica, culturais e de género. A pobreza e a marginalização social são evidentes determinantes da infecção e proporcionam contextos de vida que contrariam os comportamentos preventivos. Para diminuir essa vulnerabilidade, sobretudo em contextos de maior dificuldade económica e social, importa reforçar a educação formal, contrariar as desigualdades de género, combater a violência (Ministério da Saúde, 2012).

No mundo a percentagem anual de infecções sexualmente transmissíveis é de um em cada 20 adolescentes. De acordo com estimativas, mais de sete mil jovens são infectados pelo VIH, num total de 2,6 milhões, por ano, ou seja, mais da metade dos casos registados no mundo. Calcula-se que 10 milhões de adolescentes vivem hoje com o VIH, estando propensos a desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida nos próximos 3 a 15 anos (Araújo *et al.*, 2012).

O advento da SIDA, há 31 anos no cenário epidemiológico mundial, tem sido alvo de inúmeros estudos, nomeadamente nos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos adolescentes, cujos resultados têm responsabilidade nas mudanças significativas no campo da saúde, trazendo consigo a discussão de comportamentos sexuais, associados a crenças, valores e mitos, por se tratar de uma doença relacionada com a sexualidade. A comunidade internacional, política, científica e civil, uniu-se numa luta empenhada com o objectivo de contribuir para a consecução da visão da UNAIDS/ONUSIA, (2010 p. 9), *zero novas infecções*. Pese embora este esforço as estatísticas falam por si e revelam que toda a união de parcerias, esforços e solidariedades não foram ainda suficientes para atingirmos o objectivo ambicioso a que o mundo se propõe, contribuir para a erradicação desta epidemia.

A epidemia do VIH/Sida não é apenas dinâmica em termos de opções de tratamento, estratégias de prevenção e progressão da doença o seu foco principal reside no comportamento sexual, que é, e deverá continuar a ser, o primeiro alvo dos esforços da prevenção em todo o mundo (UNAIDS, 1999). A dificuldade de intervenção neste parâmetro reside no facto de ele ser amplamente diverso e profundamente enraizado nos desejos individuais, relações sociais e culturais, ambiente e processos económicos. Esta realidade incontestável torna os processos de prevenção numa missão, que podia ser essencialmente simples, num desafio enormemente complexo porque encerra uma multiplicidade de dimensões.

O acesso à informação tem sido uma forma de excelência para capacitar e empoderar o indivíduo e a comunidade nesta luta de titãs que, à primeira vista se afigura desigual. Em países com epidemias generalizadas, uma combinação de mudanças de comportamento, incluindo a redução no número de parceiros sexuais, o uso do

preservativo, a idade mais tardia da primeira relação sexual, a circuncisão voluntária tem reduzido o número de novas infecções. (UNAIDS, 2011). Todavia as pesquisas já provaram que só a educação não é suficiente para induzir à mudança comportamental em muitos indivíduos. Assim, decorridos todos estes anos de pequenas conquistas e aprendizagens é fundamental investir em “intervenções de segunda geração com base em abordagens cognitivas e psicossociais individuais que educam os indivíduos em habilidades práticas para reduzir o seu risco de infecção pelo HIV “(Kalichman, 1997 *cit. por* UNAIDS, 1999 pag.5).

O desenvolvimento de projectos, conhecendo a amplitude e complexidade de que se reveste a sexualidade humana, exige uma avaliação exaustiva das necessidades, realidades e especificidades exclusivas de cada campo de acção, nas quais os conhecimentos e as atitudes face à sexualidade se inserem, para que se possam delinear as acções adequadas e ajustadas.

A reflexão sobre todas estas considerações constituiu o mote das questões que se nos colocaram e que deram origem ao nosso problema de investigação e que consubstanciamos desta forma: “Qual o nível de conhecimentos sobre VIH/Sida dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?”.

Questões de Investigação

Delineado o quadro de referência que inclui o tema em estudo, a revisão teórica, a formulação do problema e os objectivos delineados passaremos á enumeração das questões de investigação, formulação provisória do que desejamos conhecer.

Q₁ – Em que medida as variáveis sociodemográficas condicionam o nível de Conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?

Q₂ – Que impacto têm as variáveis de contexto escolar no nível de Conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?

Q₃ – Qual a influência das variáveis de contexto familiar no nível de conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?

Q₄ – Que relação existe entre as variáveis psicológicas (auto-estima, auto-conceito e percepção da imagem corporal) e o nível de conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?

Q₅ -As Atitude Face à Sexualidade influenciarão os Conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?

Na continuidade da edificação do nosso estudo e com a finalidade de dar resposta às interrogações levantadas, delineámos os seguintes objectivos:

- Avaliar os conhecimentos, sobre Sida, dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.
- Analisar de que forma as variáveis sociodemográficos influenciam os conhecimentos, sobre Sida, dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.
- Avaliar se as variáveis de contexto familiar influenciam os conhecimentos, sobre Sida, dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.
- Avaliar a influência das variáveis de contexto escolar nos conhecimentos, sobre Sida, dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.
- Analisar a relação entre as variáveis psicológicas (auto-estima, auto-conceito e imagem corporal percebida) e os conhecimentos, sobre Sida, dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.
- Analisar se as atitudes face à sexualidade influenciam os conhecimentos, sobre Sida dos adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.
- Validar a *Escala de Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida* de Zimet *et al.* (1989) na população portuguesa.

1.2. TIPO DE ESTUDO

O objectivo primário de qualquer investigação é obter novos conhecimentos e descobrir respostas para os problemas, para a sua consecução é fundamental, além do processo formal e sistemático de toda e qualquer investigação, que o investigador faça a escolha adequada do tipo de investigação em função das propriedades e das finalidades específicas a que o estudo se propõe (Dias, 2010).

O estudo que desenvolvemos nesta investigação obedece a um conjunto de pressupostos:

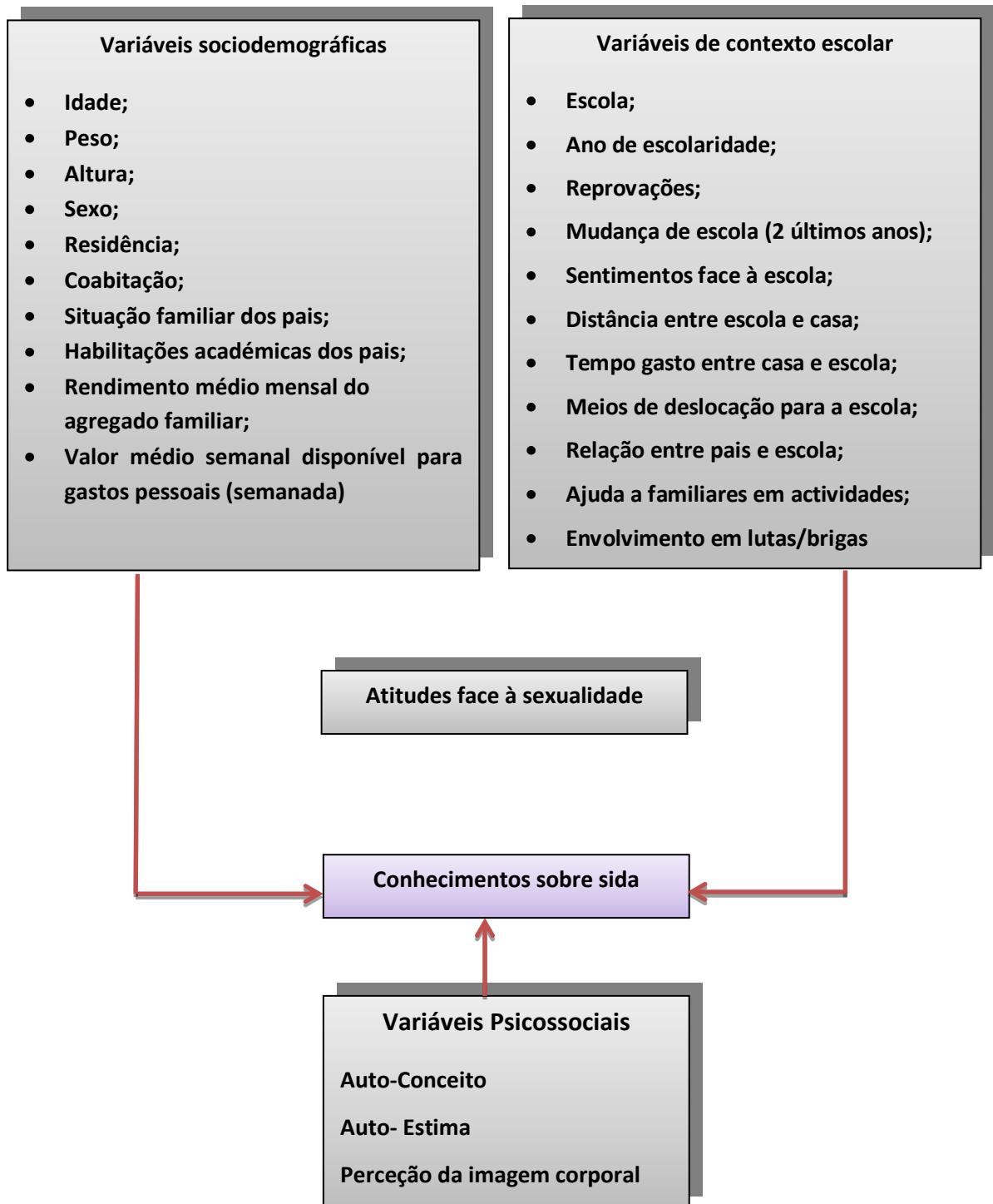
- Segue o método da análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação;
- Enquadra-se no tipo de investigação não-experimental, uma vez que não existe manipulação das variáveis em estudo;
- É um estudo transversal na medida em que mede a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema na amostra num período temporal bem delimitado;
- É ainda um estudo analítico, descritivo e correlacional uma vez que o seu objectivo, para além da análise e descrição das relações entre as variáveis, é analisar e explicar a relação entre as mesmas.

Face ao exposto concluímos que o nosso estudo é quantitativo, descritivo/correlacional, analítico e transversal. Tem por objectivo certificar as relações causais entre as variáveis sociodemográficas, psicossociais e atitudes face à sexualidade com o nível de conhecimentos sobre Sida dos adolescentes, do ensino secundário que frequentam o ensino regular e profissional, do distrito de Viseu.

Para viabilização deste propósito foi aplicado um questionário a uma amostra de estudantes do 10º, 11º e 12º ano, do ensino secundário e cooperativo, em três escolas do distrito de Viseu (Escola Secundária com 3º ciclo de Tondela, Escola Profissional de Tondela e Escola Secundária Emídio Navarro em Viseu) durante o mês de Março de 2012.

O estudo pretende descrever as características de uma determinada população, adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu, o fenómeno em inquirição é a avaliação do seu nível de conhecimentos sobre Sida, procurando, posteriormente, descortinar se existem relações de causalidade entre estes e as variáveis independentes: variáveis sociodemográficas, de contexto escolar, de contexto familiar, variáveis psicológicas (auto-conceito e auto-estima) e as atitudes face à sexualidade. A construção do quadro teórico e a articulação das variáveis em estudo está desenhada num modelo de representação esquemática (cf. fig. 1)

Figura 1 - Esquema conceptual da investigação



1.3. PARTICIPANTES

A nossa amostragem, não probabilística por conveniência pela da impossibilidade de inclusão de todos os estudantes do ensino secundário do distrito

de Viseu, é constituída por adolescentes do ensino secundário público e ensino cooperativo (10º, 11º e 12º anos) que frequentaram as Escola Secundária com 3º Ciclo de Tondela, a Escola Profissional de Tondela e a Escola Secundária Emídio de Navarro em Viseu, durante o ano lectivo de 2011/2012.

O total da amostra é de 971 estudantes distribuídos pelos diferentes anos lectivos; 375 alunos no 10º ano, 306 alunos no 11º e 290 alunos no 12º ano.

Dos 1200 exemplares do instrumento de colheita de dados distribuídos pelas três escolas, apenas foram validados 971 sendo a taxa de resposta de 80,92%. Os estudantes que constituem a amostra provêm dos concelhos de Viseu e Tondela, os dois mais populosos do distrito de Viseu.

1.3.1 Caracterização sociodemográfica

Idade

A população do nosso estudo tem idades compreendidas entre os 14 e os 21 anos, com uma média de 16.80 anos, um desvio padrão de 1,38 e um coeficiente de variação (CV) de 8,21 % o que é sugestivo de uma dispersão fraca. A média de idades no sexo masculino, 16.84 anos, é superior à do sexo feminino 16.76 anos (cf. tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade

Idade Sexo	N	\bar{x}	Min.	Max.	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	493	16,84	14	21	1,41	8,37	5,500	0,682	0,000
Feminino	478	16,76	14	21	1,35	8,05	6,161	2,484	0,000
Total	971	16,80	14	21	1,38	8,21	8,282	2,096	0,000

O teste de *Kolmogorov-Smirnov (K/S)* não apresenta uma distribuição normal, mostrando que, quer a distribuição total da amostra quer a distribuição por sexos, é assimétrica positiva e enviesada à esquerda.

A distribuição total e a distribuição dos sujeitos do sexo feminino são leptocúrticas relativamente ao seu achatamento; a distribuição dos sujeitos do sexo masculino é mesocúrtica.

Os resultados do teste *t de Student* para amostras independentes mostram que as diferenças de idade entre ambos os sexos, para um *p de Levene* de 0,301, não são estatisticamente significativas ($t = -0,882$; $p = 0,378$). A média de idades entre ambos os sexos é equivalente.

Idade distribuída por grupos etários

O tratamento estatístico dos dados relativos à idade realizou-se com base nas frequências absolutas, tendo-se procedido ao seu agrupamento em três grupos distintos mas homogéneos, a saber: ≤ 16 anos; 17 anos; ≥ 18 anos.

A análise da tabela 2 permite-nos concluir que o grupo mais representativo da nossa amostra com 43.40%, tem idade igual ou inferior a 16 anos, seguido do grupo dos indivíduos de 17 anos com 30.30%. O grupo dos adolescentes com idade igual ou superior a 18 anos representa apenas 26.40% da nossa amostra.

A aplicação do teste de Qui-quadrado permite-nos verificar que não existe relação estatisticamente significativa entre os grupos etários e o sexo ($\chi^2 = 2.530; p = 0.282$) sendo os mesmos independentes.

Tabela 2 - Distribuição da amostra por grupo etário e sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
≤ 16 anos	212	43,00	209	43,70	421	43,40	-0,2	0,2
17 anos	141	28,60	153	32,00	294	30,30	-1,2	1,2
≥ 18 anos	140	28,40	116	24,30	256	26,40	1,5	-1,5
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Peso

Os valores absolutos do peso, auto reportados pelos adolescentes da amostra em estudo (cf. tabela 3), oscilaram entre os 40,00 Kg e os 110,00 Kg; a média obtida é de 63,294 Kg com um desvio padrão de 10,926. Os adolescentes do sexo masculino são, em média, mais pesados ($\bar{x} = 68.655$ Kg) quando comparados com os adolescentes do sexo feminino ($\bar{x} = 57,764$ Kg).

A análise da distribuição da variável mostrou valores de uma dispersão média (CV= 17,32%) na totalidade da amostra e valores de uma dispersão fraca na distribuição do peso das adolescentes do sexo feminino.

Os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov revelam que não temos uma distribuição normal. A distribuição total da amostra, assim com a distribuição por sexos, expôs assimetria positiva ou enviesada à esquerda, sendo leptocúrticas, com base nos valores de simetria, achatamentos e respectivos erros.

A comparação da média dos pesos, auto reportados para ambos os sexos, através da aplicação do teste *t* de Student e, considerando as variâncias não homogéneas (p de Levene = 0,003), permite-nos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas (t = -17,873; p = 0,000) sendo os rapazes mais pesados quando comparados com as raparigas.

Tabela 3 - Estatísticas relativas ao peso, de acordo com o sexo

Idade	N	\bar{x}	Min.	Max.	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	493	68,655	42,000	110,000	10,305	15,01	4,445	3,223	0,000
Feminino	478	57,764	40,000	90,000	8,630	14,94	8,509	5,265	0,000
Total	971	63,294	40,000	110,000	10,962	17,32	8,038	2,318	0,000

Altura

Na variável altura obtivemos valores absolutos auto reportados que oscilaram entre os 135 e os 194 cm. A altura média dos sujeitos em estudo é igual a 169,73 cm, com um desvio padrão de 9.07. Os adolescentes do sexo masculino são, em média, mais altos ($\bar{x}=175,64$ cm) quando comparados com as adolescentes do sexo feminino ($\bar{x}=163,64$ cm). A variável apresenta uma dispersão fraca (CV= 5.35%) quer para a totalidade da amostra quer para as distribuições específicas dos sexos.

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* obteve resultados que nos permitem constatar que a amostra total não segue uma distribuição normal. Os valores de simetria e achatamento indicam-nos uma distribuição assimétrica negativa, ou enviesada à direita e leptocúrtica. Ao invés, a distribuição da altura das estudantes do sexo feminino é assimétrica positiva, ou enviesada à esquerda e mesocúrtica.

A comparação da média das alturas de ambos os sexos, através da aplicação do teste t de Student, mostra diferenças estatisticamente significativas ($t=-27,435$; $p=0,000$), sendo os rapazes mais altos quando comparados com as raparigas (assumindo as variâncias como homogéneas, p de Levene = 0,084).

Tabela 4 - Estatísticas referentes à altura de acordo com o sexo

Idade Sexo	N	\bar{x}	Min.	Max	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	493	175,64	135	197	7,202	4,10	-3,145	9,786	0,000
Feminino	478	163,64	145	190	6,386	3,90	2,366	1,928	0,000
Total	971	169,73	135	197	9,076	5,35	1,051	-1,548	0,000

Área de Residência

A análise da tabela 5 permite-nos verifica que a área de residência da nossa amostra é maioritariamente rural, 66,4% dos adolescentes vivem em áreas rurais, apenas 33,6% residem em áreas urbanas. A aplicação do teste de *Qui-quadrado* indica que não existe diferença estatisticamente significativa entre as variáveis área de residência e sexo ($\chi^2=0,563$; $p=0,453$).

Tabela 5 - Distribuição da área de residência em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Urbana	160	32,50	166	34,70	326	33,60	-0,8	0,8
Rural	333	67,50	312	65,30	645	66,40	0,8	-0,8
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Coabitação

Na amostra em estudo 77,30% dos estudantes afirma que vive com os pais, 53,20% coabitam com irmão(s) e 16,20% diz viver apenas com um dos progenitores, pai

ou mãe, dos restantes 7,60% coabitam com os avós e 2,90% com outros familiares. Há uma percentagem de 5,00% de adolescentes que afirmam viver com outras pessoas que não familiares (cf.tabela 6).

Os resultados obtidos na opção coabitação com irmãos revelam diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=9,930$; $p= 0.002$) mostrando os valores residuais que estas se situam no sexo feminino (58,40%).

Tabela 6 - Distribuição da amostra em função da coabitação e de acordo com o sexo

Sexo Coabitação	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pais	379	76,90	372	77,80	751	77,30
Pai ou Mãe	80	16,20	77	16,10	157	16,20
Irmão(s)	238	48,30	279	58,40	517	53,20
Avós	30	6,10	44	9,20	74	7,60
Familiares	15	3,00	13	2,70	28	2,90
Outros	23	4,70	26	5,40	49	5,00

Situação familiar dos pais

Com o objectivo de facilitar a análise estatística esta variável foi recodificada em três grupos distintos: *casados ou em união de facto*; *solteiros, divorciados ou em separação de facto e outros*.

A análise da tabela 7 mostra que a maioria dos adolescentes afirmam que os pais se encontram casados ou em união de facto (84,60%), dos restantes 11,10% diz que os pais são solteiros, divorciados ou em separação de facto e 4,30% dos inquiridos responderam que os pais detêm outra situação familiar. As diferenças verificadas entre a situação familiar não são estatisticamente significativas ($\chi^2=1,959$; $p= 0.376$) cumprindo os pressupostos de independência entre as mesmas.

Tabela 7 - Distribuição da situação familiar dos pais de acordo com o sexo

Sexo Situação Familiar Pais	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Casados/União Facto	423	85,80	398	83,30	821	84,60	1,1	-1,1
Solteiros/Divorc./Sep. Facto	48	9,70	60	12,60	108	11,10	-1,4	1,4
Outros	22	4,50	20	4,20	42	4,30	0,2	-0,2
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Habilitações literárias dos pais

Esta variável foi recodificada para facilitar a sua análise. Assim, foram construídos quatro grupos distintos de escolaridade: *até ao 1º ciclo*; *2º e 3º ciclo*; *ensino secundário e ensino superior*.

A observação da tabela 8 indica que a maioria dos pais dos adolescentes da

nossa amostra tem como escolaridade o 2º e 3º ciclo (45,30%), seguidos dos que têm a escolaridade até ao 1º ciclo com 23,80%, com o ensino secundário são 19,90% e com o ensino superior 6,5%, 4,50% dos jovens desconhece as habilitações literárias dos pais.

Relativamente às habilitações literárias da mãe, verificamos que, de igual forma, a maioria possui o 2º e 3º ciclo (44,50%), seguidas das que têm a escolaridade até ao 1º ciclo com 20,80%, com o ensino secundário são 19,80%, e 12,80% têm o ensino superior, 2,20% dos adolescentes não desconhecem as habilitações literárias da mãe.

Pela análise estatística concluímos que não existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sexo e as habilitações literárias do pai ($\chi^2=2,037$; $p=0,729$.), assim como não existe para a variável sexo e as habilitações literárias da mãe ($\chi^2=5,756$; $p=0,218$), sendo, assim, independentes entre si.

Tabela 8 - Distribuição das Habilitações Literárias dos pais de acordo com o sexo

	Sexo Hab. Lit. Pai/Mãe	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
PAI	Até ao 1º ciclo	124	25,20	107	22,40	231	23,80	1,0	-1,0
	2º e 3º ciclo	219	44,40	221	46,20	440	45,30	-0,6	0,6
	Ensino Secundário	95	19,30	98	20,50	193	19,90	-0,5	0,5
	Ensino Superior	30	6,10	33	6,90	63	6,50	-0,5	0,5
	Nãosabe/Não respondeu	25	5,10	19	4,00	44	4,50	0,8	-0,8
	TOTAL	493	100,00	478	100,00	971	100,00		
MÃE	Até ao 1º ciclo	106	21,50	96	20,10	202	20,80	0,5	-0,5
	2º e 3º ciclo	216	43,80	216	45,20	432	44,50	-0,4	0,4
	Ensino Secundário	87	17,60	105	22,00	192	19,80	-1,7	1,7
	Ensino Superior	71	14,40	53	11,10	124	12,80	1,5	-1,5
	Nãosabe/Não respondeu	13	2,60	8	1,70	21	2,20	1,0	-1,0
	Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Rendimento mensal do agregado familiar

Para facilitar a análise da variável rendimento mensal do agregado familiar procedeu-se à sua reclassificação em dois grupos: *rendimento mensal baixo ou médio baixo* e *rendimento mensal médio alto ou alto*.

A observação dos dados permite-nos afirmar que 56,70% dos agregados familiares auferem de um rendimento médio alto ou alto, os restantes 43,30% auferem de um rendimento baixo ou médio baixo (cf. Tabela 9).

A análise estatística indica que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos construídos após a reclassificação da variável ($\chi^2=0,001$; $p=0,975$) o que revela independência entre a variável as duas variáveis.

Tabela 9 - Rendimento Mensal do Agregado Familiar de acordo com o sexo

Sexo Rendimento Mensal	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Baixo /Médio Baixo	213	43,20	207	43,30	420	43,30	0,0	0,0
Médio Alto / Alto	280	56,80	271	56,70	551	56,70	0,0	0,0
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Gastos semanais

Os valores que estabelecemos para conhecer o valor médio, em euros, disponível para os gastos semanais dos adolescentes da nossa amostra foram recodificados em três novos grupos: $\leq 10,00$ €; $> 10,00$ € $\leq 25,00$ €; $> 25,00$ €.

A análise da tabela 10 permite-nos inferir que a maioria dos estudantes, 69,00%, recebe uma mesada de 10,00 € ou menos, 23,90% dizem receber uma quantia superior a 10,00 € mas inferior ou igual a 25,00 €. Somente, 10% dos adolescentes recebe uma mesada com valor superior a 25,00 €.

Os resultados obtidos pelo tratamento estatístico revelam que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=19,955$; $p=0,000$). A análise dos valores residuais infere que essas diferenças se localizam nas raparigas com uma mesada de 10,00 € ou menos (75,70%) e nos rapazes que recebem uma quantia superior a 10,00 € mas inferior ou igual a 25,00 € (29,00%).

Tabela 10 - Gastos semanais de acordo com o sexo

Sexo Semana (€)	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
$\leq 10,00$ €	308	62,50	362	75,70	670	69,00	-4,50	4,5
$> 10,00$ € $\leq 25,00$ €	143	29,00	89	18,60	232	23,90	3,8	-3,8
$> 25,00$ €	42	8,50	27	5,60	69	7,10	1,70	-1,7
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

A caracterização sociodemográfica da nossa amostra apresenta um adolescente com:

- Uma idade média de 16,80 anos, com um desvio padrão de 1,38.
- Um peso médio de 63,924 kg (D.P.= 10,962);
- Uma estatura média de 169,73 cm (D.P.=9,076);
- Residente em meio rural (66,40%);
- Coabitando com os pais (77,30%);
- Pais casados ou a viver em união de facto (84,60%);
- Pai e mãe em maioria inseridos no grupo de escolaridade do 2º e 3º ciclo 45,30% e 44,50%, respectivamente;
- Agregado com rendimento mensal médio alto ou alto (56,70%);
- Um valor médio para gastos semanais $\leq 10,00$ € (69,00%).

1.4 CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ESPACIAL

O estudo de investigação decorreu em escolas que integram o ensino secundário no âmbito do ensino regular e ou do ensino técnico profissional. A colheita de dados operacionalizou-se em turmas do ensino secundário que integravam três escolas distintas: Escola Secundária com 3º ciclo de Tondela, Escola Profissional de Tondela e Escola Secundária de Emídio Navarro em Viseu.

As escolas são mais do que espaços arquitetonicamente projectados e modelados, para além das paredes que lhes dão forma elas assumem vida e transformam-se em entidades com individualidade própria que lhes é conferida pelo percurso e pela história que lhes concedem uma identidade própria e inconfundível.

Desta forma entendemos pertinente partilhar a caracterização das escolas, campos onde decorreram as pesquisas, e que serão o reflexo dos sujeitos que lhes dão vida.

1.4.1 Escola Secundária com 3º ciclo de Tondela

A Escola Secundária com 3.º Ciclo do Ensino Básico de Tondela é um estabelecimento de ensino relativamente recente, tendo surgido no período de alargamento generalizado da escolaridade que se registou a partir da revolução de 25 de Abril de 1974. É uma escola pública situada na cidade de Tondela, sede de concelho que reúne 26 freguesias com uma área total de 373 km². O concelho dispõe de mais 4 escolas com terceiro ciclo do ensino básico e uma escola profissional de nível secundário. O nível de escolaridade do concelho é muito baixo. Em 2001, a taxa de analfabetismo era de 10,4 %, 59% da população não tinha qualquer nível de ensino ou tinha apenas o 1º ciclo do ensino básico. Apenas 11% da população do concelho tinha concluído o ensino secundário e 7% possuía habilitações académicas médias e superiores.

A participação dos pais e encarregados de educação é baixa. A associação de encarregados de educação limita-se à representação nos órgãos da escola de que fazem parte. Não há associação de estudantes.

O aproveitamento escolar médio global situa-se entre 70% e 80%. Parecem não existir padrões significativos por ano de escolaridade ou curso, o aproveitamento é maior no ensino básico do que no ensino secundário.

A missão a que se propõe este estabelecimento de ensino engloba o desenvolvimento global dos alunos nas vertentes intelectual, física e social. Da panóplia de objectivos a que se propõe destacamos dois que consideramos estar na base das variáveis que integram o nosso trabalho:

- Promover a formação de cidadãos esclarecidos, responsáveis, autónomos e criativos;
- Maximizar a cooperação entre os diversos intervenientes no processo educativo (Escola Secundária com 3.º Ciclo do Ensino Básico de Tondela s.d.).

1.4.2 Escola Profissional de Tondela

A Escola Profissional de Tondela é um estabelecimento de ensino que integra o ensino de Escolas Técnicas e Profissionais. Foi criada ao abrigo do Decreto-Lei nº70/93 de 10 de Março, em regime de contrato-programa com o Ministério da Educação, homologado em 29 de Julho de 1993, conjuntamente com o aditamento ao mesmo contrato em 24 de Fevereiro de 1995, adaptando-se ao novo regime legal de acordo com o Decreto-Lei nº4/98 de 8 de Janeiro. A Escola tem como entidade proprietária a **EPT**, Cooperativa de Interesse Público e Responsabilidade Limitada. Os principais promotores desta cooperativa de ensino são a Câmara Municipal de **Tondela** e a ADERETON – Associação de Desenvolvimento da Região de Tondela (Escola Profissional de Tondela s.d.).

A Escola Profissional de Tondela, em conformidade com o disposto nos Artigos 4º e 5º do Dec. Lei 4/98 de 8 de Janeiro e com o Artigo 2º dos seus estatutos, tem como objectivos prioritários assegurar a obtenção dos conhecimentos adquiridos no ensino regular e a sua articulação com o mundo do trabalho sendo, deste modo, um núcleo de consolidação do Ensino Profissional, em que se cruzam os interesses e necessidades de formação emergentes do tecido sócio - económico e cultural regional e local, e assente na formação integral dos seus alunos, educando assim para a cidadania. (*Escola Profissional de Tondela, 2010*)

A Escola Profissional de Tondela tem um percurso educativo de 20 anos, começou, no primeiro ano de funcionamento, com cerca de 40 alunos, contando hoje com 370 alunos oriundos do concelho de Tondela e dos concelhos limítrofes.

1.4.3 Escola Secundária de Emídio Navarro

A Escola Secundária de Emídio Navarro é um estabelecimento de ensino quase centenário, conta com 95 anos de existência ao serviço da educação e da formação da população do concelho de Viseu. A Escola nasceu, por Decreto Régio, a 9 de Dezembro de 1898, com a identificação de Escola de Desenho Industrial de Viseu, converteu-se em Escola Industrial em 31 de Agosto de 1915. No ano de 1926 e como resultado da fusão de duas escolas, passou a chamar-se Escola Industrial e Comercial de Viseu. Em 1930 passou a denominar-se Escola Industrial e Comercial Dr. Azevedo Neves, tendo voltando a readquirir a sua anterior designação, de Escola Industrial e Comercial de Viseu no ano

de 1948. A 29 de Outubro de 1979, pela Portaria nº 608, obteve o nome que hoje aufere Escola Secundária de Emídio Navarro.

Ao longo de oito décadas foi sofrendo alterações na sua estrutura e designação, mudanças sempre associadas aos objectivos a que se propunha um ensino técnico e profissionalizante na área da indústria e do comércio. A mudança de 1979 determinou uma transformação profunda que lhe apagou muitos dos traços fundamentais da identidade construída ao longo de oitenta anos. Com a extinção do ensino técnico renasce como uma Escola igual às demais, numa lógica de política educativa de uniformização do currículo nacional.

Posteriormente, passou ainda por transformações estruturais e de funcionamento comuns aos outros estabelecimentos de ensino em função das mudanças da política educativa nacional.

Hoje é uma escola com currículos diversificados, mantendo-se o estatuto, características e a pluralidade de ofertas formativas de uma Escola Secundária. Destaca-se das do meio local pela visibilidade da vertente técnica que, aos poucos, em função das mudanças no sistema educativo, foi retomando, primeiro com a oferta dos cursos técnico-profissionais, depois dos cursos tecnológicos e, no presente, com a oferta dos cursos profissionais. Recuperou, assim, traços da sua identidade comercial e industrial.

A Escola Secundária de Emídio Navarro tem uma localização central no interior do tecido urbano sendo, pela sua posição geográfica, uma escola de cidade. Contudo, a sua população estudantil provém, predominantemente, de freguesias classificadas como medianamente urbanas e predominantemente rurais. A Escola recebe, a nível do ensino secundário, alunos de meios fundamentalmente rurais e suburbanos do concelho de Viseu e de outros concelhos limítrofes. Do ponto de vista socioeconómico, integra alunos de estratos diferenciados sendo a maior parte proveniente de famílias com baixos recursos e pouca escolaridade. A maioria dos pais trabalha na indústria, na construção civil e nos serviços; entre as mães há uma percentagem considerável que se integra na designação de “doméstica”. Em termos de dimensão demográfica, a Escola serve, presentemente uma população de cerca de 1200 alunos, distribuídos pelas diferentes ofertas educativas com uma maior concentração no ensino secundário e nos cursos profissionais.

É uma escola de carácter público, espaço propiciador de igualdade de oportunidades, procurando o reconhecimento da equidade na sua dimensão humana e contribuindo para o desenvolvimento integral do aluno nas várias etapas do seu processo de aprendizagem (Escola Secundária Emídio de Navarro, s.d.).

1.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O estudo de investigação que nos propusemos desenvolver “Conhecimentos sobre Sida e Sexualidade dos Adolescentes” integra um projecto cujo tema é: “Desenvolvimento de Competências de Auto-regulação em Comportamentos de Risco na Adolescência”, integram este projecto outros dois mestrados que desenvolveram os seus estudos no âmbito do tabaco e do álcool. O questionário utilizado foi comum aos três estudos (cf. anexo I). Foi de aplicação directa, ou seja, foi fornecido pelo investigador ao inquirido para que o próprio respondesse às questões colocadas.

Da estrutura do instrumento constam:

- Um questionário destinado à caracterização da amostra que inclui duas partes, parte 1, variáveis sociodemográficas; parte 2, variáveis de contexto escolar e estilos de vida;
- Oito escalas: **Escala de Envolvimento com Álcool para Adolescentes (AAIS)** (J. Mayer & W. J. Filstead, 1979 – adaptado por A. Fonte e A. Alves, 1998); **Questionário Reduzido de Autoregulação** (Original de Carey, Neal & Collins, 2004) – Adaptação portuguesa de Garcia del Castillo e Dias, 2009; **Questionário de expectativas face ao álcool para adolescentes (CEA-A)** (Pilatti, A., Godoy, J.C., Brussino, a., 2010); **Escala de Atitudes face à Sexualidade (AFASA)**, (Nelas, P.; Fernandes, C.; Ferreira, M.; Duarte, J; Chaves, C., 2010); **Escala de Conhecimentos sobre Sida para Adolescentes**, (Zimet *et al.*, 1989); **Escala de Auto-estima de Rosenberg** (Romano, A., Negreiro, J. e Martins, T., 2007); **Escala de auto-conceito** (Vaz Serra, 1984); **Consumo de tabaco** (Precioso, 2007)

No âmbito do nosso estudo apenas serão tratados os dados referentes à caracterização da amostra, Escala de Atitudes face à Sexualidade, Escala de Conhecimentos sobre Sida para Adolescentes, Escala de Auto-estima e Escala de Auto-conceito.

1.5.1 Parte I – Questionário Sociodemográfico

Instrumento composto por dez questões que pretendem obter dados referentes às variáveis: idade, peso corporal, altura, sexo, área de residência, coabitação, situação familiar, habilitações literárias dos pais, rendimento mensal do agregado familiar e finalmente, valor médio disponível semanalmente para gastos pessoais (em euros). As questões relativas à idade, sexo e altura são de resposta aberta. As questões 4,5,7,8,9 e 10 são de resposta fechada. A questão relativa à coabitação é semi-estruturada,

admitindo a possibilidade de mais do que uma resposta.

1.5.2 Parte II – Variáveis de contexto escolar e estilos de vida

O questionário que pretende avaliar as variáveis de contexto escolar e estilos de vida é composto por 15 questões: nome da escola, ano de escolaridade, reprovações, mudança de escola nos últimos dois anos, sentimentos relativos à escola, distância entre escola e casa, tempo gasto entre casa e escola, meios de deslocação habituais para a escola, relação entre pais e escola, ajuda de familiares em actividades, envolvimento em lutas/brigas, frequência de realização de exercício físico fora da escola, frequência de escovagem dos dentes, realização de dieta e aspecto físico percebido.

As questões 12,14,15,16,17,20,22,23,24,e 25 são de resposta fechada admitindo apenas uma opção de resposta.

A questão 11, que procura identificar a escola do inquirido, é uma questão aberta.

A questão 13, ocorrência de reprovações é mista, dicotómica (sim/não) para a reprovação, aberta para o número de vezes que esta ocorreu, no caso de a resposta ser afirmativa.

A questão 18 diz respeito aos meios de deslocação habituais para a escola sendo semi-estruturada, admitindo ao inquirido seleccionar mais do que uma opção de resposta.

A questão 19, procura avaliar a relação entre pais e escola contendo três sub-questões em que as respostas são avaliadas numa escala tipo Likert cotadas de 1 a 5. A maior pontuação final traduz uma maior preocupação parental, percebida pelo inquirido, relativamente ao seu desempenho escolar.

1.5.3 Escalas

Das oito escalas que compõem o instrumento de colheita de dados entendemos importante, para uma avaliação mais consistente do tema que nos propusemos investigar, utilizar as quatro que passaremos a enunciar: Escala de Atitudes Face à Sexualidade em Adolescente (AFSA); Escala de Conhecimento sobre Sida para Adolescentes; Escala de Auto-Estima Rosenberg (RSES); Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC).

Procederemos de seguida à sua descrição com o objectivo de potencializarmos a compreensão dos resultados obtidos com a sua utilização e de apresentarmos os dados referentes à sua validação para a amostra em estudo.

Escala de Auto-Estima de Rosenberg

A Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES) é uma medida unidimensional

que avalia explicitamente a auto-estima global, medindo o valor que o indivíduo atribui a si mesmo como pessoa. Este instrumento baseia os seus pressupostos no modelo de Guttman, que preconiza a ideia de que os itens pertencem ao mesmo universo de conteúdo e vão representando progressivos graus de força relativamente ao conflito (Romano *et al.*, 2007, p. 107).

Os critérios utilizados na construção desta escala foram, segundo Rosenberg (1965): a facilidade de administração, a economia de tempo, a unidimensionalidade e a validade aparente.

A Escala de Auto-Estima de Rosenberg está organizada em 10 itens, cinco formulados positivamente e cinco formulados negativamente, de forma a controlar a aquiescência. Cada item permite quatro categorias de respostas: Concordo bastante (4), Concordo (3), Discordo (2) e Discordo bastante (1). Cinco afirmações reflectem a auto-estima positiva e as outras cinco reflectem sentimentos negativos relativos a si próprio. Estabelecidas as devidas inversões, a média dos 10 itens dá-nos a cotação da escala. A pontuação total obtém-se, avaliando as respostas aos itens positivos (de quatro a um), e aos itens negativos (de um a quatro). A pontuação da escala oscila entre 10 e 40 (Romano *et al.*, 2007, p. 108). A obtenção de uma pontuação alta na escala reflecte uma elevada auto-estima e vice-versa.

Romano *et al.*, (2007, p. 107) procederam à validação da escala numa amostra de adolescentes da região interior norte de Portugal, tendo aplicado o instrumento a uma população de 501 adolescentes que frequentavam o ensino básico e secundário e que tinham idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos. O estudo das características psicométricas, levou-os a concluir que a escala tinha consistência interna considerada satisfatória, com um alfa de Cronbach de 0,63 para o factor 1 (auto-estima negativa) e de 0,74 para o factor 2 (auto-estima positiva).

A sua estrutura factorial é bidimensional (contrariando a versão original do construto que é unidimensional), explicando 46,03% da variância total. A análise factorial confirmatória corroborou o modelo de dois factores. O factor 1 agrupa os itens de orientação negativa (itens 2, 5, 6, 8 e 9), que explicam 33,43% da variância. O factor 2 composto pelos itens de orientação positiva (itens 1, 3, 4, 7 e 10) explica 12,68% da variância total (Romano *et al.*, 2007, pp. 109 e 110).

Os resultados psicométricos, decorrentes da aplicação da escala de auto-estima de Rosenberg para a nossa população, foram validados por Valente 2012 no seu estudo Auto-regulação e Consumo de Álcool em Adolescentes no Distrito de Viseu, a descrição que procede resulta das conclusões obtidas pelo autor.

Para os 971 estudantes considerados no nosso estudo, as estatísticas revelaram índices médios, na sua globalidade, bem centrados, uma vez que os mesmos se

situaram acima da média. Os itens com índices médios mais baixos foram o 8 e o 6. Relativamente à correlação dos itens com a nota global verificou-se que o valor de r mais baixo se situou no item 1 ($r=0,547$) e o mais elevado no item 9 ($r=0,789$), que explica 63,00% da sua variabilidade.

O teste de *Kaiser-Meyer-Olkin*, aplicado com o objectivo de dar continuidade ao processo de validação da escala, apresentou um valor de 0,867 o que preconiza uma classificação de bom. Foram, determinadas as comunalidades iniciais que, após a extração, confirmaram o teste anterior com classificação de bom, os valores encontrados são inferiores a 5, e localizam-se entre os 0,507 no item 6 e os 0,749 no item 9.

Para a avaliação da consistência interna da Escala de Auto-Estima de Rosenberg foram avaliados os índices de alfa de Cronbach, que oscilaram entre 0,827 (item 9) e 0,850 (item 1) para um alfa global de 0,855. O coeficiente de Split-half revelou bons valores com 0,841 e 0,850 para a primeira e segunda metade, respectivamente.

A análise da média e desvio padrão obtido nos diversos itens leva-nos a concluir que o indicador menos favorável pertence ao item 8 ($\bar{x}=290$; $Dp=0,875$), e o mais favorável ao item 3 ($\bar{x}=163,64$; $Dp=0,575$). O item 6 explica apenas 33,80% da variabilidade do construto. O item 9 explica 63,00% da sua variabilidade.

Com o objectivo de se conhecer a estrutura factorial da escala realizou-se, para os 10 itens, uma análise factorial dos componentes principais recorrendo-se, para o efeito, a uma *Rotação de tipo Varimax*. À semelhança dos resultados do estudo original, a solução factorial permitiu a selecção de dois factores com raízes lactentes superiores a 1 que, no seu conjunto, explicaram 62,86% da variância total. O factor 1, ligado à auto-estima negativa, explicou 32,35% da variância total e foi constituído pelos itens 6, 7, 8, 9 e 10. O factor 2, referente à auto-estima positiva, explicou 30,51% da variância total, sendo constituído pelos itens 1, 2, 3, 4 e 5.

Os valores de *alfa de Cronbac* obtidos para os dois factores, auto-estima positiva e auto-estima negativa, foram positivos e superiores aos valores obtidos no estudo original de Romano *et al.*, (2007).

A *Matriz de Correlação de Pearson*, utilizada para avaliação do valor global da escala e dos seus dois factores, concluiu que a correlação entre os dois factores e a pontuação global da escala oscilou entre 0,415 (F1 vs F2) e 0,886 (F1 vs Auto-estima global), o que traduz um resultado altamente significativo. As correlações obtidas entre os factores auto-estima positiva, auto-estima negativa e o valor global da escala são positivas, isto significa que o aumento dos valores numa das dimensões da escala se associa ao aumento dos valores nas restantes.

Inventário Clínico de Autoconceito

O Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) é uma escala subjectiva de auto-avaliação, desenvolvida por Adriano Vaz Serra em 1985, com o objectivo de medir os aspectos emocionais e sociais do auto-conceito (Vaz Serra, 1986a, p. 67).

Trata-se de uma escala de tipo Likert constituída por 20 itens cada um deles oferecendo cinco possibilidades de resposta: não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito e concordo muitíssimo. A classificação em cada um dos itens pode ser no mínimo 1 (um) e no máximo 5 (cinco). A escala está construída para que as pontuações vão aumentando da esquerda para a direita obtendo-se, no final, a soma total dos itens, soma essa que pode oscilar de um mínimo de 20 a um máximo de 100, quanto maior a pontuação obtida mais elevado o auto-conceito do indivíduo.

Algumas das questões que constituem a escala, (3,12,18) são elaboradas na forma negativa sendo, neste caso, necessário proceder à inversão da sua pontuação.

O autor aplicou a escala a 920 indivíduos obtendo um coeficiente de Spearman-Brown de 0,791. O inventário detém, na sua globalidade, uma boa estabilidade temporal, com uma correlação teste/reteste de 0,838 (n=108), quando aplicado com um intervalo mínimo de 4 semanas (Vaz Serra, 1986a, p. 79).

Uma análise factorial dos componentes principais, seguida de uma *Rotação de tipo Varimax* para os 20 itens da escala, revelou seis factores subjacentes que explicam 53,42% da percentagem cumulativa da variância total (Vaz Serra, 1986a, p. 78). A saber:

- Factor 1, inclui cinco questões (1, 4, 9, 16 e 17), determina a **aceitação/rejeição social**.
- Factor 2, compreende seis questões (3, 5, 8, 11, 18 e 20), destacam a capacidade do sujeito enfrentar e resolver problemas ou dificuldades. Neste factor os valores altos indicam independência e os valores baixos revelam dependência. É o factor que está conotado com a **auto-eficácia**.
- Factor 3, abarca quatro questões (2, 6, 7 e 13), representa a **maturidade psicológica**.
- Factor 4, encerra três questões (10, 15 e 19), está relacionado com a **impulsividade/actividade**.
- Factores 5 e 6, considerados pelo autor como factores mistos, englobam as questões 12 e 14, representadas noutros factores, sem qualquer denominação específica

(Ibidem).

Para a análise dos resultados obtidos com a aplicação desta escala, o autor valoriza os resultados dos factores 1, 2, 3 e 4, assim como o seu total, em detrimento dos factores 5 e 6 (Vaz Serra, 1986a, p. 72).

Os resultados psicométricos do Inventário Clínico de Autoconceito foram, igualmente validados por Valente 2012 no seu estudo Auto-regulação e Consumo de Álcool em Adolescentes no Distrito de Viseu, estudo que decorreu na mesma população, deste modo faremos a descrição dos resultados obtidos pelo autor.

Para a avaliação da consistência interna do Inventário do Autoconceito foram avaliados as estatísticas (média e desvio padrão) e as correlações entre cada item e o valor global, com a aplicação destes testes propomo-nos perceber a forma como o item individual se relaciona com o valor global.

Os valores de *alfa de Cronbach* variam entre 0,863 e 0,883, valores que traduzem boa consistência interna. Os coeficientes de correlação do item total corrigido revelaram que os itens 12 e 18 foram os que se evidenciaram menos estabilidade com valores de 0,185 e 0,102, respectivamente, não mostraram homogeneidade face aos restantes itens. A correlação máxima obtida situou-se no item 14 ($r=0,674$). Os valores da média e respectivo desvio padrão nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes se encontram bem centrados.

O cálculo do índice de fiabilidade pelo *método das metades, Split-half*, revelou valores inferiores ao valor obtido para a globalidade da escala (0,875), tendo-se obtido um valor de 0,784 para a primeira metade e de 0,776 para a segunda.

As correlações entre as respostas dadas pelos adolescentes a cada um dos itens e os resultados obtidos em cada um dos factores são positivas e significativas em todos os factores. A correlação foi sempre maior relativamente ao resultado do factor do qual o item fazia parte, excepção para o item 18 que apresentou correlações negativas com o factor 1 e 3 e uma fraca relação com os restantes, sinal de que deveria ter sido retirado do modelo. O item 12 revelou uma correlação positiva com o factor 4 mas sem significado estatístico. Foi sempre maior relativamente ao resultado do factor do qual o item fazia parte.

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, apresentam-se os parâmetros de validade e de precisão dos factores do inventário clínico do auto-conceito.

Para o factor 1, **aceitação/rejeição social** a classificação dos valores de *alfa de Cronbach* oscila entre fraco e razoável, 0,695 no item 17 e 0,798 no item 4, com um valor global para o total da escala de 0,783.

Os valores de *Split-half* revelaram-se inferiores nas metades quando comparados com o valor no global. Na primeira metade a classificação foi fraco com um valor de

(0,628), na segunda metade a classificação foi razoável com um valor de (0,734). O item 17 foi o que mais se correlacionou com a aceitação/rejeição social ($r=0,711$) e o que melhor representou o factor. O item que menos se correlacionou com o factor 1 foi o 4 ($r=0,427$). O item 17 foi o que exprimiu maior variabilidade em relação aos restantes com um valor de 53,70%.

No campo de acção do factor 2, **auto-eficácia**, os piores resultados verificaram-se, em média, no item 18 ($\bar{x}=3,60; Dp=1,015$). Os valores de alfa, resultantes da avaliação da consistência, variaram entre 0,581 no item 11 e 0,714 no item 18, deste modo, a classificação oscila entre o inadmissível e o razoável. O alfa global para o factor em estudo obteve um valor de 0,681, pelo que se considerou fraco. Os valores de *Split-half* pontuaram abaixo de 0,6 tanto na primeira como na segunda metade, considerando-se, assim, inadmissíveis. O item que mais se correlaciona com os resultados globais do factor 2 é o item 11 ($r=0,585$) exprimindo 42,80% da variabilidade através dos restantes itens do factor. O que revelou menor correlação foi o item 18 ($r=0,200$), sendo também este o que apresentou menor variabilidade (18,10%).

No que respeita ao factor 3, **maturidade psicológica**, a análise dos valores médios revelou homogeneidade nas respostas, uma vez que apresentam médias e desvios padrão semelhantes, sendo as diferenças valores centesimais. Os coeficientes de *alfa de Cronbach* obtidos nos quatro itens do factor oscilaram entre 0,498 no item 7 e 0,568 no item 2, classificados, desta forma, de inadmissíveis segundo Pestana & Gageiro (2008). Esta realidade replicou-se na avaliação do *coeficiente de Split-half*, com valores de (0,351), para a primeira metade, (0,467) para a segunda metade e (0,593) para o coeficiente global.

Na avaliação realizada ao factor 4, **impulsividade/actividade**, os valores médios indicam, pelos resultados obtidos, que o indicador mais favorável ao factor é o item 19, sendo o menos favorável o item 15. A maior variabilidade de resposta pertence ao item 10. Não se procedeu à determinação do *coeficiente de Split-half* uma vez que o factor é apenas constituído por 3 itens. O valor de coeficiente global, 0,661, estabelece uma classificação de fraco. O maior valor de correlação situa-se no item 10 ($r=0,531$), sendo também este o que explicou maior variabilidade em relação aos restantes itens (30,90%). O item que apresentou menor correlação foi o item 15 ($r=0,392$), explicando apenas 15,40% da variabilidade em relação aos restantes itens.

Em concordância com os resultados obtidos, verificou-se que as correlações entre os quatro factores e o valor global do inventário clínico foram positivas e significativamente correlacionadas, oscilando entre 0,505 (auto-eficácia vs maturidade psicológica) e 0,836 (aceitação/rejeição social vs valor global do auto-conceito). As correlações existentes entre os diferentes factores e o valor global são elevadas,

oscilando entre 0,769 com o factor 3 e 0,836 com o factor 1.

A análise dos resultados que obtivemos com a aplicação dos testes conclui que o aumento ou a diminuição da pontuação num dos factores se encontra associado a um aumento ou diminuição na pontuação dos restantes factores, pelo que podemos afirmar que são directamente proporcionais.

Escala de Atitudes face à Sexualidade em Adolescentes

A escala de Atitudes face à Sexualidade em Adolescentes (AFSA) é um documento construído e validado por Nelas *et al.* (2010 p.180). É um instrumento psicométrico original, de auto-resposta que se destina a avaliar aspectos relacionados com o namoro, a relação com os pares e os pais e aspectos relativos à sexualidade. Tem como objectivo avaliar "...conhecimentos e atitudes dos adolescentes no âmbito da afectividade e sexualidade..." (Nelas, 2010).

A escala de Atitudes face à Sexualidade em Adolescentes tinha inicialmente 45 itens elaborados em escala ordinal tipo Likert. Após a realização dos testes de fiabilidade e consistência alguns itens foram eliminados (Nelas *et al.* 2010).

A versão final está organizada em 26 itens, com as possibilidades de resposta ordenadas em Escala tipo Likert, para cada item existem "cinco alternativas de resposta e a sua cotação processa-se por ordem decrescente"- (Nelas *et al.* 2010, p.182). Assim, a opção de resposta com cotação 5 corresponde ao concordo totalmente e a resposta com cotação 1 corresponde ao discordo totalmente. Os itens 1, 2, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 25 e 26 são cotados inversamente.

Realizados e analisados os testes necessários à avaliação da sua consistência, os autores definiram que esta seria uma "escala unifactorial pela relevância conceptual e pela importância que tem enquanto construto" (Nelas *et al.* 2010, p.182). A pontuação obtida permitiu identificar três grupos de corte segundo a fórmula: (Média \pm 0,25dp) (Nelas *et al.* 2010, p.182).

Desfavorável $\leq M - 0,25dp$

Indiferente $\geq M - 0,25dp \geq M \leq M + 0,25DP$

Os resultados obtidos no estudo psicométrico mostram: um coeficiente de variação com dispersão baixa, um teste de Kolmogorov-Smirnov que indica uma amostra que não segue uma distribuição normal, valores de Split-half de 0,514 para a 1ª metade e 0,577 para a 2ª metade e um alfa de Cronback que revela bons índices de validade e fidelidade apresentando um alfa global de 0,814. (Nelas *et al.*, 2010, p.p.182, 183).

O valor do alfa de Cronback obtido no nosso estudo é de 0,545, inferior ao da validação da escala original mas, aceitável para a investigação nas ciências sociais.

Escala Conhecimentos sobre Sida para Adolescentes

A escala dos conhecimentos dos adolescentes sobre Sida foi desenvolvida como parte integrante de um questionário compreensivo para avaliar os conhecimentos, as crenças e as atitudes dos adolescentes face à Sida. A sua construção derivou de uma brochura informativa de 1988, distribuída pelo governo dos Estados Unidos da América a todos os seus habitantes. Esta escala tem subjacentes dois objectivos basilares:

a. Os autores pretendiam assegurar-se de que a escala continha material relevante. Deste modo, construíram uma escala que contém vários domínios no âmbito da Sida incluindo: modos de transmissão, prevenção, comportamentos de risco, mortalidade, existência de cura, e aparência da pessoa com Sida.

b. O segundo objectivo derivou do facto de a maioria das escalas de conhecimentos existentes confundirem o conhecimento (factos científicos sobre Sida) com crenças. A consequência imediata é que as pessoas possuíam conhecimentos baseados na evidência mas não acreditavam neles. Com base nesta realidade os autores consideraram fundamental apresentar o conhecimento separado das crenças. Para a consecução deste objectivo cada item foi construído começando a frase: "A maioria dos especialistas diz que..."

Paralelamente foi construída outra escala designada "Crenças sobre Sida", com o objectivo de avaliar até que ponto os adolescentes acreditavam no que os especialistas diziam.

Descrição

A escala de avaliação de *Conhecimentos sobre Sida para Adolescentes* tem 22 itens, cada qual com o formato de uma questão. Os itens versam diferentes temáticas no âmbito da Sida:

- a. Transmissão, incide sobre os verdadeiros modos de transmissão (partilhar agulhas);
- b. Transmissão do VIH sem clínica de Sida;
- c. Comportamentos de risco, comportamentos de baixo risco (partilhar um copo de água) e comportamentos de alto risco (prostituição);
- d. Protecção, protecção efectiva (uso de preservativo) e protecção inefectiva (comer alimentos saudáveis);
- e. Comportamentos de protecção;
- f. Mortalidade associada à Sida;
- g. Tempo em que haverá uma cura para a Sida.

A resposta a cada item faz-se assinalando a hipótese que se considera correcta “Sim” “Não,” “Não Sei”. O tempo de resposta é variável mas habitualmente cinco minutos são suficientes para responder à escala.

As respostas correctas recebem a pontuação de um, as respostas incorrectas ou as de “Não sei”, recebem um score de 0 (zero). Para os itens 1,3,4,5,9,11,13,15,17 e 19 a resposta certa é não. Para os itens 2,6,7,8,10,12,14,16,18,20,21e 22 a resposta certa é sim. O score total da escala, que decorre da soma de todos os itens, pode variar de 0 a 22.

Fiabilidade

A escala de Conhecimentos sobre Sida para Adolescentes de Zimet representa múltiplas áreas, não é, por isso, uma estrutura singular pelo que as medidas *standard* de fiabilidade que avaliam globalmente toda a fiabilidade interna (ex. coeficiente alfa de Cronbach's ou a fórmula 20 de Richardson) são inadequadas. O teste mais adequado será então a forma especializada de Spearman-Brown, “split-half”, teste de fiabilidade em que metade dos itens corresponde ao conteúdo dos itens da outra metade. Quando se procedeu à construção da escala não se considerou a questão da fiabilidade deste modo, não é possível que todos os itens coincidam na perfeição (ex. só existe um item – área de mortalidade associada à Sida). Contudo, após a sua aplicação numa amostra de 721 estudantes juniores e seniores do liceu, o teste de Spearman-Brown manifestou itens coincidentes no método “split-half” resultando um coeficiente de 0,82, o que é compatível com uma boa fiabilidade. (Zimet, DiClemente *et al.*, 1993)

Validade

A validade do conteúdo da escala foi estabelecida com base na brochura informativa sobre Sida distribuída pelo governo americano (Centro de Controlo de Doenças, 1988). Para as dimensões de conhecimento sobre Sida (transmissão, protecção, mortalidade, aparecimento, etc) a escala demonstra uma boa validade.

A validade da escala pode ser consubstanciada pelas relações esperadas entre as diferentes variáveis. Por exemplo, pode-se esperar que estudantes mais velhos tenham mais conhecimento sobre a Sida que os mais novos. A análise desenvolvida indica uma variância no crescimento linear em pontos através de um nível do grau 6¹⁷, do sétimo ao décimo segundo grau: $F(5,611)=8.8$, $p < .0001$.(Zimet, DiClemente *et al.*, 1993)

Uma outra perspectiva representativa da consistência da validade da escala assenta no facto de ser possível correlacionar o maior grau de conhecimentos sobre Sida com a imprecisão das crenças sobre a mesma.

Os resultados da aplicação do questionário, numa amostra de 438 estudantes juniores e seniores do liceu, apresentaram uma associação significativa entre um aumento de “pontos” na escala de conhecimentos sobre Sida versus uma diminuição nas crenças imprecisas sobre a mesma: $r = -.65$, $p < .001$. (Zimet *et al.*, 1991)

Por fim, é expectável que um conhecimento mais adequado e preciso sobre a Sida seja relacionado negativamente com os medos na interacção com as pessoas portadoras de VIH/Sida (PWAs).

Os resultados da sua aplicação na mesma amostra de 438 estudantes, apresentaram uma associação significativa entre os resultados obtidos na escala de Conhecimentos sobre Sida na adolescência versus a ansiedade na interacção com PWAs: $r = -.28$, $p < .001$. (Zimet *et al.*, 1991)

Um dos objectivos delineados para este estudo tinha como propósito a validação da escala de conhecimentos sobre Sida na população portuguesa. A primeira conduta para a sua concretização foi a tradução dos fundamentos teóricos que sustentam e dão suporte, à escala original, posteriormente submetida a uma revisão técnica que teve por desígnio o despista de alguma discordância entre a versão original e a traduzida. As mudanças operadas estão apenas relacionadas com a estrutura gramatical dos diferentes itens.

Terminados os procedimentos que obviaram a versão portuguesa da escala demos início à selecção e aplicação dos testes que asseguram a sua validação na amostra em estudo.

Os estudos de fiabilidade avaliam o grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida. Avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens, conhecidos também por fiabilidade teste reteste. A consistência interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item.

Procedemos à avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas, especificamente aos estudos de fiabilidade Os estudos de validade não foram efectuados uma vez que decidimos utilizar a estrutura unifatorial apresentada pelo autor da escala. Para os estudos de fiabilidade ou consistência interna, determinámos em primeiro lugar o coeficiente de *correlação de Pearson* das diversas questões com a nota global, com a finalidade de proceder ao estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna). Seguidamente procedemos à determinação do coeficiente *alfa de Cronbach*, índice que mede a correlação entre cada item e os restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo universo. O valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador, permite avaliar a forma como os diferentes itens se complementam na

avaliação dos distintos aspectos de um factor pertencentes a uma mesma sub-escala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0,8 a consistência interna é considerada de muito boa (Duarte, 2008 p.224).

A determinação do *Coefficiente de Bipartição* ou *método das metades (Split Half)* foi outro coeficiente a considerar no estudo da consistência interna. Este coeficiente divide os itens da escala em dois grupos, analisa a correlação dentro de cada grupo e, subsequentemente, entre os dois grupos, procurando comprovar se uma das metades é tão consistente na medição do construo como a outra metade. Com este indicador, pretende-se substituir o teste reteste (Duarte, 2008 p.224).

Reportando-nos aos resultados de fiabilidade a tabela 10 descreve as estatísticas (média e desvio padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, o que indicia o comportamento das partes com o global da escala.

Os valores médios obtidos variam entre o 0,90, para o item 2 "...a Sida pode ser transmitida através da partilha de uma agulha com um consumidor de drogas que tem Sida" e os 0,25 para o item 13 "...há uma elevada probabilidade de contrair Sida caso faça uma transfusão sanguínea."

Não se procedeu à eliminação de nenhum item uma vez que os valores correlacionais são todos superiores a 0,2.

Tabela 11 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global

Nº Item	Itens	\bar{x}	Dp	r de Pearson
1	"...há uma elevada probabilidade de se contrair Sida quando se beija alguém, na boca, que tem Sida"	0.73	0.444	0.488**
2	"...a Sida pode ser transmitida através da partilha de uma agulha com um consumidor de drogas que tem Sida"	0.90	0.296	0.577**
3	"...podes contrair Sida a doar sangue"	0.38	0.486	0.376**
4	"...há uma elevada probabilidade de a Sida poder ser transmitida através da partilha de um copo de água"	0.69	0.463	0.582**
5	"...há uma grande probabilidade de contrair Sida num tempo de uma sanita"	0.51	0.500	0.464**
6	"...pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com uma mulher que Sida"	0.87	0.340	0.640**
7	"...pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com outro homem que tem Sida"	0.70	0.457	0.534**
8	"...uma mulher grávida com Sida pode transmitir a Sida para o feto"	0.79	0.407	0.604**
9	"...você pode contrair Sida pelo aperto de mão com alguém que tem Sida."	0.86	0.349	0.715**
10	"...uma mulher pode contrair Sida tendo relações sexuais comum homem que tem Sida."	0.85	0.360	0.677**
11	"...pode contrair Sida quando se masturba."	0.73	0.447	0.638**
12	"...o uso do preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair Sida."	0.85	0.355	0.673**
13	"...há uma elevada probabilidade de contrair Sida caso faça uma transfusão sanguínea."	0.25	0.433	0.367**
14	"...as prostitutas têm uma maior probabilidade de contrair Sida."	0.76	0.425	0.564**
15	"...comer alimentos saudáveis pode impedi-lo de contrair Sida."	0.65	0.477	0.557**

16	"...fazer sexo com mais do que um parceiro pode aumentar a sua probabilidade de contrair Sida."	0.70	0.459	0.569**
17	"...pode sempre saber se alguém tem Sida olhando para eles."	0.82	0.386	0.690**
18	"...as pessoas morrem com a doença da Sida."	0.61	0.488	0.339**
19	"...há uma cura para a Sida."	0.74	0.441	0.610**
20	"...pode ter o vírus da Sida, sem ser doente de Sida."	0.42	0.494	0.476**
21	"...pode ter o vírus da Sida e espalhá-lo sem estar doente de Sida."	0.33	0.469	0.414**
22	"...um homem ou uma mulher que tem relações sexuais com alguém que consome drogas, tem maior probabilidade de contrair Sida."	0.38	0.485	0.338**

* $p < 0.05$ ** $P < 0.01$

Os resultados plasmados na tabela 11 permitem-nos afirmar que a escala apresenta bons valores de alfa de Cronbach que variam entre os 0,865 e os 0,867. Os coeficientes de correlação item-total corrigida, identificaram os itens 18 e 22 como os mais problemáticos uma vez que apresentam um valor mínimo de 0,244, valor que não revela homogeneidade face aos outros itens e à correlação máxima que pertence ao item 9 ($r = 0,678$).

Os valores apresentados pela média e desvio padrão encontram-se bem centrados dado que os índices médios são em todos os itens inferiores a 1 e os desvios padrão se situam entre os 0.296 no item 2 "*...a Sida pode ser transmitida através da partilha de uma agulha com um consumidor de drogas que tem Sida*" e os 0.500 no item 5 "*...há uma grande probabilidade de contrair Sida num tempo de uma sanita.*"

O índice de fiabilidade, calculado pelo *método das metades de Split Half*, exhibe valores de *alfa de Cronbach* para a globalidade da escala superiores (0,875) aos valores encontrados para as metades, 0,817 para a primeira metade, 0,752 para a segunda metade.

Tabela 12 - Consistência interna da Escala de Conhecimentos sobre Sida para Adolescentes

Nº	Itens	\bar{x}	dp	Correlação Item-total	α Cronbachs com Item
1	"...há uma elevada probabilidade de se contrair Sida quando se beija alguém, na boca, que tem Sida"	0.73	0.444	0.416	0.871
2	"...a Sida pode ser transmitida através da partilha de uma agulha com um consumidor de drogas que tem Sida"	0.90	0.296	0.535	0.869
3	"...podes contrair Sida a doar sangue"	0.38	0.486	0.288	0.876
4	"...há uma elevada probabilidade de a Sida poder ser transmitida através da partilha de um copo de água."	0.69	0.463	0.516	0.868
5	"...há uma grande probabilidade de contrair Sida num tempo de uma sanita."	0.51	0.500	0.380	0.873
6	"...pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com uma mulher que tem Sida."	0.87	0.340	0.598	0.867
7	"...pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com outro homem que tem Sida"	0.70	0.457	0.464	0.870
8	"...uma mulher grávida com Sida pode transmitir a Sida para o feto."	0.79	0.407	0.549	0.867

9	"...você pode contrair Sida pelo aperto de mão com alguém que tem Sida."	0.86	0.349	0.678	0.865
10	"...uma mulher pode contrair Sida tendo relações sexuais comum homem que tem Sida."	0.85	0.360	0.635	0.866
11	"...pode contrair Sida quando se masturba."	0.73	0.447	0.580	0.866
12	"...o uso do preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair Sida."	0.85	0.355	0.632	0.866
13	"...há uma elevada probabilidade de contrair Sida caso faça uma transfusão sanguínea."	0.25	0.433	0.289	0.875
14	"...as prostitutas têm uma maior probabilidade de contrair Sida."	0.76	0.425	0.502	0.869
15	"...comer alimentos saudáveis pode impedi-lo de contrair Sida."	0.65	0.477	0.486	0.869
16	"...fazer sexo com mais do que um parceiro pode aumentar a sua probabilidade de contrair Sida."	0.70	0.459	0.502	0.869
17	"...pode sempre saber se alguém tem Sida olhando para eles."	0.82	0.386	0.646	0.865
18	"...as pessoas morrem com a doença da Sida."	0.61	0.488	0.249	0.877
19	"...há uma cura para a Sida."	0.74	0.441	0.550	0.867
20	"...pode ter o vírus da Sida, sem ser doente de Sida."	0.42	0.494	0.394	0.872
21	"...pode ter o vírus da Sida e espalhá-lo sem estar doente de Sida."	0.33	0.469	0.332	0.874
22	"...um homem ou uma mulher que tem relações sexuais com alguém que consome drogas, tem	0.38	0.485	0.249	0.877
Coeficiente <i>Split-half</i>		Primeira metade = 0,817 Segunda metade = 0,752			
Coeficiente <i>Alfa Cronbach</i> global		0,875			

Realizados e analisados os testes necessários à avaliação da sua consistência, a escala mantém-se unifactorial, tal como a original, pela sua relevância conceptual e pela importância que tem enquanto construto.

A pontuação obtida permitiu identificar dois grupos de corte segundo a fórmula Mediana \pm 0,25 intervalo intraquartilico que serão classificados em conhecimentos insuficientes suficientes.

Em resumo, a escala de Conhecimentos sobre Sida revela-se um instrumento unifactorial robusto, constituído por 22 itens, com correlações entre cada item e o valor global que oscila entre os 0,367 e 0,690. Constata-se uma boa consistência interna apresentando valores de alfa de Cronbach entre 0,865 e 0,867 e um alfa global de 0,875. O teste de split-half revelou para a primeira metade o valor de 0,817 e para a segunda metade 0,752.

1.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DE RECOLHA DE DADOS

O estudo de investigação que nos propusemos desenvolver " Conhecimentos sobre Sida e Sexualidade na Adolescência" integra, como já tivemos oportunidade de referir no ponto instrumento de colheita de dados, o projecto: "Desenvolvimento de

Competências de Auto-regulação em Comportamentos de Risco na Adolescência”, pelo que algumas acções foram distribuídas ou realizadas em conjunto.

O processo de recolha de dados, que viabilizaram este estudo, foi precedido de uma série de condutas essenciais à sua consecução. O primeiro procedimento foi a elaboração do instrumento de colheita de dados (**cf. anexo 1**), exequível e adequado aos objectivos a que nos propúnhamos. Este instrumento, como descrito anteriormente em ponto referente à sua constituição, engloba diversas escalas, construídas e validadas por diferentes autores e que, pretendíamos aplicar para complementar o nosso estudo pelo que, o procedimento seguinte teve como objectivo o cumprimento dos requisitos éticos da sua utilização. As autorizações para a utilização do Inventário clínico do Autoconceito e para a Escala de Auto-Estima de Rosenberg foram solicitadas pelo mestrando Gonçalo Valente e concedidas as pelos respectivos autores, conforme atestam os documentos em anexo. Das autorizações solicitadas para as escalas específicas do nosso estudo, Escala de Atitudes Face à Sexualidade em Adolescentes (AFSA) de Nelas *et al.* (2010) e Escala de Conhecimento Sobre SIDA para Adolescentes (Zimet *et al.*, 1989) apenas obtivemos autorização escrita da primeira, da segunda, pese embora os vários mails enviados para o endereço electrónico que era disponibilizado para contacto, não obtivemos qualquer resposta. Todas as autorizações podem ser consultadas e comprovadas no **anexo 2**.

A conduta seguinte e respeitando a monitorização de inquéritos em meio escolar, foi a submissão do documento a aprovação à DGIDC (Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular). Obtida a aprovação do instrumento de colheita de dados, com o número de registo 0012100007 (**cf. anexo 3**), solicitou-se, aos órgãos directivos das escolas que integraram o estudo, a autorização para a operacionalização da recolha de dados.

A participação num estudo exige a formalização de um consentimento que deve ser voluntário, consciente e esclarecido. Este pressuposto determinou o passo seguinte que constou da elaboração de um documento a solicitar a autorização dos encarregados de educação (**cf. anexo 4**) dos estudantes com idade inferior a 18 anos, uma vez que estes constituíam a maioria da nossa amostra.

O trecho inicial do questionário, a aplicar aos estudantes, continha o âmbito do estudo, garantia o anonimato e a confidencialidade assegurando o uso dos dados para fins exclusivamente estatísticos. A participação dos adolescentes no nosso estudo era esclarecida e voluntária.

A aplicação do instrumento de colheita de dados procedeu de um contíguo de disponibilidades e boas vontades, nomeadamente dos professores e dos estudantes que, voluntariamente, se propuseram a colaborar no estudo. Assim, o instrumento foi

aplicado e preenchido por todos os adolescentes que constituem a nossa amostra, num período de sessão lectiva, gentilmente cedido pelos professores que, detinham já informação sobre os procedimentos da colheita de dados e que eram elementos de referência para os alunos no esclarecimento de algumas dúvidas que pudessem ocorrer.

O instrumento de colheita de dados, conforme era o nosso propósito, foi aplicado aos alunos do 10º, 11º e 12º ano da Escola Secundária com 3º ciclo de Tondela, Escola Secundária Emídio Navarro e Escola Profissional de Tondela.

Terminado o processo de colheita deu-se início às acções que viabilizassem o seu tratamento estatístico. As respostas obtidas foram codificadas e analisadas no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics® versão 20.0, que facultou a elaboração das estatísticas descritivas e inferenciais. Sempre que possível foram testadas relações e dependências entre as variáveis.

Para o Inventário Clínico do Autoconceito, e para dar cumprimento ao objectivo de obter as pontuações referentes aos diferentes factores, assim como as pontuações totais do mesmo, recorreu-se à utilização do programa informático para a cotação do inventário elaborado por Ramalheira em 1987.

Foram excluídos os instrumentos de colheita de dados não preenchidos na sua totalidade.

1.7. ANÁLISE DE DADOS

O tratamento estatístico é o culminar de um processo que se iniciou com a colheita de dados e que viabiliza a análise e interpretação dos mesmos. Este estudo será processado através da estatística descritiva e analítica.

No que concerne à estatística descritiva utilizaram-se as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como a média; medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação) e medidas de assimetria e achatamento, seleccionadas de acordo com as características das variáveis em estudo.

A avaliação da medida de assimetria Skewness (Sk) é o resultado do quociente entre o valor de Sk e do erro padrão (EP). Sk/EP (Pestana & Gageiro, 2008), se o resultado estiver entre:

- **-1,96 e 1,96, a distribuição é simétrica;**
- **<-1,96, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita;**
- **>1,96, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda**

A obtenção das medidas de achatamento curtose (K) o resultado foi obtida através do quociente com o erro padrão (Pestana & Gageiro, 2008,) Se o resultado de K/EP for de:

- **-1,96 e 1,96, a distribuição diz-se mesocúrtica**
- **<-1,96, a distribuição é placticúrtica**
- **>1,96, a distribuição é leptocúrtica**

Os testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, Skewness e curtose foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa, conforme o recomendado.

O coeficiente de variação é uma medida de dispersão relativa usada para comparar distribuições, os resultados obtidos devem ser interpretados de acordo com o postulado por Pestana & Gageiro (2008):

- **CV ≤ 15% - dispersão fraca;**
- **15% < CV ≤ 30% - dispersão média;**

A utilização de testes paramétricos deve obedecer a dois requisitos essenciais e simultâneos:

- as variáveis de natureza quantitativa devem ter distribuição normal;
- as variâncias populacionais devem ser homogêneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populacionais (Marôco, 2010).

Assim, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis usou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de Levene.

Os testes paramétricos têm-se como robustos à violação do pressuposto da normalidade, desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões da amostra não sejam demasiado pequenas (Marôco, 2010). A confirmar este pressuposto Pestana & Gageiro (2008,) dizem que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição aproxima-se da distribuição normal.

A estatística não paramétrica, cujos testes são menos potentes, foi utilizada em alternativa à paramétrica sempre que os pressupostos para a sua aplicação não estavam cumpridos. A possibilidade de rejeição de H_0 é por isso maior num teste paramétrico do que num teste não paramétrico (Marôco, 2010).

Os testes utilizados no âmbito da estatística paramétrica e não paramétrica foram:

- **Teste t de student**, para comparação de médias de uma variável quantitativa em duas amostras diferentes e em que se desconhecem as respectivas variâncias populacionais (Pestana & Gageiro, 2008).
- **Teste de U-Mann Whitney (UMW)**, alternativo ao teste t para duas amostras independentes. Compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes. Este teste é preferível ao t quando há violação da normalidade, quando os n 's são pequenos ou quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal (Pestana & Gageiro, 2008)
- **Análise de variância a um factor (ANOVA)**, para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos diferentes (variável exógena – qualitativa), isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são iguais ou não entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Contudo, quando se testa a igualdade de três ou mais médias e dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, recorre-se, habitualmente a testes post-hoc (de Tukey), para determinar quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2008).
- **Teste de Kruskal-Wallis**, teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, sendo alternativa ao teste de One-Way Anova, utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último. Usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização e permite ver se existem diferenças no pós-teste entre três ou mais condições experimentais (Pestana & Gageiro, 2008).
- **Teste de qui quadrado (χ^2)**, estuda as relações entre variáveis

nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal possui duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com frequências esperadas, para inferir sobre a relação existentes entre ambas. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não forem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação sendo as variáveis independentes. Caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência, ou seja, os valores do teste pertencem à região crítica. Quando se verifica relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1,96 e 1,96, para $p= 0,050$. A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como da coluna (Pestana & Gageiro, 2008).

- **Coefficiente de correlação de Pearson**, medida de associação linear usada no estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados mas, sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso, os valores oscilam entre -1 e 1. Se a associação for negativa, a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos de uma variável estão associados à diminuição da outra. Se for positiva, a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Importa ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado, designado por **coeficiente de determinação (R^2)**, o qual indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra. Tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afecta pouco o erro tipo I e a potência do teste, principalmente quando se trabalha com grandes amostras, como é o nosso caso (Pestana & Gageiro, 2008).
- **Regressão**, modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou de rácio informando sobre as margens de erro dessas previsões. Quando se utiliza apenas uma variável dependente e uma independente, o modelo designa-se por **regressão linear simples**, se forem comparada uma variável

dependente com mais do que uma variável independente, o modelo designa-se por **regressão linear múltipla**. Na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente. Quanto maior for a correlação entre as variáveis em estudo, melhor a previsão, ao invés, quanto menor a correlação maior a percentagem de erro na previsão (Pestana & Gageiro, 2008,).

Para as correlações de Pearson (r) foram utilizados valores de r que, segundo Pestana & Gageiro (2008 *cit. por* Valente 2012) se classificam da seguinte forma:

- $r < 0.2$ – associação muito baixa;
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa;
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada;
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta;
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta.

Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância estatística

(D'hainaut, 1990):

- $p < 0,05$ – valor estatístico significativo;
- $p < 0,01$ – valor estatístico bastante significativo;
- $p < 0,001$ – valor estatístico altamente significativo;
- $p \geq 0,05$ –n.s. – valor estatístico não significativo.

A apresentação dos resultados foi organizada em tabelas, onde se plasmaram as informações mais relevantes. Não se cumpriu a regra de colocação da data e fonte nas mesmas uma vez que todos os dados foram colhidos à população e nas datas referidas. Na descrição e análise dos dados procurou-se obedecer à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de colheita de dados, excepção feita à caracterização sociodemográfica que integra o ponto referente aos participantes, sito no capítulo da metodologia.

CAPITULO II

1- RESULTADOS

A apresentação dos resultados será subdividida em duas partes elementares e complementares; a análise descritiva dos dados e análise inferencial dos resultados.

1.1.ANÁLISE DESCRITIVA

A apresentação dos resultados será feita em seis pontos: caracterização sociodemográfica, variáveis de contexto escolar, estilos de vida, variáveis psicológicas (auto-estima e auto-conceito) e, por fim, as variáveis dependentes do nosso trabalho, atitudes face à Sexualidade em Adolescentes variável exógena e Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida.

1.1.1 Variáveis de contexto escolar

As variáveis abordadas neste ponto serão: a escola que frequentam, ano de escolaridade, ocorrência e número de reprovações, mudança de escola nos últimos dois anos, sentimentos face à escola, distância entre escola e casa, tempo gasto entre escola e casa, meios de deslocação para a escola, relação entre pais e escola, ajuda nas actividades escolares e envolvimento em lutas no último período lectivo.

Escola que frequentam

A análise da tabela 13 mostra-nos que a Escola Secundária de Emídio Navarro de Viseu é a que engloba o maior número dos adolescentes participantes do estudo com 454 alunos (46,80%), segue-se a Escola Secundária com 3º Ciclo de Tondela com 354 alunos (36,50%). A Escola Profissional de Tondela é aquela apresenta um menor número de estudantes, 163 alunos (16,80%). Estas diferenças estão de acordo com o número de alunos que frequentam cada um dos estabelecimentos de ensino que aderiram ao estudo.

A determinação do valor do qui-quadrado revelou um valor de p altamente significativo ($\chi^2= 24,389$; $p=0,000$), o que determina uma relação estatisticamente significativa entre a escola e o sexo dos inquiridos, particularmente para as raparigas da Escola Secundária com 3º Ciclo de Tondela (41,80%) e os rapazes da Escola Profissional de Tondela (22,10%)

Tabela 13 - Distribuição dos estudantes por escola em função do sexo

Sexo Escola	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Esc. Sec. com 3º Ciclo de Tondela	154	31,20	200	41,80	354	36,50	-3,4	3,4
Escola Secundária de Emídio Navarro	230	46,70	224	46,90	454	46,80	-0,1	0,1
Escola Profissional de Tondela	109	22,10	54	11,30	163	16,80	4,5	-4,5
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Ano de escolaridade

A distribuição dos estudantes pelo ano de escolaridade indica que o ano de escolaridade com maior representação é o 10º ano com 38,60% do total da amostra, segue-se o 11º ano com 31,50% e, por último, o 12º ano com 29,90% do total dos inquiridos (cf. tabela 14). O valor do qui-quadrado revela uma relação estatisticamente significativa entre os diferentes grupos das variáveis em estudo ($\chi^2=6,443$; $p=0,040$). Pela análise dos valores residuais essas diferenças, verificam-se nos estudantes do sexo masculino do 10º ano (42,00%) e os estudantes do sexo feminino do 11º ano (34,90%).

Tabela 14 - Distribuição dos estudantes por ano de escolaridade em função do sexo

Sexo Ano de Escolaridade	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
10º ano	207	42,00	168	35,10	375	38,60	2,2	-2,2
11º ano	139	28,20	167	34,90	306	31,50	-2,3	2,3
12º ano	147	29,80	143	29,90	290	29,90	0,0	0,0
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Reprovações

O estudo da tabela 15 permite-nos identificar que 42,60% dos estudantes inquiridos foram já protagonizaram uma reprovação. Quando analisados os sexos concluímos que a percentagem superior pertence aos rapazes (47,70%) quando comparados com as raparigas (37,40%). Os restantes 57,40% estudantes do total da amostra referem nunca ter reprovado.

Os valores do teste de qui-quadrado, mostram a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2=10,364$; $p=0,001$). Pela análise dos valores residuais, as diferenças verificaram-se entre as raparigas com reprovações (37,40%) e os rapazes sem reprovações (52,30%).

Tabela 15 - Distribuição dos adolescentes por ocorrência de reprovações em função do sexo.

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Reprovações								
Sim	235	47,70	179	37,40	414	42,60	-3,2	3,2
Não	258	52,30	299	62,60	557	57,40	3,2	-3,2
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Número de reprovações

Para auxiliar o tratamento estatístico a variável número de reprovações foi recodificada em três grupos: 1 reprovação, 2 reprovações e 3 ou mais reprovações.

A análise da tabela 16 permite-nos concluir que para a maioria dos estudantes (60,10%), reprovou uma vez (60,10%), com duas reprovações temos 32,40% da amostra, os restantes 7,50% dos estudantes reprovaram por 3 ou mais vezes. Os valores obtidos no teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 0,627$; $p = 0,731$ -n.s.), não revelam diferenças estatisticamente significativas entre o número de reprovações e o sexo dos estudantes.

Tabela 16 - Número de reprovações ocorridas em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Nº Reprovações								
1	140	59,60	109	60,90	249	60,10	-0,3	0,3
2	79	33,60	55	30,70	134	32,40	0,6	-0,6
≥ 3	16	6,80	15	8,40	31	7,50	-0,6	0,6
Total	235	100,00	179	100,00	414	100,00		

Mudança de escola nos últimos dois anos

A mudança de escola nos últimos dois anos verificou-se apenas em 38% dos inquiridos, a maioria, 61,90%, refere não ter mudado de estabelecimento de ensino nos últimos dois anos (cf. tabela 17). Os resultados do teste de qui-quadrado, concluem que não existe uma relação estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2 = 0,143$; $p = 0,706$), pelo que podemos afirmar que estes são independentes.

Tabela 17 - Mudança de escola nos últimos dois anos em função do sexo

Sexo Mudança de Escola	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Sim	185	37,50	185	38,70	370	38,10	-0,4	0,4
Não	308	62,50	293	61,30	601	61,90	0,4	-0,4
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Sentimentos face à escola

Esta variável foi recodificada e ficou agrupada em três grupos: gosta, indiferente e não gosta. Pela análise da tabela 18 podemos afirmar que 62,00% dos estudantes têm um sentimento positivo, ou seja, “gostam” da escola. Demonstraram um sentimento negativo, ou seja, “não gostam” 6,00% dos inquiridos e os restantes 32,00% manifestam sentimento de indiferença face à escola. O teste de qui-quadrado, exhibe um valor de p não significativo ($\chi^2=4,208$; $p=0,122$ -n.s.), confirmando a não existência de relação estatisticamente significativas entre as variáveis, pelo que se constata a independência entre os diferentes grupos.

Tabela 18 - Sentimentos face à escola em função do sexo

Sexo Sentimentos face à Escola	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Gosta	292	59,20	310	64,90	602	62,00	-1,8	1,8
Indiferente	166	33,70	145	30,30	311	32,00	1,1	-1,1
Não Gosta	35	7,10	23	4,80	58	6,00	1,5	-1,5
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Distância aproximada da escola a casa

Pela análise da tabela 19 verificamos que 40,40% dos estudantes habitam a uma distância da escola superior a 7 km, 27,10% a distância de 1 a 4 km, 19,80% refere uma distância de 4 a 7 km e, por fim, 12,80% vivem a uma distância inferior a 1 km. A determinação do qui-quadrado, revela uma relação estatística não significativa, verificando-se, assim, os pressupostos de independência entre as diferentes variáveis ($\chi^2= 6,942$; $p=0,074$ -n.s.). Contudo os valores residuais das células relativas às raparigas que vivem a uma distância de 1 a 4 km da escola (30,50%) e aos rapazes cuja distância é superior a 7 km (43,60%), demonstram um comportamento significativamente superior ao esperado, ou superior à média.

Tabela 19 - Distância aproximada entre a casa e a escola de acordo com o sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Distância escola/casa (Km)								
< 1 Km	65	13,20	59	12,30	124	12,80	0,4	-0,4
1 – 4 Km	117	23,70	146	30,50	263	27,10	-2,4	2,4
4 – 7 Km	96	19,50	96	20,10	192	19,80	-0,2	0,2
> 7 Km	215	43,60	177	37,00	392	40,40	2,1	-2,1
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Tempo gasto na viagem entre a casa e a escola

Variável recodificada em dois grupos: <30 minutos; ≥ 30 minutos. A observação da tabela 20 revela-nos que uma maioria significativa dos adolescentes (82, 60%) gasta um tempo <30 minutos na viagem de casa à escola, apenas 17,40% se incluem no grupo que necessita de um tempo ≥ 30 minutos para o percurso.

O teste de qui-quadrado mostra uma relação estatisticamente significativa entre a variável em estudo e o sexo dos inquiridos ($\chi^2=4,990$; $p=0,025$). Os valores residuais apontam que essas diferenças se situam nas raparigas que necessitam de um tempo <30 minutos na viagem entre a sua casa e a escola (85,40%), bem como nos rapazes que necessitam de um tempo; ≥ 30 minutos (20,10%) para realizar esse percurso.

Tabela 20 - Tempo gasto na viagem entre casa e escola de acordo com o sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Tempo casa/escola (min.)								
< 30 minutos	394	79,90	408	85,40	802	82,60	-2,2	2,2
≥ 30 minutos	99	20,10	70	14,60	169	17,40	2,2	-2,2
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Meio de deslocação habitual para a escola

O meio de transporte mais utilizado pelos estudantes na sua deslocação para a escola é o transporte público, (50,50%), seguido do automóvel (45,40%). Fazem o percurso a pé 19,70% dos adolescentes, apenas 1,00% refere utilizar a bicicleta como meio habitual de viagem para a escola e 0,30% adopta outro meio de transporte (cf. tabela 21).

Tabela 21 - Meio de deslocação habitual para a escola em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Meio de deslocação						
A pé	97	19,70	94	19,70	191	19,70
Bicicleta	5	1,00	5	1,00	10	1,00
Motorizada	20	4,10	5	1,00	25	2,60
Transportes públicos	254	51,50	236	49,40	490	50,50
Carro	221	44,80	220	46,00	441	45,40
Outro	1	0,20	2	0,40	3	0,30

Relação dos pais com a escola

A relação dos pais com aspectos ligados à escola, foi avaliada com base em três afirmações. A análise da tabela 22 mostra-nos que à primeira questão: *Os meus pais estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola*, 58,70% do estudante refere que “sempre”, 23,90% diz “muitas vezes” e apenas 1,00% afirma que os seus pais nunca estão prontos a ajudá-los em tudo o que está relacionado com a escola.

À questão, *Os meus pais vêm à escola falar com os professores*, 42,60% dos estudantes dizem que “por vezes”, 23,60% referem que os pais o fazem “raramente” e apenas 4,60% refere que os pais nunca o fizeram. Os valores do qui-quadrado ($\chi^2=11,367$; $p=0,023$), concluem a existência de diferenças estatisticamente significativas, no grupo das raparigas que afirmam que os seus pais raramente vão à escola falar com os professores (27,80%).

Na última questão, “ *Os meus pais encorajam-me a fazer os trabalhos da escola*”, 53,60% dos estudantes dizem que os pais o fazem “sempre”, 27,60% afirmam que o fazem “muitas vezes” e, apenas 1,40% referem que os seus pais nunca os encorajaram para a realização dos trabalhos da escola.

Tabela 22 - Relação dos pais com a escola de acordo com o sexo

Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Os meus pais estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola.	Nunca	4	0,80	6	1,30	10	1,00	N. A.	
	Raramente	16	3,20	19	4,00	35	3,60	-0,6	0,6
	Por vezes	66	13,40	58	12,10	124	12,80	0,6	-0,6
	Muitas vezes	126	25,60	106	22,20	232	23,90	1,2	-1,2
	Sempre	281	57,00	289	60,50	570	58,70	-1,1	1,1
Os meus pais vêm à escola falar com os professores.	Nunca	20	4,10	25	5,20	45	4,60	-0,9	0,9
	Raramente	96	19,50	133	27,80	229	23,60	-3,1	3,1
	Por vezes	220	44,60	194	40,60	414	42,60	1,3	-1,3
	Muitas vezes	110	22,30	87	18,20	197	20,30	1,6	-1,6
	Sempre	47	9,50	39	8,20	86	8,90	0,8	-0,8
Os meus pais encorajam-me a fazer bem os trabalhos da escola.	Nunca	8	1,60	6	1,30	14	1,40	N. A.	
	Raramente	20	4,10	15	3,10	35	3,60	0,8	-0,8
	Por vezes	61	12,40	73	15,30	134	13,80	-1,3	1,3
	Muitas vezes	154	31,20	114	23,80	268	27,60	2,6	-2,6
	Sempre	250	50,70	270	56,50	520	53,60	-1,8	1,8

Com o objectivo de se proceder à avaliação da significância estatística da incidência percentual nas respostas que traduzem a relação entre os pais e a escola, criaram-se dois grupos (definiu-se como cut point \leq “por vezes”):

- Grupo1, inclui as opções de resposta “nunca”, “raramente” e “por vezes” traduz um maior distanciamento no relacionamento entre os pais e a escola;
- Grupo 2, inclui as opções de resposta “muitas vezes” e “sempre”, traduz uma maior proximidade na relação entre pais e escola.

Aplicou-se o teste binominal para um teste de proporções de 50,00%. A análise da tabela 23, permite-nos concluir que as percentagens relativas aos dois grupos foram significativamente diferentes de 50,00% ($p=0,000$; $N= 971$) nas três situações avaliadas. A probabilidade de os pais estarem prontos para ajudar em tudo o que está relacionado

com a escola foi de 83,00% e para irem à escola falar com os professores foi de 29,00%. A probabilidade de os pais encorajarem os filhos a fazer os trabalhos da escola foi de 81,00%. As diferenças são estatisticamente significativas ($p= 0,000$) para as três situações.

Tabela 23 - Teste binomial relativo à relação dos pais com a escola

Variáveis		n	Prop. Observ.	p
Os meus pais estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola.	Grupo 1	169	0,17	0,000
	Grupo 2	802	0,83	
Os meus pais vêm à escola falar com os professores.	Grupo 1	688	0,71	0,000
	Grupo 2	283	0,29	
Os meus pais encorajam-me a fazer bem os trabalhos da escola.	Grupo 1	183	0,19	0,000
	Grupo 2	788	0,81	

Ajuda dos adolescentes nas actividades do agregado familiar

A análise da tabela 24 mostra que a maioria dos estudantes (91,70%) afirma que ajuda nas actividades do agregado familiar, só 8,30% dos estudantes diz não ajudar nas actividades. Os grupos revelam-se independentes, pois não exista relação estatisticamente significativa entre ambos ($\chi^2 = 1,860$; $p=0,173$ -n.s.).

As frequências obtidas pela resposta à assiduidade com que os estudantes ajudam os seus familiares nas actividades do agregado encontram-se plasmadas na tabela 24 A sua análise permite-nos afirmar que, do grupo de estudantes que ajuda nas actividades 57,40% só o faz aos fins-de-semana, 30,80% à tarde depois de chegar da escola, 11,20% fá-lo tanto de manhã como de tarde e 0,60% refere que ajuda os familiares de manhã, antes de ir para a escola.

Tabela 24 - Ajuda dos adolescentes nas actividades do agregado familiar de acordo com o SEXO

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Frequência de Ajuda						
De manhã, antes de ir para a escola	5	1,10	0	0,00	5	0,60
À tarde, depois de chegar da escola	133	29,80	141	31,80	274	30,80
Tanto de manhã como de tarde	37	8,30	63	14,20	100	11,20
Só aos fins-de-semana	271	60,80	240	54,10	511	57,40
Total	446	100,00	444	100,00	890	100,00

Envolvimento em lutas/brigas com colegas no último período

A variável em estudo foi recodificada em dois grupos: envolvimento em lutas e não envolvimento em lutas. Quando analisamos a tabela 25 verificamos que 88,80% dos adolescentes dizem não se terem envolvido em lutas durante o último período. Quando comparados os sexos vemos que os rapazes se envolveram mais em lutas (14,20%) do que as raparigas (8,20%). O teste de qui-quadrado mostra a existência de diferenças estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2 = 8,884$; $p = 0,003$), sendo que as mesmas se situam entre os rapazes que se envolveram em lutas no último período (14,20%) e as raparigas que não se envolveram em lutas durante o mesmo período de tempo (91,80%).

Tabela 25 - Envolvimento em lutas em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	N	%	Masc.	Fem.
Envolvimento em lutas								
Não	423	85,80	439	91,80	862	88,80	-3,0	3,0
Sim	70	14,20	39	8,20	109	11,20	3,0	-3,0
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

No âmbito das variáveis de contexto escolar e desenhando o arquétipo do adolescente que integra a nossa amostra diremos que:

- Frequenta a escola Emídio Navarro de Viseu (46,80%);
- Integra o 10º ano de escolaridade (38,60%);
- Nunca chumbou (57,40%)
- Não mudou de escola nos últimos dois anos (61,90%);
- Gosta da escola (62,00%);

- Refere viver a uma distância da escola superior a 7 km (40,40%), demorando menos de 30 minutos no percurso casa/escola ou vice-versa (82,60%) e fazendo-o, na maioria das vezes em transportes públicos (50,50%);
- Afirma que os seus pais estão “sempre” prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola (58,70%);
- Que os seus pais “por vezes” vão à escola falar com os professores (42,60%);
- Que os mesmos o encorajam “sempre” a fazer os trabalhos da escola (53,60%);
- Diz ajudar os pais em actividades (91,70%), principalmente aos fins-de-semana (57,40%);
- Declarara não se ter envolvido em lutas durante o último período lectivo (88,80%).

2.1.2 Variáveis relacionadas com os estilos de vida

A avaliação dos estilos de vida será feita com suporte nas variáveis: frequência de realização de exercício físico fora da escola, frequência de lavagem dos dentes, a prática de dieta alimentar e o aspecto físico percebido.

Frequência da realização de exercício físico fora da escola

Com o objectivo de facilitar o tratamento estatístico esta variável foi recodificada em três grupos: *sempre ou quase sempre*, *raramente* e *nunca*.

A análise da tabela 26 mostra que 51,60% dos adolescentes refere *raramente* praticar exercício físico fora da escola, 36,50% diz praticar *sempre ou quase sempre* e 11,90% afirma que *nunca* pratica exercício físico fora da escola.

O valor de p do teste de qui-quadrado, demonstra a existência de relações estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2 = 110,409$; $p = 0,000$), situando-se as mesmas ao nível dos rapazes que praticam exercício físico fora da escola *sempre ou quase sempre* (51,10%), as raparigas que *nunca* o praticam (19,00%) e as raparigas que referiram praticar *raramente* (59,60%).

Tabela 26 - Frequência de exercício físico fora da escola de acordo com o sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	N	%	Masc.	Fem.
Sempre ou Quase Sempre	252	51,10	102	21,30	354	36,50	9,6	-9,6
Raramente	216	43,80	285	59,60	501	51,60	-4,9	4,9
Nunca	25	5,10	91	19,00	116	11,90	-6,7	6,7
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Frequência da lavagem dos dentes

A variável, frequência da lavagem dos dentes, foi recodificada em três grupos: *mais do que uma vez por dia; uma vez por dia; raramente ou nunca*

Pela análise da tabela 27 concluímos que a maioria dos estudantes (65,70%) afirma lavar os dentes *mais do que uma vez por dia*, seguem-se os adolescentes que dizem fazê-lo *uma vez por dia* 31,80%. Apesar de ter uma representatividade reduzida ainda contabilizamos 2,5% dos adolescentes que dizem lavar os dentes *raramente ou nunca*.

O teste de qui-quadrado revela valores ($\chi^2 = 63,939$; $p = 0,000$), que apontam diferenças estatisticamente significativas entre a frequência de lavagem dos dentes e o sexo dos inquiridos. Essas diferenças encontram-se nas raparigas que lavam os dentes *mais do que uma vez por dia* (78,00%), os rapazes que lavam os dentes *uma vez por dia* (42,60%) e os rapazes que *raramente ou nunca* lavam os dentes (3,70%).

Tabela 27 - Frequência de lavagem dos dentes em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	N	%	Masc.	Fem.
Mais de uma vez por dia	265	53,80	373	78,00	638	65,70	-8,0	8,0
Uma vez dia	210	42,60	99	20,70	309	31,80	7,3	-7,3
Raramente ou nunca	18	3,70	6	1,30	24	2,50	2,4	-2,4
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Dieta alimentar para perda de peso

A análise da tabela 28 permite-nos concluir que dos adolescentes inquiridos 89,40% diz não estar, no momento, a realizar nenhuma dieta para perda de peso contra 10,60% que dizem estar a fazer. Dos estudantes que afirmam não estar, no momento, a realizar nenhuma dieta para perda de peso 55,70% defendem, porque consideram

que o seu peso está bom, 23,00% admitem que não fazem mas afirmam que *deveriam perder peso* e 10,70% justificam que não fazem dieta porque *precisam de ganhar peso*. Quando comparados os sexos a percentagem de raparigas que admitem estar a realizar dieta para perder peso (15,70%) é realizar superior à dos rapazes (5,70%).

O valor obtido com a aplicação do teste do qui-quadrado ($\chi^2 = 48,935$; $p = 0,000$), revela diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, verificando-se essas diferenças no grupo das raparigas que *fazem dieta* (15,70%), dos rapazes que *não fazem dieta porque o peso está bom* (63,10%), das raparigas que *não fazem dieta mas que acham que deveriam perder peso* (28,00%) e o grupo dos rapazes que *não fazem dieta porque precisam de ganhar peso* (13,20%).

Tabela 28 - Opinião sobre dieta alimentar para perda de peso de acordo com o sexo

Sexo Dieta	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	N	%	Masc.	Fem.
Não, o peso está bom	311	63,10	230	48,10	541	55,70	4,7	-4,7
Não, mas deveria perder peso	89	18,10	134	28,00	223	23,00	-3,7	3,7
Não, porque preciso de ganhar peso	65	13,20	39	8,20	104	10,70	2,5	-2,5
Sim	28	5,70	75	15,70	103	10,60	-5,1	5,1
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Aspecto físico percebido pelos adolescentes

A variável em estudo foi recodificada em três grupos: *magro*, *peso ideal* e *excesso de peso*. Analisando a tabela 29 concluímos que a maioria dos adolescentes (54,40%) se percepção com o *peso ideal*, 31,90% admite ter *excesso de peso* e 13,70% considera que é *magro*. Quando comparados os sexos a percentagem de raparigas que se percepção com *excesso de peso* (40,80%) é superior à dos rapazes (23,30%). Esta constatação foi validada com o teste de qui-quadrado cujos valores mostram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a percepção do aspecto físico e o sexo dos inquiridos ($\chi^2 = 38,584$; $p = 0,000$), essas diferenças encontram-se no grupo das raparigas que se percepção com *excesso de peso* (40,80%), dos rapazes que se consideram *magros* (17,60%) e dos rapazes que consideraram ter o *peso ideal* (59,00%).

Tabela 29 - Aspecto físico percebido pelos adolescentes de acordo com o sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	N	%	Masc.	Fem.
Magro	87	17,60	46	9,60	133	13,70	3,6	-3,6
Peso ideal	291	59,00	237	49,60	528	54,40	3,0	-3,0
Excesso de peso	115	23,30	195	40,80	310	31,90	-5,8	5,8
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Na síntese dos resultados do âmbito das variáveis relacionadas com os estilos de vida e esboçando o padrão do adolescente que integra a nossa amostra diremos que:

- Raramente pratica exercício físico fora da escola (51,60%);
- Lava os dentes mais do que uma vez por dia (65,70%);
- Não está a fazer uma dieta alimentar para perder peso, pois considera que tem o peso adequado (55,70%);
- Perceciona o seu aspecto físico como detendo o peso ideal (54,40%).

2.1.3 Variáveis psicológicas

As variáveis que integram este ponto são a auto-estima, para cuja avaliação foi aplicada a Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Romano, A., Negreiro, J. e Martins, T., 2007) e o auto-conceito, para cuja avaliação foi aplicado o Inventário Clínico de Autoconceito (Vaz Serra, 1984).

2.1.3.1 Auto-estima

A análise da tabela 30 permite-nos concluir que o valor médio para a pontuação global da escala de auto-estima, apresentado pelos adolescentes da nossa amostra, foi de 30,69 (Dp= 4,91), com um mínimo de 13 e um máximo de 40. A distribuição revela uma dispersão média (CV= 15,99%), simétrica (Sk/erro= -1,743) e mesocúrtica (K/erro= -0,031). Contudo, o valor de p obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K/S= 0,000), mostra que a distribuição não segue uma distribuição normal. Analisando a subescala relativa à auto-estima positiva, o valor médio obtido foi de 15,57 (Dp= 2,50), com um mínimo de 5 e um máximo de 20. Mostra uma dispersão média (CV= 16,06%), assimétrica negativa ou enviesada à direita (Sk/erro= -5,948) e leptocúrtica (K/erro= 10,917), não preenchendo os pressupostos de normalidade (p (K/S) =0.000). A análise da subescala auto-estima negativa, mostra um valor médio de 15,1 (Dp= 3,31), com um mínimo de 5 e um máximo de 20. Constata-se uma dispersão média (CV= 21,89%), sendo a distribuição assimétrica ou enviesada à direita (Sk/erro= -4,808) e

mesocúrtica ($K/erro = -1,115$), não cumprindo de igual forma os pressupostos de normalidade ($p(K/S) = 0,000$).

Tabela 30 - Estatísticas relativas à auto-estima global e subescalas

Auto-Estima									
Variáveis	n	\bar{x}	Min	Max	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Auto-estima Positiva	971	15,57	5	20	2,50	16,06	-5,948	10,917	0,000
Auto-estima Negativa	971	15,12	5	20	3,31	21,89	-4,808	-1,115	0,000
Auto-estima (global)	971	30,69	13	40	4,91	15,99	-1,743	-0,031	0,000

Auto-estima versus sexo

Pretendíamos analisar a influência do sexo na auto-estima dos adolescentes da nossa amostra pelo que aplicámos o teste *t de student*. Os resultados obtidos, plasmados na tabela 31 mostram que as variâncias são homogéneas, sendo os valores médios obtidos, tanto para as subescalas como para o valor global, superiores nos rapazes quando comparados com os valores médios registados nas raparigas. Todavia, as diferenças encontradas apenas se revelaram estatisticamente significativas para a subescala relativa à auto-estima positiva ($t = -3,202$; $p = 0,001$), bem como para a pontuação global da auto-estima ($t = -2,218$; $p = 0,027$).

Tabela 31 - Teste t de student para auto-estima global e subescalas de acordo com o sexo.

Sexo	Masculino		Feminino		Levene	t	p
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Auto-estima positiva	15,83	2,48	15,31	2,50	0,468	-3,202	0,001
Auto-estima negativa	15,21	3,39	15,02	3,23	0,172	-0,874	0,382
Auto-estima (global)	31,03	4,78	30,34	5,02	0,978	-2,218	0,027

Para avaliar os níveis de auto-estima (global) dos adolescentes que integram a nossa amostra foram estabelecidos grupos de corte a partir da média ($x = 30,69$) e do desvio padrão ($Dp = 4,91$), com base na fórmula *média $\pm 0,25$ desvio padrão*, postulada por Pestana & Gageiro (2008). Formaram-se então três grupos, denominados por baixa auto-estima (≤ 29), razoável auto-estima ($= 30$) e boa auto-estima (≥ 31). A análise dos resultados organizados na tabela 32 levam-nos a concluir que 47,40% dos adolescentes revelam boa auto-estima, 38,80% acusam baixa auto-estima e 13,80% revelam razoável auto-estima. Concluímos que 49,70% dos rapazes e 45,00% das raparigas registaram bons níveis de auto-estima. As variáveis em estudo demonstraram ser

independentes entre si, através do valor de p obtido no teste do qui-quadrado ($\chi^2=3,606$; $p=0,165$ n.s.).

Tabela 32 - Classificação da auto-estima em função do sexo

Sexo Auto-estima (Gr)	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais	
	n	%	n	%	N	%	(1)	(2)
Baixa	177	35,90	200	41,80	377	38,80	-1,9	1,9
Razoável	71	14,40	63	13,20	134	13,80	0,6	-0,6
Boa	245	49,70	215	45,00	460	47,40	1,5	-1,5
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Auto-estima versus idade

No intuito de avaliarmos a influência da idade na auto-estima dos adolescentes da amostra em estudo utilizámos a análise de variância entre as variáveis em estudo. Pela análise da tabela 33 quer nas subescalas como na auto-estima global, foram os estudantes com 17 anos os que revelaram melhores valores médios quando comparados com os restantes. As diferenças encontradas apenas se revelaram estatisticamente significativas na subescala “auto-estima negativa” ($p=0,001$) e para o global da escala ($p=0,004$). Recorrendo ao teste post hoc de Tukey concluímos que as diferenças encontradas se situaram entre os alunos do grupo 1 (≤ 16 anos) e do grupo 2 (17 anos), tanto na subescala relativa à auto-estima negativa ($p=0,001$) como para o valor global da escala ($p=0,003$).

Tabela 33 - Análise da variância entre a auto-estima global, subescalas e grupos etários

Grupos Etários Variáveis	≤ 16 anos (1)		17 anos (2)		≥ 18 anos (3)		F	p	Teste Tukey (p)		
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			1/2	1/3	2/3
Auto-estima positiva	15,51	2,31	15,80	2,63	15,41	2,64	1,890	0,152	n.s.	n.s.	n.s.
Auto-estima negativa	14,68	3,12	15,62	3,37	15,27	3,47	7,412	0,001	0,001	n.s.	n.s.
Auto-estima (global)	30,19	4,66	31,42	5,00	30,68	5,11	5,488	0,004	0,003	n.s.	n.s.

Auto-estima versus residência

A probabilidade da influência da área de residência na auto-estima dos adolescentes da amostra foi testada com o teste UMW (cf. Tabela 34). Pela observação das ordenações médias concluímos que foram os alunos residentes em meio urbanos os que revelaram melhor auto-estima, tanto nas subescalas como para o valor global da escala. As diferenças encontradas apenas se revelaram estatisticamente significativas para a subescala “auto-estima positiva” ($p=0,002$) e para o valor global da escala

($p= 0,002$).

Tabela 34 - Teste de U Mann Whitney, relação de auto-estima global, subescalas e residência.

Residência Variáveis	Urbana	Rural	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
Auto-estima positiva	508,93	474,41	97659,00	0,002
Auto-estima negativa	524,67	466,46	92529,50	0,062
Auto-estima (global)	525,99	465,79	92098,00	0,002

Auto-estima versus situação familiar dos pais

Para averiguar se a situação familiar dos pais dos adolescentes influenciava a sua auto-estima utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. A análise da tabela 35 mostra que para o valor global da escala foram os alunos cujos pais eram casados ou viviam em união de facto os que registaram melhores ordenações médias, pelo que foram estes os que revelaram melhor auto-estima (sem significância estatística – $p= 0,375$ -n.s.) Para a subescala *auto-estima positiva*, foram os alunos cujos pais detinham outra situação familiar além das descritas, aqueles que revelaram maiores pontuações, sem que no entanto se verificassem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,732$ -n.s.) Relativamente à subescala *auto-estima negativa* foram os alunos cujos pais eram casados ou viviam em união de facto os que revelaram maiores pontuações, sem que no entanto se registassem diferença estatisticamente significativas ($p= 0,157$ -n.s.).

Tabela 35 - Teste de Kruskal-Wallis, relação da auto-estima global, subescalas e situação familiar dos pais

Sit. Familiar Variáveis	Casados ou União de facto	Solteiros/divorciados ou separação de facto	Outra	χ^2	p
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Auto-estima positiva	486,91	470,58	507,85	0,625	0,732
Auto-estima negativa	491,66	472,49	410,14	3,703	0,157
Auto-estima (global)	490,34	474,03	431,98	1,962	0,375

Auto-estima versus rendimento mensal do agregado familiar

Com o objectivo de se avaliar a influência do rendimento mensal médio do agregado familiar na auto-estima dos adolescentes realizou-se teste *t* de student (cf. tabela 36). Assumindo variâncias iguais, os alunos que viviam num agregado com um rendimento médio alto/alto revelaram valores médios superiores na escala de auto-

estima (global) quando comparados com os que viviam em agregados com um rendimento baixo/médio baixo. Os resultados para as subescalas foram similares. Apenas detetámos diferenças com significância estatística na subescala *auto-estima positiva* ($t = -2,830$; $p = 0,005$) e no valor global da escala ($t = -2,743$; $p = 0,006$).

Tabela 36 - Teste *t* de student entre a auto-estima e o rendimento médio mensal do agregado familiar

Rendimento Mensal Variáveis	Baixo/Médio Baixo		Médio Alto/Alto		Levene	<i>t</i>	<i>p</i>
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	<i>p</i>		
Auto-estima positiva	15,31	2,59	15,77	2,42	0,820	-2,830	0,005
Auto-estima negativa	14,88	3,32	15,30	3,30	0,871	-1,925	0,055
Auto-estima (global)	30,20	4,88	31,07	4,90	0,402	-2,743	0,006

Auto-estima versus valor médio semanal disponível para gastos pessoais

A influência do valor médio semanal disponível para gastos pessoais na autoestima dos adolescentes da nossa amostra foi testada com a realização do teste de Kruskal-Wallis. A análise da tabela 37 permite-nos observar que a ordenação média revela que foram os estudantes que dispunham, para os gastos semanais, de um valor monetário superior a 10 € e ≤ 25 €, os que revelaram melhores pontuações quer nas subescalas quer no valor global, sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas (auto-estima positiva $p = 0,018$; auto-estima negativa $p = 0,002$ e auto-estima global $p = 0,001$). Realizado o teste ao teste de post hoc de Tukey com o objectivo de localizar essas mesmas diferenças, constatamos que estas se localizam, tanto nas subescalas, como na escala global entre o grupo 1 (≤ 10 €) e o grupo 2 (> 10 € - ≤ 25 €) (auto-estima positiva $p = 0,013$; auto-estima negativa $p = 0,003$ e auto-estima global $p = 0,000$).

Tabela 37 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima e o valor médio semanal disponível para gastos pessoais

Semanada Variáveis	≤ 10 € (1)	>10 € - ≤ 25 € (2)	> 25 € (3)	χ^2	<i>p</i>	Teste Tukey (<i>p</i>)		
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média			1/2	1/3	2/3
Auto-estima positiva	470,52	529,36	490,52	8,050	0,018	0,013	n.s.	n.s.
Auto-estima negativa	465,10	534,92	524,45	12,227	0,002	0,003	n.s.	n.s.
Auto-estima (global)	463,52	545,27	505,00	15,067	0,001	0,000	n.s.	n.s.

Auto-estima versus ano de escolaridade

Pretendíamos avaliar que relação existe entre o ano de escolaridade e a auto-estima optámos para isso pela análise de variância (cf. tabela 38). A sua análise mostra-nos, pelos valores médios obtidos, que são os estudantes do 12º ano os que mostram melhores valores médios relativamente aos demais sendo, por isso, os que detêm auto-estima. Os resultados obtidos concluem diferenças estatisticamente significativas (auto-estima positiva – $p= 0,037$; auto-estima negativa - $p= 0,000$ e auto-estima global – $p= 0,000$). O teste post hoc de Tukey, realizado para localizar essas diferenças, mostrou que estas se localizam na subescala *auto-estima positiva*, entre o 11º e o 12º ano ($p= 0,028$); na subescala *auto-estima negativa* as diferenças estão entre os alunos do 10º/11º ($p= 0,040$), 10º/12º ($p= 0,000$) e entre os alunos do 11º/12º ($p= 0,005$). Relativamente à escala global, as diferenças encontradas localizaram-se entre os alunos do 10º/12º ($p= 0,000$) e os do 11º/12º ($p= 0,006$).

Tabela 38 - Análise da variância entre a auto-estima e ano de escolaridade

Ano Escolaridade	10º ano(1)		11º ano (2)		12º ano (3)		F	p	Teste Tukey (p)		
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			1/2	1/3	2/3
Auto-estima positiva	462,74	276,90	484,68	261,62	517,47	276,01	3,318	0,037	n.s.	0,028	n.s.
Auto-estima negativa	433,24	273,30	484,75	274,00	555,54	276,40	16,241	0,000	0,040	0,000	0,005
Auto-estima (global)	442,12	278,55	479,40	270,46	549,71	279,87	12,514	0,000	n.s.	0,000	0,006

Auto-estima versus reprovações

Com o objectivo de analisar a relação presente entre a ocorrência de reprovações e a auto-estima dos adolescentes em estudo realizámos o teste t de student (cf. Tabela 39). Os resultados consequentes mostram que tanto para as subescalas, como para o valor global da escala, foram os estudantes que nunca tinham reprovado os que revelaram valores médios mais elevados, revelando assim melhores índices de auto-estima. As variâncias encontradas revelaram-se homogéneas. Contudo, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas quer para as subescalas auto-estima positiva ($t=1,336$; $p= 0,182$) e auto-estima negativa ($t= 1,364$; $p= 0,173$) como na escala global ($t= 1,601$; $p= 0,110$ -n.s.).

Tabela 39 - Teste *t* de student para auto-estima e a ocorrência de reprovações

Reprovações Variáveis	Sim		Não		Levene <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Auto-estima positiva	15,45	2,61	15,67	2,42	0,593	1,336	0,182
Auto-estima negativa	14,95	3,48	15,24	3,18	0,138	1,364	0,173
Auto-estima (global)	30,40	5,02	30,91	4,82	0,197	1,601	0,110

Auto-estima versus sentimentos face à escola

Para averiguar se os sentimentos dos adolescentes face à escola influenciavam a sua auto-estima utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis (cf. tabela 40). Pela observação das ordenações médias concluímos que tanto para a subescala *auto-estima positiva* como para o valor global da escala, foram os alunos que referiram gostar da escola os que revelaram melhores índices de auto-estima. Os alunos que manifestaram um sentimento de indiferença face à escola foram os que apresentaram ordenações médias mais elevadas (embora com um valor muito semelhante ao dos que referiram gostar da escola), para a subescala *auto-estima negativa*, revelando, assim, maiores índices de auto-estima negativa. No entanto as diferenças encontradas nas subescalas e valor global não se revelaram estatisticamente significativas ($p > 0,050$ -n.s.).

Tabela 40 - Teste de Kruskal-Wallis para auto-estima e os sentimentos face à escola

Sentimentos face à Escola Variáveis	Gosta (1)	Indiferente (2)	Não Gosta (3)	χ^2	<i>p</i>
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Auto-estima positiva	497,86	470,04	448,47	3,308	0,191
Auto-estima negativa	490,49	490,71	414,17	4,097	0,129
Auto-estima (global)	493,72	483,29	420,37	3,681	0,159

Auto-estima versus percepção do aspecto físico

A influência da percepção do aspecto físico na auto-estima dos adolescentes da nossa amostra foi testada com a realização do teste de Kruskal-Wallis (cf. tabela 41). A análise das ordenações médias mostra que, tanto para as subescalas como para o valor global da escala de auto-estima, são os estudantes que se percebem com peso ideal, os que revelam melhores índices de auto-estima. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas com um valor de $p = 0,000$, tanto para as subescalas como para a escala global. O teste post hoc de Tukey revela que as diferenças

encontradas se localizam entre o grupo 1 (magro) e o grupo 2 (peso ideal) na subescala *auto-estima negativa* ($p= 0,002$) e na escala global ($p=0,003$) e entre os grupos 2 e 3, tanto nas subescalas como na escala global ($p= 0,000$).

Tabela 41 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima e o aspecto físico percebido

Aspecto Físico	Magro	Peso Ideal	Excesso de Peso (3)	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
	(1)	(2)				1/2	1/3	2/3
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média					
Auto-estima positiva	458,73	517,72	443,68	15,956	0,000	n.s.	n.s.	0,000
Auto-estima negativa	434,76	527,14	437,92	25,219	0,000	0,002	n.s.	0,000
Auto-estima (global)	439,17	528,29	434,07	26,485	0,000	0,003	n.s.	0,000

Na síntese da análise da variável auto-estima destacamos que 47,40% dos estudantes revelaram boa auto-estima, traçando o modelo do adolescente que integra a nossa amostra e que apresenta melhores índices de auto-estima, será:

- Rapaz ($p= 0,027$);
- Estudante com 17 anos ($p= 0,004$);
- Residente em meio urbano ($p= 0,002$);
- Com um rendimento médio mensal médio alto ou alto ($p= 0,006$);
- Aufere de um valor médio semanal superior a 10 € e inferior ou igual a 25 € ($p= 0,001$);
- Frequenta o 12º ano ($p= 0,000$);
- Percepciona o seu peso como ideal ($p= 0,000$);

1.2 AUTO-CONCEITO

A análise da tabela 42 permite-nos observar que o valor médio obtido na escala global do auto-conceito é de 73,90 com um desvio padrão de 9,98, registando-se um mínimo de 32 e um máximo de 100. A distribuição apresenta uma dispersão fraca ($CV= 13,50\%$), assimétrica negativa ou enviesada à direita ($Sk/erro= -3,858$) e leptocúrtica ($K/erro= 2,445$). O valor de p obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p(K/S)= 0,000$), mostra que a distribuição não é normal.

Para o factor 1 - *aceitação/rejeição social* - a pontuação média obtida foi de 18,46 ($Dp= 3,24$), com um mínimo de 5 e um máximo de 25. A distribuição mostra uma dispersão média ($CV= 17,55\%$), assimétrica negativa ou enviesada à direita ($Sk/erro= -3,435$) e leptocúrtica ($K/erro= 2,394$). O teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov dá

um valor de $p = 0,000$, pelo que a distribuição viola os critérios de normalidade.

No factor 2 - auto-eficácia - a média de pontos obtidos é de 21,83 com um desvio padrão de 3,44, registando um valor mínimo de 10 e um máximo de 30. A distribuição revela uma dispersão média (CV= 15,76%), simétrica (Sk/erro=-0,705) mesocúrtica (K/erro= -0,522), assim, não preenche os critérios de normalidade, este resultado foi validado pelo valor de p obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p(K/S) = 0,000$).

O factor 3 - maturidade psicológica - mostra uma pontuação média de 14,53 (Dp=2,53), com um mínimo de 4 e um máximo de 20. A distribuição mostra uma dispersão média (CV= 17,41%), sendo assimétrica negativa ou enviesada à direita (Sk/erro= -2,679) e leptocúrtica (K/erro= 3,165). A distribuição não cumpriu portanto os requisitos de normalidade, apresentando um valor de p no teste de Kolmogorov-Smirnov de 0,000.

Por fim o factor 4 – impulsividade/afectividade – apresenta uma pontuação média de 11,53 (Dp=2,03), registando um valor mínimo de 3 e um valor máximo de 15. A dispersão revelou-se média (CV= 17,61%), sendo assimétrica negativa ou enviesada à direita (Sk/erro= -6,512) e leptocúrtica (K/erro= 3,038). O valor de p obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p=0,000$) corroborou a violação dos pressupostos de normalidade por parte da distribuição da variável em estudo.

Tabela 42 - Estatísticas relativas ao autoconceito

Auto-conceito									
Variáveis	n	\bar{x}	Min	Max	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Aceitação/Rejeição social	971	18,46	5	25	3,24	17,55	-3,435	2,394	0,000
Auto-eficácia	971	21,83	10	30	3,44	15,76	-0,705	-0,522	0,000
Maturidade Psicológica	971	14,53	4	20	2,53	17,41	-2,679	3,165	0,000
Impulsividade/Afectividade	971	11,53	3	15	2,03	17,61	-6,512	3,038	0,000
Auto-conceito (Global)	971	73,90	32	100	9,98	13,50	-3,858	2,445	0,000

Auto-conceito versus sexo

Pretendíamos analisar a influência da variável sexo no auto-conceito dos adolescentes da nossa amostra pelo que aplicámos o teste *t de student* (cf.tabela 43). Os resultados demonstram que as diferenças obtidas entre as médias dos rapazes e das raparigas não se revelaram estatisticamente significativas ($p > 0,05$ -n.s.), quer para a nota global do auto-conceito, quer para os seus factores.

No sentido de se estratificarem os níveis de auto-conceito dos adolescentes, foram estabelecidos grupos de corte a partir da média ($x = 73,90$) e do desvio padrão

(Dp= 9,98), com base na fórmula $média \pm 0,25 \text{ desvio padrão}$, postulada por Pestana & Gageiro (2008). Formaram-se então os seguintes grupos: baixo auto-conceito (≤ 71), razoável auto-conceito (≥ 72 e ≤ 75) e bom auto-conceito (≥ 76).

Tabela 43 - Teste *t* de student entre o autoconceito e o sexo

Sexo Variáveis	Masculino		Feminino		Levene <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Aceitação/Rejeição social	18,54	3,17	18,37	3,31	0,198	-0,823	0,411
Auto-eficácia	21,90	3,29	21,75	3,60	0,142	-0,676	0,499
Maturidade Psicológica	14,40	2,54	14,66	2,51	0,728	1,563	0,118
Impulsividade/Afectividade	11,52	2,11	11,54	1,94	0,107	0,172	0,863
Auto-conceito (Global)	73,83	10,04	73,96	9,93	0,819	0,197	0,844

A análise dos diferentes níveis de auto conceito em função do sexo dos estudantes da amostra em estudo (cf.tabela 44) conclui que 45,30% dos adolescentes em estudo detêm um bom auto-conceito, 36,80% revelam baixo auto-conceito e 17,90% têm um razoável auto-conceito. Quando comparados os sexos concluímos que 45,20% dos rapazes e 45,40% das raparigas detêm um bom auto-conceito. O valor de *p* obtido pelo teste do qui-quadrado ($\chi^2 = 0,010$; $p = 0,995$) mostra que as variáveis em estudo são independentes.

Tabela 44 - Classificação do auto-conceito de acordo com o sexo

Sexo Auto-conceito (Gr)	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais	
	n	%	n	%	N	%	(1)	(2)
Baixo	182	36,90	175	36,60	357	36,80	0,1	-0,1
Razoável	88	17,80	86	18,00	174	17,90	-0,1	0,1
Bom	223	45,20	217	45,40	440	45,30	-0,1	0,1
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Auto-conceito versus idade

No intuito de avaliarmos a influência da idade no auto-conceito dos adolescentes da amostra em estudo procedemos à análise de variância a um factor (cf. tabela 45). Os resultados mostram que são os alunos da faixa etária dos 17 anos os que têm melhores índices médios relativamente à pontuação global do auto-conceito, assim como nos factores 1, 2 e 3 do construto. Para a afectividade/impulsividade são os alunos com idade igual ou inferior a 16 anos os que exibem melhores índices médios. Pela análise dos resultados do teste post hoc de Tukey, concluímos que as diferenças encontradas apenas

se revelam estatisticamente significativas para a aceitação/rejeição social entre os alunos com 17 anos e os alunos com idade igual ou superior a 18 anos ($p=0,014$).

Tabela 45 - Análise da variância entre o auto-conceito e grupos etários

Grupos Etários Variáveis	≤ 16 anos (1)		17 anos (2)		≥ 18 anos (3)		F	p	Teste Tukey (p)		
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			1/2	1/3	2/3
Aceitação/Rejeição social	493,06	275,68	511,78	278,20	444,78	281,38	4,215	0,015	n.s.	n.s.	0,014
Auto-eficácia	477,76	273,63	510,93	283,99	470,91	282,53	1,729	0,178	n.s.	n.s.	n.s.
Maturidade Psicológica	475,76	283,95	494,26	275,54	493,35	271,98	0,503	0,605	n.s.	n.s.	n.s.
Impulsividade/Afectividade	495,75	273,40	485,94	278,46	470,05	280,70	0,686	0,504	n.s.	n.s.	n.s.
Auto-conceito (Global)	482,01	274,88	511,54	284,91	463,23	282,54	2,113	0,121	n.s.	n.s.	n.s.

Auto-conceito versus residência

A probabilidade da influência da área de residência no auto-conceito dos adolescentes da amostra foi testada com o teste UMW (cf. tabela 46). Pela observação das ordenações médias concluímos que, para todos os factores e também para a escala global do auto-conceito, são os adolescentes que residem em meio urbano os que revelaram índices mais elevados, o que é indicativo de um melhor auto-conceito, quando comparados com os seus pares que vivem em meio rural. As diferenças estatisticamente significativas estão apenas no factor 4 - impulsividade/actividade - com um $p=0,011$ e na escala global ($p=0,022$).

Tabela 46 - Teste de U Mann-Whitney entre auto-conceito e residência

Residência Variáveis	Urbana Ordenação média	Rural Ordenação média	UMW	p
Aceitação/Rejeição social	510,58	473,58	97123,500	0,051
Auto-eficácia	509,53	474,11	97464,000	0,062
Maturidade Psicológica	500,55	478,65	100392,500	0,247
Impulsividade/Afectividade	517,72	469,97	94793,500	0,011
Auto-conceito (global)	514,90	471,39	95714,000	0,022

Auto-conceito versus situação familiar dos pais

Para averiguar se a situação familiar dos pais dos adolescentes influenciava o seu auto-conceito utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. A análise da tabela 47 mostra-nos, pelas suas ordenações médias, que são os adolescentes cujos pais se encontravam casados ou em união de facto, os que apresentam melhores índices de auto-conceito, relativamente ao valor global da escala, pese embora as diferenças encontradas entre os

grupos não sejam estatisticamente significativas ($p= 0,935$).

Tabela 47 - Teste de Kruskal-Wallis entre autoconceito e situação familiar dos pais

Sit. Familiar	Casados ou União de facto	Solteiros/divorciados ou separação de facto	Outra	χ^2	p
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Aceitação/Rejeição social	484,78	478,60	528,93	1,087	0,581
Auto-eficácia	488,04	484,46	450,08	0,741	0,690
Maturidade Psicológica	487,00	475,05	494,65	0,219	0,896
Impulsividade/Afectividade	485,88	485,06	490,81	0,014	0,993
Auto-conceito (Global)	487,39	477,40	480,96	0,135	0,935

Auto-conceito versus habilitações literárias do pai

A avaliação da influência das habilitações literárias do pai no auto-conceito dos adolescentes da nossa amostra fez-se com recurso ao teste Kruskal-Wallis (cf. tabela 48). A análise das ordenações médias obtidas mostra que são os adolescentes cujos pais têm formação superior os que revelam melhor auto-conceito. As diferenças encontradas, quer para os factores quer para a escala global, são estatisticamente significativas (factor 1 – $p= 0,017$; factor 2 – $p= 0,009$; factor 3 – $p= 0,004$; factor 4 – $p= 0,000$ e autoconceito global – $p= 0,000$).

Pela análise dos resultados do teste post hoc de Tukey concluímos que para os factores 2 e 3 as diferenças encontradas localizam-se entre os grupos 1 e 2 ($p= 0,021$ e $p= 0,007$, respectivamente). No factor 4, as diferenças com significância estatística localizam-se entre os grupos 1 e 2 ($p= 0,009$), os grupos 1 e 3 ($p= 0,004$), os grupos 1 e 4 ($p= 0,009$) e, finalmente entre os grupos 4 e 5 ($p= 0,032$). Para o global da escala de auto-conceito, as diferenças com significância estatística encontram-se entre os grupos 1 e 2 ($p= 0,001$), entre os grupos 1 e 3 ($p= 0,031$) e entre os grupos 1 e 4 ($p= 0,013$).

Tabela 48 - Teste de Kruskal-Wallis para autoconceito e habilitações literárias do pai

Hab. Lit. Pai	Até 1º ciclo (1)	2º/3º ciclo (2)	Ens. Sec. (3)	Ens. Sup. (4)	Não sabe/Resp. (5)	χ^2	p			
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média					
Aceitação/Rejeição social	439,46	496,73	506,95	546,35	444,76	12,085	0,017			
Auto-eficácia	437,24	505,78	499,19	531,01	421,95	13,620	0,009			
Maturidade Psicológica	439,02	514,74	472,84	536,33	430,97	15,503	0,004			
Impulsividade/Afectividade	426,63	500,16	521,69	555,56	399,89	23,226	0,000			
Auto-conceito (Global)	423,61	510,32	502,15	548,90	409,50	21,849	0,000			
Teste Tukey (p)										
	1/2	1/3	1/4	1/5	2/3	2/4	2/5	3/4	3/5	4/5
Aceitação/Rejeição social	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Auto-eficácia	0,021	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Maturidade Psicológica	0,007	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Impulsividade/Afectividade	0,009	0,004	0,009	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,032
Auto-conceito (Global)	0,001	0,031	0,013	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Auto-conceito versus habilitações literárias da mãe

Para a avaliação da influência das habilitações literárias da mãe no auto-conceito dos adolescentes da nossa amostra recorreu-se igualmente ao teste Kruskal-Wallis (cf. tabela 49). A análise das ordenações médias obtidas mostra que, para a escala global do auto-conceito, e para os factores 3 e 4, são os alunos cujas mães possuem formação superior os que têm melhores índices de auto-conceito. Encontramos diferenças estatisticamente significativas no factor 4 ($p=0,002$) e na escala global ($p=0,015$). O factor 2, apresenta diferenças não estatisticamente significativas ($p=0,088$ -n.s.). Para o factor 1 concluímos que são os adolescentes que não sabiam ou não responderam à questão sobre as habilitações literárias da mãe os que revelaram maiores ordenações médias relativas ao auto-conceito, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,025$).

Pela análise dos resultados do teste post hoc de Tukey concluímos que as diferenças com significância estatística se localizam, no factor 1, entre os grupos 1 e 3 ($p=0,021$). No factor 4, entre os grupos 1 e 2 ($p=0,022$), os grupos 1 e 3 ($p=0,010$) e entre os grupos 1 e 4 ($p=0,002$). Para o global da escala de auto-conceito as diferenças são ao nível dos grupos 1 e 3 ($p=0,020$) e os grupos 1 e 4 ($p=0,049$), embora com

um nível de significância marginal.

Tabela 49 - Teste de Kruskal-Wallis para auto-conceito e habilitações literárias da mãe

Habilitações Literárias Mãe	Até 1º ciclo (1)	2º/3º ciclo (2)	Ens. Sec. (3)	Ens. Sup. (4)	Não sabe/Resp. (5)	χ^2	<i>p</i>			
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média					
Aceitação/Rejeição social	433,99	487,54	519,03	505,12	539,81	11,098	0,025			
Auto-eficácia	455,28	483,42	518,86	509,17	397,26	8,108	0,088			
Maturidade Psicológica	450,15	501,26	480,14	517,96	381,79	9,327	0,053			
Impulsividade/Afectividade	420,12	490,71	510,84	535,44	503,69	17,159	0,002			
Auto-conceito (Global)	431,64	490,20	517,53	518,82	440,50	12,377	0,015			
Teste Tukey (<i>p</i>)										
	1/2	1/3	¼	1/5	2/3	2/4	2/5	3/4	3/5	4/5
Aceitação/Rejeição social	n.s.	0,021	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Auto-eficácia	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Maturidade Psicológica	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Impulsividade/Afectividade	0,022	0,010	0,002	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Auto-conceito (Global)	n.s.	0,020	0,049	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Auto-conceito versus rendimento mensal do agregado familiar

Com o objectivo de se avaliar a influência do rendimento mensal médio do agregado familiar no auto-conceito dos adolescentes, realizou-se teste *t* de student (cf. tabela 50). A análise dos resultados demonstra que, quer para cada um dos factores da escala, quer para a nota global do auto-conceito, são os adolescentes com rendimento do agregado familiar médio alto ou alto, os que revelaram melhores índices médios. As diferenças estatisticamente significativas ($t = -2,901$; $p = 0,004$) foram encontradas apenas no factor 1 da escala do auto-conceito.

Tabela 50 - Teste *t* de student para o auto-conceito de acordo com o rendimento médio mensal do agregado familiar

Rendimento Mensal Variáveis	Baixo/Médio Baixo		Médio Alto/Alto		Levene	<i>t</i>	<i>p</i>
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	<i>p</i>		
Aceitação/Rejeição social	18,11	3,45	18,73	3,05	0,012	-2,901	0,004
Auto-eficácia	21,72	3,44	21,91	3,45	0,784	-0,831	0,406
Maturidade Psicológica	14,51	2,69	14,54	2,40	0,067	-0,177	0,860
Impulsividade/Afectividade	11,44	2,08	11,59	1,98	0,490	-1,152	0,250
Auto-conceito (Global)	73,31	10,40	74,34	9,64	0,152	-1,606	0,109

Auto-conceito versus valor médio semanal disponível para gastos pessoais

A influência do valor médio semanal disponível para gastos pessoais na autoestima dos adolescentes da nossa amostra foi testada com a realização do teste de Kruskal-Wallis (cf. tabela 51)

A observação das ordenações médias, permite-nos concluir que, para o factor 2 e 3, são os adolescentes que usufruem valor médio semanal disponível para gastos pessoais superior a 25 euros os que revelaram melhores pontuações, não se verificando, no entanto, diferenças estatisticamente significativas (factor 2 – $p=0,138$ -n.s.; factor 3 – $p=0,343$ -n.s.). Nos factores 1 e 4, assim como no valor global da escala, são os adolescentes que usufruem de um valor médio semanal disponível para gastos pessoais superior a 10 € e inferior ou igual a 25 €, os que apresentaram melhores ordenações médias, com diferenças estatisticamente significativas (factor 1 – $p=0,018$; factor 4 – $p=0,018$ e AC global – $p=0,035$).

O teste post hoc de Tukey, realizado com o objectivo de se localizarem as diferenças estatisticamente significativas), conclui que para o factor 1,4 e valor global da escala as diferenças residem sempre entre os grupos 1 e 2 com valores de p respectivamente ($p=0,021$), ($p=0,014$), ($p=0,027$).

Tabela 51 - Teste de Kruskal-Wallis para o auto-conceito e valor médio semanal disponível para gastos pessoais

Semanada	≤ 10 €	>10 € - ≤ 25 € (2)	> 25 €	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
	(1)		(3)			1/2	1/3	2/3
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média					
Aceitação/Rejeição social	473,91	530,38	454,16	8,035	0,018	0,021	n.s.	n.s.
Auto-eficácia	474,19	509,49	521,68	3,962	0,138	n.s.	n.s.	n.s.
Maturidade Psicológica	477,29	504,16	509,48	2,137	0,343	n.s.	n.s.	n.s.
Impulsividade/Afectividade	469,63	528,75	501,25	8,088	0,018	0,014	n.s.	n.s.
Auto-conceito (Global)	471,22	526,14	494,57	6,686	0,035	0,027	n.s.	n.s.

Auto-conceito versus escola

Para avaliarmos a influência da escola que os estudantes frequentavam no seu auto-conceito realizámos um teste de Kruskal-Wallis (cf. tabela 52). A análise das ordenações médias obtidas, demonstra que são os adolescentes da Escola Secundária de Emídio Navarro os que revelam maior auto-conceito, seguidos dos alunos da Escola Secundária de Tondela, ambos tanto para cada um dos factores como para a escala global, as diferenças registadas revelaram-se estatisticamente significativas ($p < 0,050$).

O teste de post hoc de Tukey, conclui que as diferenças com significância estatística se situam, no factor 1, entre os grupos 1 e 3 ($p = 0,006$) e entre os grupos 2 e 3 ($p = 0,001$); no factor 2 localizaram-se entre os grupos 1 e 3 ($p = 0,009$) e os grupos 2 e 3 ($p = 0,000$); no factor 3, entre os grupos 2 e 3 ($p = 0,010$); no factor 4, entre os grupos 1 e 3 ($p = 0,000$) e entre os grupos 2 e 3 ($p = 0,000$). Finalmente, para o valor global da escala, as diferenças situam-se entre os grupos 1 e 3 ($p = 0,001$) e os grupos 2 e 3 ($p = 0,000$).

Tabela 52 - Teste de Kruskal-Wallis para o auto-conceito e a escola que frequenta

Escola	Sec. Tondela (1)	Sec. Emídio Navarro (2)	Prof. Tondela (3)	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média			1/2	1/3	2/3
Aceitação/Rejeição social	494,29	505,76	412,95	13,777	0,001	n.s.	0,006	0,001
Auto-eficácia	480,53	519,87	403,56	21,005	0,000	n.s.	0,009	0,000
Maturidade Psicológica	489,48	503,56	429,54	8,581	0,014	n.s.	n.s.	0,010
Impulsividade/Afectividade	503,16	505,89	393,34	21,973	0,000	n.s.	0,000	0,000
Auto-conceito (Global)	489,75	517,14	391,13	24,341	0,000	n.s.	0,001	0,000

Auto-conceito versus ano de escolaridade

Pretendíamos avaliar que relação existe entre o ano de escolaridade e a auto-estima optámos para isso pela análise de variância (cf. tabela 53). A sua análise dos índices médios obtidos indica-nos que, para a nota global da escala de auto-conceito, são os adolescentes do 12º ano os que têm melhor auto-conceito, seguidos dos seus pares do 11º ano, contudo as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($p= 0,070$ -n.s.).

No factor 1, são os adolescentes do 10º ano os que revelam melhores pontuações médias mas, sem significância estatística ($p= 0,990$ -n.s.). Nos factores 2, 3 e 4, os estudantes do 12º ano detêm melhores pontuações médias. Apenas no factor 2 as diferenças encontradas têm significância estatística ($p= 0,009$), que, pela análise do teste post hoc de Tukey se situam entre os grupos 1 e 3 ($p= 0,006$).

Tabela 53 - Análise da variância para auto-conceito e ano de escolaridade

Ano Esc.	10º ano (1)		11º ano (2)		12º ano (3)		F	p	Teste Tukey (p)		
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			1/2	1/3	2/3
Aceitação/Rejeição social	487,64	287,52	485,04	269,77	484,89	277,91	0,011	0,990	n.s.	n.s.	n.s.
Auto-eficácia	455,60	290,44	488,40	263,75	522,78	277,13	4,781	0,009	n.s.	0,006	n.s.
Maturidade Psicológica	459,89	293,54	495,50	271,87	509,74	261,97	2,898	0,056	n.s.	n.s.	n.s.
Impulsividade/Afectividade	486,77	290,04	475,06	268,50	496,55	268,22	0,451	0,637	n.s.	n.s.	n.s.
Auto-conceito (Global)	462,23	291,86	490,27	270,53	512,23	273,44	2,663	0,070	n.s.	n.s.	n.s.

Auto-conceito versus reprovações

Com o objectivo de analisar a relação presente entre a ocorrência de reprovações e a auto-conceito dos adolescentes em estudo realizámos o teste t de

Student (cf. Tabela54). Os resultados consequentes mostram que são os adolescentes sem reprovações os que detêm melhor pontuação global no inventário clínico do auto-conceito (inclusive em cada um dos factores), sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas ($t= 2,692$; $p= 0,007$).

Tabela 54 - Teste t de student para auto-conceito e as reprovações

Reprovações Variáveis	Sim		Não		Levene p	t	p
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Aceitação/Rejeição social	18,20	3,52	18,65	3,01	0,001	2,102	0,036
Auto-eficácia	21,53	3,47	22,05	3,42	0,195	2,327	0,020
Maturidade Psicológica	14,36	2,69	14,65	2,39	0,069	1,793	0,073
Impulsividade/Afectividade	11,33	2,23	11,68	1,85	0,000	2,591	0,010
Auto-conceito (Global)	72,88	10,78	74,65	9,28	0,002	2,692	0,007

Auto-conceito versus sentimentos face à escola

Para averiguar se os sentimentos dos adolescentes face à escola influenciavam o seu auto-conceito utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis (cf. tabela 55). Pela observação das ordenações médias concluímos que são os adolescentes que dizem *gostar* da escola, os que revelam maior auto-conceito, com diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,001$).

Realizado o teste post hoc de Tukey, concluímos que as diferenças se localizam entre o grupo 1 *gosta* e o grupo 2 *indiferente* ($p= 0,008$) e, ainda entre o grupo 1 e o grupo 3 ($p=0,024$).

Tabela 55 - Teste de Kruskal-Wallis para o auto-conceito e os sentimentos face à escola

Sentimentos face à Escola Variáveis	Gosta	Indiferente	Não Gosta	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média			1/2	1/3	2/3
Aceitação/Rejeição social	504,62	460,91	427,23	7,776	0,020	n.s.	n.s.	n.s.
Auto-eficácia	508,01	460,53	394,15	12,590	0,002	0,039	0,008	n.s.
Maturidade Psicológica	498,88	464,05	469,98	3,420	0,181	n.s.	n.s.	n.s.
Impulsividade/Afectividade	501,05	459,40	472,45	4,792	0,091	n.s.	n.s.	n.s.
Auto-conceito (Global)	510,63	452,42	410,37	13,335	0,001	0,008	0,024	n.s.

Auto-conceito versus auto-estima

Para averiguar se auto-estima influenciava o auto-conceito dos adolescentes

que integram a nossa amostra realizámos um teste de Kruskal-Wallis (cf. tabela 56). Os resultados obtidos mostram que para todos os factores e para a escala global do auto-conceito são os adolescentes que detêm bons níveis de auto-estima os que apresentam maiores índices de auto-conceito, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,050$).

Os resultados do teste post hoc de Tukey revelam que as diferenças estatisticamente significativas se verificavam entre todos os grupos, nos factores 1, 2, 4 e na nota global da escala. Somente para o factor 3, entre os grupos 1 e 2, as diferenças encontradas não têm significância estatística.

Tabela 56 - Teste de Kruskal-Wallis para o autoconceito e auto-estima

Auto-estima (Gobal)	Baixa (1)	Razoável (2)	Boa (3)	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
						1/2	1/3	2/3
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média					
Aceitação/Rejeição social	354,05	465,12	600,22	162,322	0,000	0,000	0,000	0,000
Auto-eficácia	330,20	494,54	611,20	209,784	0,000	0,000	0,000	0,000
Maturidade Psicológica	406,31	455,75	560,13	65,198	0,000	n.s.	0,000	0,000
Impulsividade/Afectividade	382,72	453,16	580,21	107,672	0,000	0,020	0,000	0,000
Auto-conceito (Global)	323,99	470,39	623,32	236,783	0,000	0,000	0,000	0,000

Da sinopse da análise da variável auto-conceito retemos que 45,30% dos estudantes detêm bom auto-conceito, traçando o modelo do adolescente que integra a nossa amostra e que apresenta melhores índices de auto-conceito, será:

- Rapaz ($p = 0,844$)
- Com 17 anos ($p = 0,121$)
- Residente em meio urbano ($p = 0,022$);
- Pai e mãe com formação de nível superior ($p = 0,000$ e $p = 0,015$);
- Valor médio semanal para gastos pessoais $> 10 \text{ €}$ a $\leq 25 \text{ €}$ ($p = 0,027$);
- Frequenta a Escola Secundária Emídio de Navarro ($p = 0,001$);
- Nunca reprovou ($p = 0,007$);
- Gosta da escola ($p = 0,001$);
- Tem uma boa auto-estima ($p = 0,000$).

2.1.4 Estudo das Atitudes dos Adolescentes Face à Sexualidade

Estatísticas relativas às atitudes dos adolescentes face à sexualidade de acordo com o sexo

A análise das estatísticas referentes às atitudes dos adolescentes face à sexualidade, reportadas pelos adolescentes da nossa amostra, revela um índice médio de 73,18 com um desvio padrão de 6,71 e um coeficiente de variação 9,16%. Os valores mínimos e máximos obtidos variam de acordo com o sexo, oscilando entre os 50 e 93 para o sexo feminino e 41 e 87 para o sexo masculino. A observação por sexo revela uma média de 70,97 para o sexo masculino, com um desvio padrão de 6,84 e um coeficiente de variação de 9,63. Para o sexo feminino temos uma média de 75,46, com desvio padrão de 5,75 e um coeficiente de variação de 7,61. O valor do coeficiente de variação global e por sexo sugere uma dispersão fraca (cf. Tabela 57).

O estudo dos valores de assimetria e curtose indiciam uma distribuição leptocúrtica, assimétrica positiva, enviesada à esquerda para a amostra global, para os sexos em estudo a distribuição é, em ambos, platicúrtica, assimétrica negativa, enviesada à direita.

O teste K/S, indica que a distribuição não é normal o que é reforçado pelos valores de assimetria e curtose que indiciam curvas enviesada à esquerda e leptocúrticas

Tabela 57 - Estatísticas relativas às atitudes do adolescente face à sexualidade de acordo com o sexo

Sexo	Atitudes		\bar{x}	D.P.	CV (%)	Sk/ erro	K/erro	K/S
	Min.	Max.						
Feminino	50	93	75.46	5.75	7.61	-4.160	2.008	0.000
Masculino	41	87	70.97	6.84	9.63	-3.872	3.068	0.000
Total	41	93	73.18	6.71	9.16	6.730	4.012	0.000

Classificação das atitudes dos adolescentes face à sexualidade

Nas sociedades ocidentais fomos assistindo, ao longo dos séculos, a uma evolução no campo da sexualidade que teve o seu auge na década de 60 que, ficará para a história como um marco na transformação dos códigos tradicionais de comportamentos arrolados à sexualidade humana e relacionamentos interpessoais. No âmbito das atitudes face à sexualidade, Lopez & Fuertes (1991), distinguem dois grandes grupos os conservadores e os liberais, afirmando que em regra os adolescentes são mais liberais, porque mais experimentalistas e espontâneos do que os adultos.

Entendemos, então, pertinente proceder à classificação das atitudes dos adolescentes da amostra em estudo, os resultados auferidos indicam que, a maioria dos adolescentes em análise (44,07%) apresentam atitudes desfavoráveis, 38,92% apresentam atitudes favoráveis e 16,99% apresentam atitudes indiferentes (cf tabela 58).

Tabela 58 - Atitudes dos adolescentes face à sexualidade

Atitudes face à sexualidade	n	%
Desfavoráveis	428	44,07
Indiferentes	165	16,99
Favoráveis	378	38,92
Total	971	100.0

Relação entre as atitudes dos adolescentes face à sexualidade por item e por sexo

A sexualidade é um elemento de significância na formação da identidade do adolescente contudo, ao contrário da sua percepção, a sexualidade é muito complexa e permeia aspectos cognitivos que vão desde os mais primitivos (sensoriais) até esquemas de representação mais complexos, que envolvem a linguagem corporal, facial e outros sistemas de sinais, a que se associam os aspectos culturais que possuem uma relevância extrema (Kelencristina *et al.* 2007).

As atitudes não são, por si só, preditivas dos comportamentos uma vez que estes são condicionados por uma multiplicidade de determinantes situacionais em que se confrontam as vontades individuais e os códigos de ética e conduta imprimidos pela norma e pelas crenças instituídas.

A individualidade inerente à expressão da sexualidade e a complexidade de que se reveste este aspecto da interacção humana, legitimam, na nossa perspectiva, uma análise discriminada das atitudes auto reportadas pelos adolescentes que integram o nosso estudo e a análise das diferenças de acordo com o sexo. O objectivo subjacente a esta averiguação é a avaliação das fragilidades, sustentadas pelas atitudes desfavoráveis ou indiferentes e que requerem, por isso, uma conduta adequada por parte dos actores do processo educativo dos adolescentes.

Este processo foi avaliado através da escala de Atitudes face à Sexualidade em Adolescentes (AFSA), construída e validada por Nelas *et al.* (2010). Importa lembrar que está organizada em 26 itens, com as possibilidades de resposta ordenadas em Escala tipo Likert, com cinco alternativas de resposta. A cotação processa-se por ordem decrescente, a opção de resposta com cotação 5 corresponde ao concordo totalmente (CT) e a resposta com cotação 1 corresponde ao discordo totalmente (DT). Os itens 1,2,4,9,10,11,12,13,14,16,19,20,21,23,24,25 e 26 são cotados inversamente.

Por uma questão de viabilidade de construção da tabela apresentamos a legenda do conteúdo frásico de cada um dos itens, acompanhada da respectiva análise:

- **AFSA1 “Para namorar basta que alguém goste de mim.”** Quando analisamos as atitudes reportadas por sexo verificamos que, 79,1% das raparigas (24,5%CM;54,6%CT) e 58,6% (26,8%CM;31,8%CT) dos rapazes consideram que esta é a condição exclusiva para que o namoro aconteça. Os sujeitos do sexo

feminino manifestam um índice mais desfavorável quando comparadas com os seus pares do sexo masculino. Os valores globais da amostra 68,6% (25,6%CM;43%CT) corroboram o pensamento dos respondentes, apenas 11,3% (5,8%CM;5,5%CT) consideram necessária a existência de outras premissas.

- **AFSA 2 “Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem.”** As respostas a esta questão revelam bem a influência do grupo de pares na adolescência e as fragilidades e comportamentos de risco que esta atitude pode acarretar, 92,0% (22,8%CM 69,2%CT;) dos sujeitos do sexo feminino assumem esta postura e 78,1% dos rapazes arrogam-na igualmente (31,4%CM; 46,7%CT). Tal como na questão anterior são as raparigas que revelam um índice mais desfavorável. Na avaliação global verificamos que esta disposição é partilhada por 85,0% (27,2%CM; 57,8%CT) dos adolescentes.
- **AFSA 3 “A procura da independência faz parte da adolescência,”** A maioria dos sujeitos em estudo tem a percepção desta realidade, 67,1% (44,6%CM;22,5%CT) dos estudantes, esta certeza é maior para as raparigas 73,0% (48,3%CM;24,7%CT) quando comparadas com os rapazes 61,3% (41,0%CM;20,3%CT). Uma parcela da nossa amostra global, 33,9% (4,3%DT; 4,7%DM;23,9%NCND), que consideramos significativa, não postula esta realidade.
- **AFSA 4 “O desgosto amoroso só me acontece a mim.”** A análise dos resultados globais indica que quase metade da nossa amostra, 49,6% (3,8%CM;45,8%CT), considera esta cláusula como verdadeira, dos quais 73,0% (20,7%CM;53,3%CT) são as raparigas e 65,3% (26,8%CM;38,5%CT) rapazes. Este resultado vai de encontro à descrição dos autores que afirmam que as raparigas se ligam mais aos aspectos emotivos da relação enquanto os rapazes se ligam mais aos aspectos físicos da sexualidade, embora uma percentagem significativa deles corroborem este sentimento.
- **AFSA 5 “A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo.”** Dos adolescentes que participam no nosso estudo 76,3% (22,7%CM;53,6%CT), afirmam concordar com esta cláusula, uma vez mais é para as estudantes do sexo feminino que esta condição é mais importante 86,8% (21,3%CM;65,5%CT), quando comparadas com os congéneres do sexo masculino 65,9% (23,9%CM;42,0%CT), o que vem de encontro à justificação elaborada para o item anterior.
- **AFSA 6 “Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas.”** Os adolescentes da nossa amostra assumem-se pouco tolerantes, 68,0% (49,5%DM;18,5%DT), esta percentagem é ainda reforçada pelos 26% dos sujeitos

que assumem não concordar nem discordar (NCND). Quando analisamos a atitude por sexo observamos que 69,2% (49,5%DM; 19,7%DT), dos rapazes e 68,0% (17,4%DM; 50,6%DT), das raparigas confirmam a tendência geral. Apenas 6% (4,0%CM; 6,0%CT) dos estudantes da nossa amostra global arrogam uma orientação contrária.

- **AFSA 7 “Sou agradável no contacto com os outros.”** A globalidade da amostra, 71,7%, (53,7%CM; 18,0%CT), considera que é agradável nos contactos que estabelece com os outros. A avaliação por sexo mostra que 70,3%, (54,2%CM; 16,1%CT) das raparigas assume esta postura, percentagem ligeiramente inferior à dos rapazes 71,2% (51,3%CM; 19,9%CT).
- **AFSA 8 “Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação.”** O relacionamento gratificante é importante para uma maioria significativa da nossa população 83,8% (31,0%CM; 52,8%CT). As diferenças entre sexos são discretas, ainda assim esta necessidade é mais sentida pelas raparigas 88,1% (29,3%CM; 58,8%CT) do que pelos rapazes 80,0% (32,7%CM; 47,3%CT).
- **AFSA 9 “As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis.”** Os resultados obtidos na avaliação deste item revelam uma lacuna importante no que se refere às atitudes e aos objectivos da educação para a saúde no âmbito da sexualidade pois, 66,8% (15,0%CM; 51,8%CT) dos adolescentes da nossa amostra perfilha esta posição. Quando analisamos os resultados obtidos por sexo constatamos que a atitude desfavorável é superior nas raparigas, 81,2% (13,2%CM; 68,0%CT) quando comparadas com os seus pares do sexo masculino 52,9% (16,8%CM; 36,1%CT). Apenas 0,8% (0,4%CM; 0,4%CT), que em números absolutos se refere a quatro sujeitos, das inquiridas do sexo feminino contraria esta tendência, assumindo discordância com esta afirmação.
- **AFSA 10 “Só vou ter relações com o meu namorado/a se tiver a certeza que vou casar com ele/a.”** O valor obtido para a amostra global indica que 69,8% (23,7%CM; 46,1%CT), manifesta esta intenção. Os resultados obtidos por sexo revelam que esta intenção é superior nas raparigas 71,4% (21,5%CM; 49,9%CT) quando comparadas com os rapazes 68,2% (25,9%CM; 42,3%CT), embora as diferenças não sejam expressivas.
- **AFSA 11 “As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens.** A análise dos resultados obtidos na resposta a esta questão permite verificar que uma percentagem importante dos inquiridos 42,5% (17,1%CM; 25,4%CT), revela uma atitude machista, própria da sociedade falocrata que caracteriza a civilização em que vivemos, dentro deste universo constatamos que

são as adolescentes quem perfilha maioritariamente esta condição 50,3% (16,3%CM; 33,5%CT) quando comparadas com os seus congéneres do sexo masculino 35,4% (17,8%CM; 17,6%CT) e com a amostra global. O ónus da atitude desfavorável aumenta para o sexo feminino sustentado pelos 43,5% (NCND) das respondentes que assume uma atitude indiferente perante uma afirmação desta índole. Apenas 6,3% (4,6%DM; 1,7%DT) das estudantes que compõem o nosso estudo adoptam uma postura discordante, uma percentagem, ainda assim, inferior à dos alunos do sexo masculino, 13,4% (8,9%DM; 4,5%DT).

- **AFSA 12 “Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes.”** Os resultados alcançados com as respostas a esta questão perpetuam a atitude assumida pelos adolescentes na questão anterior, 54,2% (23,5%CM; 30,7%CT) dos inquiridos concordam com a afirmação, fazendo a comparação entre sexos observamos que 60,5% (22,6%CM; 37,9%CT) deles são do sexo feminino e 54,2% (23,5%CM; 30,7%CT) do sexo masculino. A posição assumida é realçada pelos valores obtidos no parâmetro “Não concordo/Nem discordo”, 43,5% para as raparigas e 51,1% para os rapazes. Apenas 14,9% (10,9%DM; 4,0%DT) das adolescentes tem uma atitude contrária, percentagem, novamente, inferior à obtida pelos seus pares do sexo masculino 15,3% (10,8%DM; 4,5%DT).
- **AFSA 13 “As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos.”** A resposta a esta questão revela valores globais de concordância de 87,1% (18,4%CM; 68,7%CT). As diferenças por sexo indicam que 90,4% (19,5%CM; 70,9 % CT) das estudantes corroboram esta afirmação, assim como 83,9% (17,4%CM; 66,5% CT) dos seus semelhantes do sexo masculino. Os resultados obtidos são opostos aos estudos que referem precocidade e uma diminuição na idade de início das primeiras relações sexuais.
- **AFSA 14 “Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais.”** A análise dos resultados a esta questão revela que 57,3% (25,6%CM; 31,7%CT) dos adolescentes que participam do estudo concordam com a dificuldade de falar de sexualidade com os seus pais, se verificarmos a atitude por sexos apuramos que são as adolescentes do sexo feminino as que revelam maior embaraço nesta interacção 59,0% (24,3%CM; 34,7%CT), se equiparadas com os seus congéneres do sexo masculino 55,4% (27,7%CM; 28,8%CT). Este cenário corrobora os resultados auferidos por outros autores.
- **AFSA 15 “A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens.”** A maioria dos adolescentes da nossa investigação, 57,7% (25,1%CM; 32,6%CT), concorda que a masturbação é um acto normal em ambos os sexos. Analisados

os resultados por sexo verificamos que as diferenças percentuais não são relevantes, 58,1% (25,9%CM; 32,2%CT) para o sexo feminino e 57,4% (24,3%CM; 33,1%CT) para o sexo masculino.

▪ **AFSA 16 “Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade.”**

Os resultados obtidos para a afirmação deste item expõem uma atitude de risco, de fragilidade e de falta de coerência, 79,0% (12,2%CM; 66,8%CT), da nossa amostra não considera relevante ser coagido a ter relações contra a sua vontade, 93,5% (6,3%CM; 87,2%CT) dos sujeitos que concordam com esta condição são do sexo feminino, uma maioria muito significativa quando comparadas com os rapazes 59,5% (17,8%CM; 41,7%CT). Apenas 2,8% (1,3%DM; 1,5%DT), que em números absolutos se traduzem em treze sujeitos, das respondentes do sexo feminino discordam desta situação, 13,2% (6,5%DM; 6,7%DT) dos inquiridos do sexo masculino manifestam a sua discordância. A constatação desta realidade é a justificação absoluta da pertinência e da urgência da implementação de uma educação sexual estruturada que não pode ser pertença de nenhum sector mas o produto da interacção das sinergias de todos os actores deste processo, adolescentes incluídos.

▪ **AFSA 17 “Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios.”**

A maioria dos adolescentes que compõe a nossa amostra 50,9% (32,6%CM; 18,3%CT) têm a percepção desta realidade no entanto, uma percentagem ainda muito importante ou não concorda com esta premissa 11,0% (4,8%DM; 6,2%DT) ou tem perante esta evidência uma atitude indiferente 30,8% (NCND). Quando pretendemos avaliar as diferenças de atitude de acordo com o sexo observamos que são as raparigas que obtêm uma percentagem mais elevada 54,3% (32,8%CM; 21,5%CT) na atitude positiva quando comparadas com os rapazes 47,7% (32,5%CM; 15,2%CT), grupo no qual a percentagem de concordância não atinge os cinquenta por cento. Os valores negativos, em ambos os sexos, perpetuam a tendência dos valores globais, nas raparigas esses valores são consubstanciados pelos 8,3% (2,7%DM; 5,6%DT) das jovens que assumem uma atitude discordante e 37,2% que manifestam uma postura indiferente (NCND), a acompanhar a tendência anterior estes valores são superiores nos indivíduos do sexo masculino, 13,2% (6,5%DM; 6,7%DT) dos quais discordam da importância da educação sexual no seu sentimento individual de segurança e 38,7% que adoptam uma atitude indiferente.

▪ **AFSA 18 “A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas.”**

Os resultados obtidos na resposta a este enunciado revelam uma atitude digna de uma reflexão profícua, 84,5% (30,6%DM; 53,9%DT) da amostra

em estudo discorda da importância da igualdade na educação sexual em ambos os sexos, apenas 3,4% (2,3%CM; 1,1%CT) está ciente da evidência desta igualdade. A observação dos resultados por sexo objectiva a necessidade de análise deste assunto, 90,8% (30,5%DM; 60,3%DT) das adolescentes corrobora a tendência global de discordância, no sexo masculino esta percentagem é igualmente elevada apresentando, no entanto, um índice muito menor 78,3% (30,6%DM; 47,7%DT). Apenas 1,8% (1%CM; 0,8%CT), das raparigas e 4,8% (3,4%CM; 1,4%CT), dos rapazes exibem uma atitude favorável à importância da igualdade da educação sexual em ambos os sexos.

- **AFSA 19 “Só os rapazes deveriam ter educação sexual.”** As respostas a esta questão vão de encontro aos desfechos do enunciado anterior e deixam perceber que a importância da educação sexual, na perspectiva dos jovens que estamos a inquirir, se focaliza no sexo masculino. Os resultados globais mostram que 87,7% (12,2%CM; 75,5%CT) concordam com esta afirmação, destes 93,7% (9,6%CM; 84,1%CT) são do sexo feminino e 83,7% (14,6%CM; 67,1%CT) do sexo masculino. Apenas 2,8% (1,6%DM; 1,2%DT) da nossa amostra perfilha uma atitude favorável de discordância, dos quais 0,6% (0,2%DM; 0,4%DT) são raparigas e 5% (3%DM; 2%DT) são rapazes.
- **AFSA 20 “A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente.”** As atitudes expressas em relação a este enunciado revelam a coerência da postura dos adolescentes relativamente às diferenças sociais que defendem para os diferentes sexos. Os resultados que analisámos indicam que 71,3% (17,1%CM; 54,2%CT) dos estudantes admitem a diferença no âmbito da educação sexual, esta postura de desigualdade é acentuada pela indiferença assumida pelos 20,4% que não concordam, nem discordam (NCND). Quando examinamos as posições adoptadas por sexo aferimos que 80,3% (16,5 %CM; 63,8 %CT) das mulheres validam esta posição, um valor superior ao dos homens com 62,4% (17,6 %CM; 44,8 %CT). Uma atitude inversa apenas é reconhecida por 8,4% (2,4%DM; 6,0 %DT) do global da amostra distribuídos por 4,8% (4,0%DM; 0,8%DT) dos indivíduos do sexo feminino e 10,8% (7,9%DM; 3,9 %DT) dos sujeitos do sexo masculino.
- **AFSA 21 “A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento.”** Os resultados obtidos no tratamento dos dados referentes a esta questão revelam uma viragem nas posturas adoptadas 82,7% (12,9%DM; 69,8 %DT) dos inquiridos discordam do enunciado. A atitude por sexo indica que 86,6 % (12,3%DM; 74,3%DT) das raparigas partilham a atitude global, percentagem superior à revelada rapazes, 80,9% (15,4%DM; 65,5 %DT).

- **AFSA 22 As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais;** Quando analisamos os resultados inerentes a este enunciado testemunhamos alguma contradição em relação aos desfechos da questão anterior, uma vez que 79,2% (33,9%DM; 45,3%DT) discordam da afirmação, postura oposta aos resultados plasmados nos diferentes estudos que indiciam um início precoce das relações sexuais e que, elas se verificam numa relação de namoro. A perspectiva defendida por sexo revela que 81,3% (40,2%DM; 41,1%DT) dos respondentes do sexo feminino discordam do enunciado, uma percentagem superior aos seus congéneres do sexo masculino 78,3% (27,8%DM;49,5%DT). Da amostra em estudo apenas 2,9% (2,3%CM; 1,6%CT) dos sujeitos adoptam uma posição concordante com a preposição, destes 2,5% (1,5%CM; 1,0%CT) pertencem ao sexo feminino e 2,9% (3,0%CM; 2,2%CT) são do sexo masculino.
- **AFSA 23 A masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evito praticá-la;** A masturbação, experiência inerente ao desenvolvimento da sexualidade do indivíduo, foi sujeita, ao longo dos tempos, a mitos que doutrinaram negativamente a sua prática, conotada como vergonhosa e prejudicial à saúde. A análise dos resultados obtidos mostra-nos, apesar da educação sexual instituída nos currículos escolares, a subsistência de um mito que a evidência fez capitular há muito tempo, 62,3% (16,9%CM; 45,4%CT) dos adolescentes em estudo advogam este paradigma. A prospecção por sexos corrobora a tendência geral, 61,9% (16,1%CM; 45,8%CT) das jovens admitem esta afirmação, percentagem ainda superior apresentam os inquiridos do sexo masculino 62,6% (17,6%CM; 45,0%CT). A atitude assertiva de discordância é perfilhada somente por 7,1% (4,2%DM; 2,9%DT) da amostra, de entre os quais 6,7% (3,6%DM; 3,1%DT) são mulheres e 7,5% (4,9%DM; 2,6 %DT) homens.
- **AFSA 24 Não consulto livros de sexualidade pois só mostram porcarias;** O contacto com o âmbito estrito do sexo através de revistas ou, no contexto em que vivemos, do computador, é um dos percursos efectuado por muitos adolescentes. Os resultados deste estudo indicam que 50,1% (18,7%CM; 31,4%CT) dos sujeitos investigados consideram que o recurso à pornografia não é desejável e admitem não o fazer. Analisados os resultados por sexo observamos que são as raparigas 54,2% (18,8%CM; 35,4%CT) que adoptam uma posição mais adversa quando comparadas com os seus pares do sexo masculino 46,3% (18,7%CM; 27,6%CT), o que vai de encontro às características descritas pelos autores que advogam para o sexo feminino um perfil mais ligado à vertente emocional da sexualidade e os rapazes mais aliados à vertente do sexo. Apenas 12,4% (8,4%DM; 4,0 %DT) das raparigas e 12,6% (7,5%DM; 5,1%DT) dos rapazes não concordam com o

enunciado.

- **AFSA 25 As relações sexuais antes do casamento são um pecado;** A análise dos resultados auferidos nesta questão arrogam uma posição contrária à postura assumida no item 22 e são mais concordantes com os estudos que indiciam um início precoce das relações sexuais e que, elas se verificam numa relação de namoro assim, 83,5% (11,4%DM; 72,1%DT) dos adolescentes da nossa amostra demonstram uma orientação discordante à preposição. Analisados os resultados por sexo verificamos que 87,1% (10,7%DM; 76,4%DT) dos inquiridos do sexo feminino corroboram a posição global e numa percentagem superior à dos sujeitos do sexo masculino, 80,2% (12,2%DM; 68,0%DT).
- **AFSA 26 Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas.** As respostas que obtivemos para esta questão revelam uma atitude concordante com a posição assumida na questão anterior, 82,7% (14,6%DM; 68,1%DT) dos respondentes discordam da preposição, esta posição é espelhada pelos resultados obtidos no tratamento por sexo 87,0% (16,5%DM; 70,5%DT) dos sujeitos do sexo feminino e 78,5% (12,8%DM; 65,7 %DT) dos sujeitos do sexo masculino. A postura das raparigas é ainda mais assertiva quando comparada com a dos rapazes.

Tabela 59 - Estatísticas da escala de atitudes face à sexualidade em função do sexo

Sexo	Feminino										Masculino										Total									
	DT		DM		NCND		CM		CT		DT		DM		NCND		CM		CT		DT		DM		NCND		CM		CT	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%	N	%
AFSA1	17	3,6	19	4,0	64	13,4	117	24,5	261	54,6	36	7,3	37	7,5	131	26,6	132	26,8	157	31,8	53	5,5	56	5,8	195	20,1	249	25,6	418	43,0
AFSA2	3	0,6	5	1,0	30	6,3	109	22,8	331	69,2	8	1,6	17	3,4	83	16,8	155	31,4	230	46,7	11	1,1	22	2,3	113	11,6	264	27,2	561	57,8
AFSA3	16	3,3	17	3,6	96	20,1	231	48,3	118	24,7	26	5,3	29	5,9	136	27,6	202	41,0	100	20,3	42	4,3	46	4,7	232	23,9	433	44,6	218	22,5
AFSA4	16	3,3	25	5,2	83	17,4	99	20,7	255	53,3	18	3,7	28	5,7	125	25,4	132	26,8	190	38,5	34	3,5	53	5,5	208	21,4	231	3,8	445	45,8
AFSA5	12	2,5	7	1,5	44	9,2	102	21,3	313	65,5	24	4,9	38	7,7	106	21,5	118	23,9	207	42,0	36	3,7	45	4,6	150	15,4	220	22,7	520	53,6
AFSA6	83	17,4	242	50,6	127	26,6	18	3,8	8	1,7	97	19,7	239	48,5	125	25,4	21	4,3	11	2,2	180	18,5	481	49,5	252	26,0	39	4,0	19	2,0
AFSA7	2	0,4	11	2,3	129	27,0	259	54,2	77	16,1	3	0,6	13	2,6	117	23,7	262	51,3	98	19,9	5	0,5	24	2,5	246	25,3	521	53,7	175	18,0
AFSA8	9	1,9	9	1,9	39	8,2	140	29,3	281	58,8	9	1,8	20	4,1	70	14,2	161	32,7	233	47,3	18	1,9	29	3,0	109	11,2	301	31,0	514	52,8
AFSA9	2	0,4	2	0,4	86	18,0	63	13,2	325	68,0	19	3,9	18	3,7	195	39,6	83	16,8	178	36,1	21	2,2	20	2,1	281	28,9	146	15,0	503	51,8
AFSA10	9	1,9	24	5,0	119	24,9	124	25,9	202	42,3	12	2,4	24	4,9	105	21,3	106	21,5	246	49,9	21	2,1	48	4,9	224	23,1	230	23,7	448	46,1
AFSA11	8	1,7	22	4,6	210	43,9	78	16,3	160	33,5	22	4,5	44	8,9	252	51,1	88	17,8	87	17,6	30	3,1	66	6,8	462	47,6	166	17,1	247	25,4
AFSA12	19	4,0	52	10,9	118	24,7	108	22,6	181	37,9	23	4,7	53	10,8	180	36,5	120	24,3	117	23,7	42	4,3	105	10,8	298	30,7	228	23,5	298	30,7
AFSA13	5	1,0	4	0,8	37	7,7	93	19,5	339	70,9	6	1,2	18	3,7	55	11,2	86	17,4	328	66,5	11	1,1	22	2,3	92	9,5	179	18,4	667	68,7
AFSA14	25	5,2	51	10,7	120	25,1	116	24,3	166	34,7	34	6,9	40	8,1	144	29,2	133	27,0	142	28,8	59	6,1	91	9,4	264	27,2	249	25,6	308	31,7
AFSA15	18	3,8	20	4,2	162	33,9	124	25,9	154	32,2	21	4,3	43	8,7	144	29,6	120	24,3	163	33,1	39	4,0	63	6,5	308	31,7	244	25,1	317	32,6
AFSA16	7	1,5	6	1,3	18	3,8	30	6,3	417	87,2	33	6,7	32	6,5	108	21,9	88	17,8	232	41,7	40	4,1	38	3,9	126	13,0	118	12,2	649	66,8
AFSA17	27	5,6	13	2,7	178	37,2	157	32,8	103	21,5	33	6,7	34	6,9	191	38,7	160	32,5	75	15,2	60	6,2	47	4,8	369	38,0	317	32,6	178	18,3
AFSA18	288	60,3	146	30,5	35	7,3	5	1,0	4	0,8	235	47,7	151	30,6	83	16,8	17	3,4	7	1,4	523	53,9	297	30,6	118	12,2	22	2,3	11	1,1
AFSA19	2	0,4	1	0,2	27	5,6	46	9,6	402	84,1	10	2,0	15	3,0	65	13,2	72	14,6	331	67,1	12	1,2	16	1,6	92	9,5	118	12,2	733	75,5
AFSA20	4	0,8	19	4,0	71	14,9	79	16,5	305	63,8	19	3,9	39	7,9	127	25,8	87	17,6	221	44,8	23	2,4	58	6,0	198	20,4	166	17,1	526	54,2
AFSA21	355	74,3	59	12,3	48	10,0	5	1,0	11	2,3	323	65,5	76	15,4	66	13,4	17	3,4	11	2,2	678	69,8	135	13,9	114	11,7	22	2,3	22	2,3
AFSA22	196	41,1	192	40,2	78	16,3	7	1,5	5	1,0	244	49,5	137	27,8	86	17,4	15	3,0	11	2,2	440	45,3	329	33,9	164	16,9	22	2,3	16	1,6
AFSA23	15	3,1	17	3,6	150	31,4	77	16,1	219	45,8	13	2,6	24	4,9	147	29,8	87	17,6	222	45,0	28	2,9	41	4,2	297	30,6	164	16,9	441	45,4
AFSA24	19	4,0	40	8,4	160	33,5	90	18,8	169	35,4	25	5,1	37	7,5	203	41,2	92	18,7	136	27,6	44	4,5	77	7,9	363	37,4	182	18,7	305	31,4
AFSA25	365	76,4	51	10,7	52	10,9	3	0,6	7	1,5	335	68,0	60	12,2	66	13,4	16	3,2	16	3,2	700	72,1	111	11,4	118	12,2	19	2,0	23	2,4
AFSA26	337	70,5	79	16,5	51	10,7	4	0,8	7	1,5	324	65,7	63	12,8	82	16,6	12	2,4	12	2,4	661	68,1	142	14,6	133	13,7	16	1,6	19	2,0

Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus idade, sexo e residência

A determinação da influência da idade nas atitudes dos adolescentes face a sexualidade indica que não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 7,040$; $p = 0.134$). No entanto, a análise da tabela 60 permite-nos observar que é nos grupos etários mais jovens que se encontram os maiores percentuais para as atitudes desfavoráveis (≤ 16 anos - 46.5%; 17 anos - 27.1%) assim como para as atitudes mais favoráveis (≤ 16 anos 41,0%; 17 anos 31,0%), os resíduos ajustados descobrem diferenças nos adolescentes que têm 17 anos e que revelam com atitudes indiferentes (cf. tabela).

Quando analisamos a influência do sexo verificamos que as atitudes desfavoráveis se concentram maioritariamente no sexo masculino (65,7%) quando comparado com o sexo feminino (34,3%). As percentagens encontradas para as atitudes indiferentes são relevantes para ambos os sexos, 49,1% para o sexo feminino e 50,9% para o sexo masculino. As diferenças encontradas para a variável sexo não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 5,062$; $p = 0.080$), contudo os resíduos ajustados indicam diferenças localizadas nos sujeitos do sexo feminino que revelam atitudes desfavoráveis

Na variável zona de residência os resultados obtidos mostram que, são os estudantes residentes em meio rural os que apresentam maiores percentagens (64.3%) para as atitudes favoráveis quando comparados com os que vivem em meio urbano (35,2%). No âmbito das atitudes desfavoráveis mantém-se a supremacia dos adolescentes que residem em meio rural (68,9%) os jovens do meio urbano apresentam uma percentagem 31,1%. Não existe significância estatística nas diferenças alcançadas ($\chi^2 = 2,159$; $p = 0.340$), (cf. tabela 60).

Tabela 60 - Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus idade, sexo e zona de residência

Atitudes face sexualidade	Desfavoráveis		Indiferentes		Favoráveis		Total		Residuais			χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	Des,	Ind.	Fav.		
Idade	428	44.07	165	16.99	378	38.92	971	100					
<= 16 anos	199	46.5	67	40.6	155	41.0	421	43.4	1,8	-0,8	-1,2	7,040	0,134
17 anos	116	27.1	61	37.0	117	31.0	294	30.3	-1,9	2,1	0,4		
>= 18 anos	113	26.4	37	22.4	106	28.0	256	26.4	0,0	-1,3	0,9		
Sexo													
Feminino	147	34.3	81	49.1	250	66.1	478	49.2	2,1	-1,7	-0,8	5,062	0,080
Masculino	281	65.7	84	50.9	128	33.9	493	50.8	-2,1	1,7	0,8		
Residência													
Urbana	133	31.1	58	35.2	135	35.7	326	33.6	-1.5	0.5	1.1	2.159	0.340
Rural	295	68.9	107	64.8	243	64.3	645	66.4	1.5	-0.5	-1.1		

Procurando analisar a relação existente entre a idade e as atitudes dos adolescentes face à sexualidade realizámos uma análise de variação a um factor (cf. tabela 61), os produtos obtidos revelam que as médias mais elevadas se concentram nos jovens mais velhos (17 anos $\bar{x}=73,52\pm 6,40$) e (≥ 18 anos $\bar{x}=73,13\pm 7,11$), os adolescentes do grupo etário ≤ 16 anos são os que apresentam médias mais baixas ($\bar{x}=72,97\pm 6,68$). As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p= 0,56$) e a variabilidade, isto é a influencia da idade nas atitudes face à sexualidade, é ínfima (0.11%).

Tabela 61 - Análise de Variação a um factor (ANOVA) Idade versus Atitudes face à Sexualidade

Idade	\bar{x}	Dp	F	p	%	VE%
≤ 16 anos	72,97	6,68				
17 anos	73,52	6,40	0,58	0,56	970	0,11
≥ 18 anos	73,13	7,11				

O teste de t de Student, (cf. tabela 62), realizado para analisar a relação causa efeito entre as variáveis sexo e atitudes face à sexualidade, mostra que as adolescentes do sexo feminino apresentam atitudes mais favoráveis (média =75.46±6.84) quando comparadas com os seus pares do sexo masculino (70,97±5,75). O teste de Levene indica-nos que as variâncias não são homogêneas mas as diferenças alcançadas têm significância estatística ($t=11,09$; $p= 0,000$).

Tabela 62 - Teste t de Student para o Sexo versus Atitudes face à Sexualidade

Sexo	\bar{x}	Dp	Levene (p)	t	p
Feminino	75,46	6,84	0,001	11,09	0,000
Masculino	70,97	5,75			

O estudo da relação para as variáveis zona de residência/atitudes face à sexualidade foi realizado com recurso a um teste de Mann-Whitney (cf. tabela 63), o valor obtido nas ordenações médias conclui que são os adolescentes que vivem no meio rural os que detêm maior nível de atitudes positivas face à sexualidade (OM=511,18). Existe significância estatística nas diferenças encontradas ($p= 0,046$).

Tabela 63 - Whitney - Zona de Residência versus Atitudes face à Sexualidade

Residência	Ordenações Médias	MWU	p
Urbana	511,18	96.927,50	0,046
Rural	473,28		

Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus situação familiar, rendimento mensal do agregado familiar e valor em Euros disponível aos adolescentes para gastos semanais

A avaliação da influência da situação familiar (estado civil dos progenitores), mostra que é nos adolescentes que vivem em famílias “casados /união de facto” que

existe a maior percentagem de as atitudes desfavoráveis, 86%. Nos parâmetros atitudes indiferentes e atitudes favoráveis é, igualmente, neste grupo que se encontram as maiores percentagens, 84,6% e 82,6% respectivamente. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 8,529$; $p = 0,074$), (cf. tabela 64) entretanto os resíduos ajustados revelam diferenças entre os adolescentes que têm atitudes desfavoráveis e se incluem na situação familiar “solteiros/separação de facto”.

A análise da influência da variável “rendimento mensal do agregado familiar” mostra que a 60,5% dos adolescentes que vivem em agregados com rendimento “médio alto/alto” têm atitudes indiferentes face à sexualidade, é também neste grupo que se inscrevem as maiorias de atitudes desfavoráveis (53,7%) e favoráveis (58,55). As diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 3,034$; $p = 0,219$), (cf. tabela 64).

No que se refere à variável “valor em Euros disponível aos adolescentes para gastos semanais” a observação da tabela 64 mostra-nos que as percentagens mais elevadas para os três parâmetros, desfavoráveis, indiferentes e favoráveis se inserem no grupo dos adolescentes que auferem do valor “ ≤ 10 Euros” com valores de 70,1%; 67,9% e 68,3%, respectivamente, quando comparados com o grupo que recebe “25 euros” onde encontramos as percentagens mais baixas, com valores de 7,0%, 8,5%, 6,6%, respectivamente. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1,136$; $p = 0,889$), (cf. tabela 64).

Tabela 64 - Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus situação familiar

AFASA Situação Familiar	Desfavoráveis		Indiferentes		Favoráveis		Total		Residuais			χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	Des.	Ind.	Fav.		
428	44.07	165	16.99	378	38.92	971	100						
Casados/união de facto	368	86.0	140	84.8	313	82.8	821	84.6	1,1	0,1	-1,2	8,529	0,074
Solteiros/separação de facto	36	8.4	20	12.1	52	13.8	108	11.1	-2,4	0,4	2,1		
Outros	24	5.6	5	3.0	13	3.4	42	4.3	1,7	-0,9	-1,1		
Rendimento													
Baixo/médio baixo	198	46.3	65	39.4	157	41.5	420	43.3	1,7	-1,1	-0,9	3,034	0,219
Médio alto/ alto	230	53.7	100	60.6	221	58.5	551	56.7	-1,7	1,1	0,9		
Gastos Semanais													
≤ 10 euros	300	70.1	112	67.9	258	68.3	670	69.0	0,7	-0,3	-0,4	1,136	0,889
$> 10 \geq 25$ euros	98	22.9	39	23.6	95	25.1	232	23.9	-0,6	-0,1	0,7		
25 euros	30	7.0	14	8.5	25	6.6	69	7.1	-0,1	0,8	-0,5		

Com o objectivo de estabelecer a relação entre a situação familiar e as atitudes face à sexualidade efectuámos um teste de Kruskal-Wallis. As ordenações médias obtidas mostram que são os sujeitos cujos progenitores são solteiros ou em separação de facto os que apresentam valores mais elevados para as atitudes favoráveis (OM=539,65), os que possuem atitudes mais desfavoráveis são os jovens que se inserem

no grupo “outros” com ordenação média de 403,36. As diferenças encontradas revelam significância estatística ($\chi^2=7,700$; $p=0,021$).

De acordo com os resultados do teste pos-hoc Tukey as diferenças situam-se entre o grupo de solteiros/separação de facto e os outros (cf. tabela 65).

Tabela 65 - Kruskal-Wallis - Situação Familiar versus Atitudes face à Sexualidade

Situação Familiar	Ordenações Médias	X ² (KW)	p
Casados/União Facto	483,17	7,700	0,021
Solteiros/Separação Facto	539,65		
Outros	403,36		

Procurando avaliar a relação de causalidade entre o rendimento mensal do agregado familiar e as atitudes dos adolescentes face à sexualidade realizámos um teste t de Student (cf. tabela 66). Os resultados alcançados indicam que, os adolescentes cujo agregado familiar auferem de um rendimento médio alto e alto possuem um nível de conhecimentos mais elevados com valores médios de (73,29 ± 6,70) quando comparados com os jovens que habitam em agregados familiares com rendimento baixo e médio baixo que têm valores de (73,03 ± 6,73). O teste de Levene indica-nos que as variâncias são homogêneas, as diferenças alcançadas não têm significância estatística ($t=0,592$; $p=0,055$).

Tabela 66 - Teste t de Student para o Rendimento Mensal do Agregado Familiar versus Atitudes face à Sexualidade

Rendimento	\bar{x}	Dp	Levene (p)	t	p
Baixo e Médio Baixo	73,03	6,73	0,959	0,592	0,055
Médio Alto e Alto	73,29	6,70			

A inferência da relação causa efeito entre a variável Valor em Euros disponível aos adolescentes para os gastos semanais e atitudes face à sexualidade foi aferida com recurso ao teste de Kruskal Wallis(cf.tabela 67). O valor das ordenações médias revela que são os adolescentes que auferem de um valor semanal $>10 \leq 25$ Euros os que detêm um nível mais elevado de atitudes favoráveis face à sexualidade (OM=488,34), os jovens que recebem uma receita semanal > 25 Euros são os que possuem atitudes menos favoráveis (OM=475,60). Não existe significância estatística entre as diferenças encontradas ($\chi^2=0,112$; $p=0,946$).

Tabela 67 - Kruskal Wallis - Valor em Euros disponível aos adolescentes para os gastos semanais versus Atitudes face à Sexualidade

Valor gastos semanais	Ordenações Médias	X ² (KW)	p
≤ 10 euros	486,26	0,112	0,946
$>10, \leq 25$ euros	488,34		
> 25 euros	475,60		

Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus habilitações literárias dos pais

Procurou-se determinar em que medida as habilitações literárias dos pais influenciavam as atitudes dos adolescentes face à sexualidade. Quando analisamos os resultados obtidos para as habilitações do pai observamos que as percentagens mais elevadas para os três tipos de atitudes pertencem aos adolescentes cujos pais têm como habilitações o “2º e 3º ciclo”, com percentagens de 43,9% para as atitudes desfavoráveis, 49,1% para as atitudes indiferentes e 45,2% para as atitudes favoráveis. A análise da variável “habilitações da mãe” evidencia que, novamente, os valores mais elevados se inserem nas habilitações “2º e 3º ciclo”, com percentagens de 45,8%; 42,4%; 43,9% respectivamente.

Os valores da relação encontrados para os pais que têm como habilitações o ensino superior são mais elevadas para a variável “habilitações mãe” 11,4% nas atitudes desfavoráveis e 13,5% nas atitudes favoráveis, quando comparadas com a variável “habilitações pai” com valores respectivos de 5,6% e 6,6%.

As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas para as habilitações do pai ($\chi^2 = 11,340$; $p = 0,183$), contudo os resíduos ajustados revelam diferenças entre os adolescentes que têm atitudes desfavoráveis e são filhos de pais com habilitações “Até ao primeiro ciclo” e os adolescentes com atitudes favoráveis e filhos de pais com o ensino secundário.

Na variável habilitações literárias da mãe existe significância estatística nas diferenças encontradas ($\chi^2 = 16,029$; $p = 0,042$), os resíduos ajustados revelam que elas se localizam entre os jovens que têm atitudes desfavoráveis e são filhos de mães com habilitações “Até ao primeiro ciclo”, os adolescentes que possuem atitudes indiferentes e não sabem ou não responderam à questão, e os jovens que possuem atitudes favoráveis e são filhos de mães com o ensino secundário (cf. tabela 68).

Tabela 68 - Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus habilitações literárias dos pais

AFASA Habilitações Pai	Desfavoráveis		Indiferentes		Favoráveis		Total		Residuais			x ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	Des.	Ind.	Fav.		
	428	44.07	165	16.99	378	38.92	971	100					
Até primeiro ciclo	119	27.8	33	20.0	79	20.9	231	23.8	2,6	-1,3	-1,7	11,34 0	0,183
2º e 3º ciclo	188	43.9	81	49.1	171	45.2	440	45.3	-0,8	1,1	0,0		
Ensino secundário	75	17.5	31	18.8	87	23.0	193	19.9	-1,6	-0,4	2,0		
Ensino superior	24	5.6	14	8.5	25	6.6	63	6.5	-1,0	1,1	0,1		
Não sabe/ Não respondeu	22	5.1	6	3.6	16	4.2	44	4.5	0,8	-0,6	-0,4		
Habilitações Mãe													
Até primeiro ciclo	102	23.8	36	21.8	64	16.9	202	20.8	2,1	0,4	-2,4	16,02 9	0,042
2º e 3º ciclo	196	45.8	70	42.4	166	43.9	432	44.5	0,7	-0,6	-0,3		
Ensino secundário	73	17.1	28	17.0	91	24.1	192	19.8	-1,9	-1,0	2,7		
Ensino superior	49	11.4	24	14.5	51	13.5	124	12.8	-1,1	0,7	0,5		
Não sabe/ Não respondeu	8	1.9	7	4.2	6	1.6	21	2.2	-0,6	2,0	-1,0		

Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus escola que frequenta, ano de escolaridade, reprovações e sentimentos face à escola.

Determinou-se o modo como as variáveis de contexto escolar, “escola que frequenta, anos de escolaridade, reprovações e sentimentos face à escola”, se relacionavam com as atitudes dos adolescentes face à sexualidade. Dos resultados expressos na tabela 69 podemos concluir que os alunos que frequentam a Escola Emídio de Navarro são os que revelam atitudes mais favoráveis (50,5%), ao invés dos alunos da Escola Profissional de Tondela que manifestam apenas uma percentagem de (10,6%). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 23,718$; $p=0,000$) e os resíduos ajustados indicam que elas se situam nos adolescentes que têm atitudes desfavoráveis e estudam na Escola Profissional de Tondela.

No que concerne ao ano de escolaridade são os alunos do 10º ano os que apresentam uma percentagem mais elevada no parâmetro “atitudes desfavoráveis” (45,5%), são os alunos do 11º e 12º ano os que apresentam um valor mais elevado para as atitudes favoráveis 34,7% e 34,1% respectivamente. A diferença observada é estatisticamente significativa ($\chi^2 = 19,603$; $p=0,001$). A análise dos resíduos ajustados revela que as diferenças se circunscrevem entre os alunos que frequentam o 10º ano e possuem atitudes desfavoráveis e os estudantes do 12º ano que têm atitudes favoráveis.

Quando avaliamos a influência das reprovações nas atitudes dos adolescentes verificamos que os alunos que nunca chumbaram são os que apresentam as atitudes face à sexualidade mais favoráveis (61,4%) contra os 38,6% dos alunos que já tiveram algum chumbo. Na análise das atitudes desfavoráveis observamos que a percentagem

mais elevada se encontra igualmente nos alunos que nunca repetiram nenhum ano lectivo (53,7%) em relação aos que já repetiram com uma percentagem de 46,3%. As diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 4,791$; $p=0,091$), contudo os resíduos ajustados expõem diferenças entre os adolescentes que têm atitudes desfavoráveis e já reprovaram e os seus pares que têm atitudes favoráveis e nunca chumbaram.

O cruzamento da influência dos sentimentos dos adolescentes em relação à escola com as suas atitudes face à sexualidade mostrou que 61,9% dos alunos que dizem gostar da escola têm atitudes favoráveis, para apenas 4,5% dos que afirmam não gostar. A análise dos conhecimentos desfavoráveis indica que são também os sujeitos que afirmam gostar da escola os que apresentam valores mais elevados de atitudes desfavoráveis (61,0%) quando comparados com os que dizem não gostar (8,2%). Não existe significância estatística nas diferenças encontradas ($\chi^2 = 7,149$; $p=0,128$), pese embora os resíduos ajustados revelarem diferenças nos adolescentes que exibem atitudes desfavoráveis e dizem não gostar da escola.

Tabela 69 - Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus situação escolar

AFASA Escola	Desfavoráveis		Indiferentes		Favoráveis		Total		Residuais			χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	Des.	Ind.	Fav.		
	428	44.07	165	16.99	378	38.92	971	100					
Sec. Tondela	142	33.2	65	39.4	147	38.9	354	36.5	-1,9	0,9	1,3	23,71 8	0,000
Emídio Navarro	187	43.7	76	46.1	191	50.5	454	46.8	-1,7	-0,2	1,9		
Profis. Tondela	99	23.1	24	14.5	40	10.6	163	16.8	4,7	-0,8	-4,1		
Ano Escolaridade													
10º ano	193	45.1	64	38.8	118	31.2	375	38.6	3,7	0,0	-3,8	19,60 3	0,001
11º ano	130	30.4	45	27.3	131	34.7	306	31.5	-0,7	-1,3	1,7		
12º ano	105	24.5	56	33.9	129	34.1	290	29.9	-3,2	1,3	2,3		
Reprovações													
Não	230	53.7	95	57.6	232	61.4	557	57.4	-2,0	0,1	2,0	4,791	0,091
Sim	198	46.3	70	42.4	146	38.6	414	42.6	2,0	-0,1	-2,0		
Sentimentos													
Gosta	261	61.0	107	64.8	234	61.9	602	62.0	-0,6	0,8	0,0	7,149	0,128
Indiferente	132	30.8	52	31.5	127	33.6	311	32.0	-0,7	-0,2	0,8		
Não gosta	35	8.2	6	3.6	17	4.5	58	6.0	2,6	-1,4	-1,5		

Para análise da relação entre as variáveis reprovações e atitudes face à sexualidade utilizámos o teste t de Student, os resultados obtidos mostram que as médias para atitudes favoráveis são superiores nos alunos que nunca chumbaram ($\bar{x}=73,89 \pm 6,39$) quando equiparados aos alunos que já reprovaram ($\bar{x}=72,23 \pm 7,02$). O teste de Levene revela variâncias homogêneas e as diferenças alcançadas têm significância estatística ($t=3,77$; $p= 0.000$).

Tabela 70 - Teste t de Student - Atitudes face à Sexualidade versus Reprovações

Reprovações	\bar{x}	Dp	Levene (p)	t	p
Não	73,89	6,39	0,063	3,77	0,000
Sim	72,23	7,02			

A confirmação de diferenças com relevância estatística objectivou a pertinência da análise da relação do número de reprovações com as atitudes dos adolescentes face à sexualidade, o teste escolhido para o estudo foi o de Kruskal Wallis. As ordenações médias obtidas mostram que são os alunos que reprovaram apenas uma vez os que possuem atitudes mais favoráveis (211,54), os estudantes que reprovaram três ou mais vezes são os que detêm atitudes menos favoráveis (193,27). Não existe significância estatística nas diferenças obtidas ($\chi^2=0,891$; $p=0,640$).

Tabela 71 - teste Kruskal Wallis - Atitudes face à Sexualidade versus Número de Reprovações

Número de Reprovações	Ordenações Médias	χ^2 (KW)	p
1 reprovação	211,54	0,891	0,640
2 reprovações	203,28		
3 ou mais reprovações	193,27		

Com o objectivo de investigar a relação dos sentimentos face à escola com as atitudes face à sexualidade efectuámos um teste de Kruskal Wallis, as ordenações médias obtidas indicam que as atitudes mais favoráveis pertencem aos adolescentes para quem a escola é indiferente (497,14), os jovens que não gostam da escola são os que apresentam as atitudes menos favoráveis (387,20). As diferenças encontradas possuem significância estatística ($\chi^2=7,814$; $p=0,020$).

Tabela 72 - Teste Kruskal Wallis - Atitudes face à Sexualidade versus Sentimentos face à Escola

Sentimentos	Ordenações Médias	χ^2 (KW)	p
Gosta	489,76	7,814	0,020
Indiferente	497,14		
Não gosta	387,20		

Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus aspecto físico percebido e auto-estima

Completamos a análise descritiva das atitudes dos adolescentes face à sexualidade fazendo o seu cruzamento com o aspecto físico percebido e os valores obtidos de auto-estima. Dos resultados expressos na tabela 73 constatamos que são os alunos que se percebem “magros” os que apresentam percentagens mais baixas de atitudes favoráveis (10,8%), os alunos que referem ter o “peso ideal” são os que

apresentam os valores mais elevados (54.2%). Quando analisamos as atitudes desfavoráveis apuramos que, uma vez mais, são os adolescentes que se percebem magros os que têm índices mais baixos (17,3%) e os que se reconhecem com peso ideal os que exibem os valores mais elevados (53,3%). Existe significância estatística nas diferenças encontradas ($\chi^2 = 10,301$; $p = 0,000$), os resíduos ajustados localizam-nos nos adolescentes que se percebem magros e têm atitudes desfavoráveis.

Quando relacionamos a auto-estima com as atitudes concluímos, pelos resultados obtidos, que são os adolescentes que têm auto-estima elevada os que apresentam maior índice de atitudes favoráveis (59.3%), ao invés, os adolescentes com auto-estima moderada detêm apenas (14,3%).

A avaliação das atitudes desfavoráveis indica que são os adolescentes com fraca auto-estima os que têm percentagem mais elevada de atitudes desfavoráveis (51,4%), sendo, novamente, os adolescentes com auto-estima moderada os que apresentam os valores mais baixos (12,4%). As diferenças encontradas revelam significância estatística ($\chi^2 = 57,209$; $p = 0,000$). A análise dos resíduos ajustados revela que elas se estabelecem entre os adolescentes que possuem fraca auto-estima e evidenciam atitudes desfavoráveis e os jovens que têm auto-estima elevada e manifestam atitudes favoráveis.

Tabela 73 - Atitudes dos adolescentes face à sexualidade versus aspecto físico percebido e auto-estima

AFASA Aspecto Físico	Desfavoráveis		Indiferentes		Favoráveis		Total		Residuais			χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	Des.	Ind.	Fav.		
	428	44.07	165	16.99	378	38.92	971	100					
Magro	74	17.3	18	10.9	41	10.8	133	13.7	2,9	-1,1	-2,1	10,301	0,000
Peso ideal	224	52.3	99	60.0	205	54.2	528	54.4	-1,1	1,6	-0,1		
Excesso de peso	130	30.4	48	29.1	132	34.9	310	31.9	-0,9	-0,9	1,6		
Auto-estima													
Fraca	220	51.4	57	34.5	100	26.5	377	38.8	7,1	-1,2	-6,3	57,209	0,000
Moderada	53	12.4	27	16.4	54	14.3	134	13.8	-1,1	1,0	0,4		
Elevada	155	36.2	81	49.1	224	59.3	460	47.4	-6,2	0,5	5,9		

A força de relação entre as variáveis aspecto físico percebido e atitudes face à sexualidade foi avaliada pelo teste de Kruskal Wallis, as ordenações médias obtidas indicam que os adolescentes que se percebem com excesso de peso são os que possuem atitudes mais favoráveis face à sexualidade (OM=515,02), os que se percebem magros são os que apresentam atitudes menos favoráveis (OM=417,91). Existe significância estatística nas diferenças encontradas ($\chi^2 = 11,183$; $p = 0,004$).

Tabela 74 - Kruskal Wallis - Atitudes face à Sexualidade versus Aspecto Físico Percepcionado

Aspecto Físico	Orden Media	X ² (KW)	P
Percepção de magro	417,91	11,183	0,004
Peso ideal	486,11		
Percepção excesso peso	515,02		

O estudo das relações de causalidade entre a auto-estima e as atitudes dos adolescentes face à sexualidade foi realizado com recurso a um teste de Kruskal Wallis, os resultados alcançados indicam que as atitudes face à sexualidade mais favoráveis pertencem aos adolescentes que apresentam auto-estima elevada (OM=559,46), os jovens com baixa auto-estima são os que manifestam atitudes mais desfavoráveis (OM=387,96). As diferenças revelam significância estatística ($\chi_2 = 78,752$; $p=0,000$).

Tabela 75 - Kruskal Wallis – Auto-estima versus Atitudes face à Sexualidade

Auto-estima	Ordenações Médias	X ² (KW)	p
Baixa	387,96	78,752	0,000
Moderada	509,63		
Elevada	559,46		

O estudo entre a variável auto-conceito e atitudes face à sexualidade foi efectuado com recurso a uma regressão linear por ser o tipo de teste que permite analisar em simultâneo uma variável dependente de natureza quantitativa, com mais de duas variáveis independentes do mesmo tipo. O método de estimação usado foi o método stepwise (passo a passo), que permite gerar tantos modelos quantos os necessários até se conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Neste tipo de análise são analisados dois aspectos fundamentais a correlação de Pearson e a regressão múltipla propriamente dita que apresenta as variáveis que se manifestaram como preditoras.

Nesse sentido, pela tabela 76, notamos que as correlações entre esta sub-escala e as variáveis independentes são fracas oscilando entre ($r=0.187$) aceitação/rejeição social e ($r=0.303$) no auto-conceito global, estabelecendo relações positivas e significativas o que permite afirmar que quanto mais elevado o auto-conceito melhores as atitudes face à sexualidade.

Tabela 76 - Correlação de Pearson para Atitudes face à sexualidade versus auto-conceito

Variáveis	R	p
Aceitação/rejeição social	0,187	0.000
Auto-eficácia	0,278	0.000
Maturidade psicológica	0,224	0.000
Impulsividade/actividade	0,234	0.000
Auto-conceito global	0,303	0.000

A primeira variável a entrar no modelo de regressão foi o auto-conceito (global) por ser a variável que apresenta maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica por si só 9,2% da variação das atitudes face à sexualidade e o erro padrão de regressão é de 6.402, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados das atitudes face à sexualidade.

No segundo e último modelo entrou a aceitação/rejeição social e estas duas variáveis, no seu conjunto, passaram a explicar 10,7% da variabilidade diminuindo o erro padrão de estimação para 6.353. A correlação que estas duas variáveis estabelecem com as atitudes face à sexualidade é fraca ($r=0,326$). Utilizou-se o *Variance inflation factor* (VIF) para diagnosticar a multicolinearidade que é de (VIF = 3.315) em ambas as variáveis, concluindo-se que as mesmas não são colineares.

Os testes F os valores de t, dado apresentarem significância estatística, permitem afirmar que a auto-conceito (global) e a aceitação/rejeição social têm poder explicativo sobre as atitudes face à sexualidade.

Os coeficientes padronizados beta indicam que o auto-conceito global é o que apresenta maior peso preditivo e as duas variáveis estabelecem uma relação directa com as atitudes face à sexualidade.

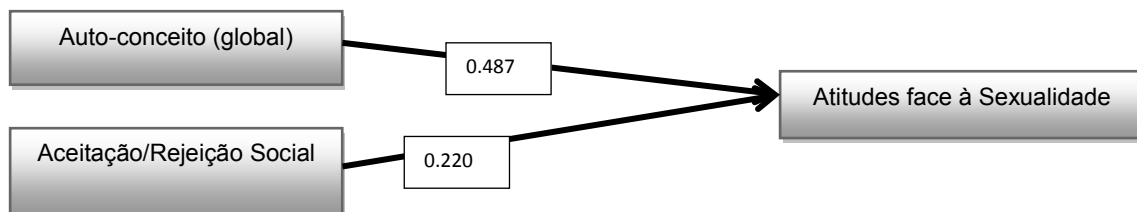
Os resultados obtidos permitem construir a seguinte equação de regressão:

$$\text{Atitudes face à sexualidade} = 57.394 + 0.328 \text{ do autoconceito global} + (-0.425) \text{ da aceitação/rejeição}$$

Quadro 2 - Regressão múltipla entre auto-conceito e atitudes face à sexualidade

Variável dependente = atitudes face à sexualidade					
R = 0.326					
R ² = 0.107					
R ² Ajustado = 0.105					
Erro padrão da estimativa = 6,35396					
Incremento de R ² = 0.015					
F = 15,884					
p = 0.002					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente b	Coefficiente Beta	t	p	colinearidade VIF
Constante	57,394				
facttotal	0,328	0,487	8,810	0,000	3.315
fact1	-0,457	0,220	-3,985	0,000	3.315
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	4659,064	2	2329,532	57,700	0.000
Residual	39080,94	968	40,373		
Total	43740,00	970			

O que se pode resumir de acordo com este modelo



Em suma, o arquétipo do adolescente do nosso estudo que exhibe níveis mais elevados nas atitudes favoráveis face à sexualidade revela um sujeito do:

- Sexo feminino (66,1%), (p=0,000);
- Com 17 anos de idade (p=0,56);
- Residente em meio rural (p=0,046);
- Filho de pais solteiros ou em separação de facto (p=0,021);
- Num agregado com rendimento mensal médio/médio alto (p=0,055);
- Auferindo de um valor semanal para gastos pessoais >10 ≤25 Euros (p=0,940);
- Estuda na Escola Emídio de Navarro (50,5%)
- No 11º ano de escolaridade (34,7%);
- Que nunca chumbou (p=0,000);

- Os seus sentimentos face à escola são de indiferença ($p=0,020$);
- Percepciona-se com excesso de peso ($p=0,004$);
- Tem auto-estima elevada ($p=0,000$);
- Tem um elevado auto-conceito ($p=0,000$).

2.1.5 Estudo dos Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida

Classificação dos conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

As representações sociais têm papel fundamental na medida em que servem para socializar o conhecimento científico, introduzindo-o nas comunicações do quotidiano e tornando-o parte integrante da realidade e da vida das pessoas (Moscovici, 1976 *cit. por* Camargo *et al.* 2007 a). No âmbito da Sida a representação social, para a população em geral, é ainda composta por elementos como: doença, medo, sofrimento, preconceito e morte no entanto, para os adolescentes, grupo que para além das campanhas informativas teve acesso a uma educação sexual formal, a representação social difere já da década de 90 incluindo os elementos prevenção e responsabilidade (Camargo *et al.* 2007).

A classificação dos conhecimentos sobre Sida na amostra em estudo foi o primeiro passo na análise da nossa variável dependente. Os resultados obtidos indicam que, no global da amostra, a maioria dos adolescentes possui conhecimentos suficientes (51,1%), contudo, uma percentagem importante (48,9%), manifestam conhecimentos insuficientes, o que traduz uma situação de risco e necessidade de intervenção nos sujeitos que pertencem a este grupo.

Tabela 77 - Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida

Conhecimentos	n	%
Insuficientes	475	48.9
Suficientes	496	51.1
Total	971	100.0

Estatísticas relativas aos conhecimentos dos adolescentes sobre Sida de acordo com o sexo

A análise das estatísticas referentes aos conhecimentos dos adolescentes sobre Sida revela que o valor mínimo, para ambos os sexos, foi de 0 (zero) valores e o máximo de 22. A média para a amostra global corresponde a 14,51 valores com um desvio padrão de 5,02 e um coeficiente de variação de 34,60%, o que sugere uma dispersão elevada em torno do valor médio (cf. tabela 78). O sexo feminino apresenta um valor médio superior ($\bar{x}=15,41 \pm 3,92$) ao sexo masculino ($\bar{x}=13,63 \pm 5,75$). O

valor do coeficiente de variação para o sexo feminino (25,43%), revela uma dispersão moderada, enquanto o valor para o sexo masculino (42,18%) indica uma dispersão muito alta (cf. Tabela 78).

Os valores de assimetria e curtose indiciam para ambos os sexos e para a amostra global, uma distribuição platicúrtica, assimétrica negativa, enviesada à direita.

Tabela 78 - Estatísticas relativas à sida de acordo com o sexo

Conhecimentos Sexo	Min.	Max.	\bar{x}	D.P.	CV (%)	Sk/ erro	K/erro	K/S
Feminino	0	22	15.41	3.92	25.43	-11.684	11.887	0.000
Masculino	0	22	13.63	5.75	42.18	-9.081	0.581	0.000
Total	0	22	14.51	5.02	34.60	-16.12	8.08	0.000

Relação entre conhecimentos dos adolescentes sobre Sida por item e por sexo

Perfilhando os objectivos dos autores da escala, que pretendiam assegurar-se da sua relevância na avaliação de conhecimentos nos diferentes domínios do âmbito da Sida, assegurando que esta incidiria no saber científico ao invés das crenças, entendemos crucial avaliar, na análise descritiva, a incidência dos conhecimentos em cada um dos itens e estabelecer as diferenças que pudessem ocorrer entre os sexos.

A construção da tabela e, conseqüentemente a sua análise, apoiar-se-á apenas nas respostas positivas. Por uma questão de facilidade na edificação da tabela e porque as orações que sintetizam os itens são longas, omitimos a porção inicial da frase que é comum a todos e que é: "A maioria dos especialistas dizem que..." Deste modo pela análise da tabela 79 observamos que, em nenhum dos itens houve uma percentagem total de respostas certas. O item que obteve uma percentagem mais baixa de respostas correctas foram o item 13 **"há uma elevada probabilidade de contrair Sida caso faça uma transfusão sanguínea."** com apenas 24,9% dos adolescentes da amostra global a responderem acertadamente e o item que obteve um maior percentual foi o item 2 **"...a Sida pode ser transmitida através da partilha de uma agulha com um consumidor de drogas que tem Sida"**, com 90,3% de respostas certas.

As adolescentes do sexo feminino possuem um número muito maior de percentagens superiores nas respostas correctas (dezassete) do que os seus pares do sexo masculino que apenas se suplantaram nas percentagens em quatro questões (3, 13,20,22). A resposta ao item 11, **"...pode contrair Sida quando se masturba."**, obteve a mesma percentagem de respostas certas (36,3%) para ambos os sexos.. Os itens onde se encontram significâncias estatísticas reportam-se a:

Item 2 **"...a Sida pode ser transmitida através da partilha de uma agulha com um consumidor de drogas que tem Sida."** ($\chi^2 = 21,328$; $p = 0,000$);

Item 6 **"... a Sida pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com**

uma mulher que tem Sida.” ($X^2=45,084$; $p=0,000$);

Item 7 “...a Sida pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com outro homem que tem Sida” ($X^2=26,711$; $p=0,000$);

Item 8 “...uma mulher grávida com Sida pode transmitir a Sida para o feto.” ($X^2=32,173$; $p=0,000$);

Item 9 “...você pode contrair Sida pelo aperto de mão com alguém que tem Sida.” ($X^2=41,244$; $p=0,000$);

Item 10 “...uma mulher pode contrair Sida tendo relações sexuais com um homem que tem Sida.” ($X^2=36,561$; $p=0,000$);

Item 12 “...o uso do preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair Sida.” ($X^2=19,527$; $p=0,000$);

Item 15 “...comer alimentos saudável pode impedi-lo de contrair Sida.” ($X^2=16,191$; $p=0,000$);

Item 16 “...fazer sexo com mais do que um parceiro pode aumentar a sua probabilidade de contrair Sida.” ($X^2=12,455$; $p=0,000$);

Item 17 “...pode sempre saber se alguém tem Sida olhando para eles.” ($X^2=53,841$; $p=0,000$);

Item 18 “...as pessoas morrem com a doença da Sida.” ($X^2=16,742$; $p=0,000$);

Item 19 “...há uma cura para a Sida.” ($X^2=17,878$; $p=0,000$);

As questões (1,2,6,8,10,11,12,14,17,19) foram as que obtiveram mais respostas correctas com resultados a oscilarem entre os 709 (item 1) e os 877 (item 2) respondentes. Estas respostas localizam-se, fundamentalmente no domínio dos comportamentos, de baixo ou alto risco e de protecção. Apenas duas respostas deste grupo se inscrevem no domínio da transmissão, sendo uma do âmbito da transmissão parentérica e outra da transmissão vertical.

As que questões que obtiveram menos respostas correctas (22,21,20,13,3) apresentam resultados entre os 242 (item 13) e os 407 (item) respondentes e a sua localização está essencialmente circunscrita ao domínio da transmissão, parentérica, sexual e transmissão do VIH sem clínica de Sida.

Tabela 79 - Relação entre os Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida e sexo por item

Item	Sexo Conhecimentos	Feminino		Masculino		Total		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
1	“...há uma elevada probabilidade de se contrair Sida quando se beija alguém, na boca, que tem Sida”	367	37,8	342	35,2	709	73,0	6,758	0,009
2	“...a Sida pode ser transmitida através da partilha de uma agulha com um consumidor de drogas que tem Sida”	453	46,7	424	43,7	877	90,3	21,328	0,000
3	“...podes contrair Sida a doar sangue”	168	17,3	203	20,9	371	38,2	3,738	0,053

Conhecimento sobre Sida e Sexualidade dos Adolescentes

4	"...há uma elevada probabilidade de a Sida poder ser transmitida através da partilha de um copo de água de alguém que tem Sida."	348	35,8	321	33,1	669	68,9	6,701	0,010
5	"...há uma grande probabilidade de contrair Sida num tampo de uma sanita."	255	26,3	243	25,0	498	51,3	1,599	0,206
6	"... a Sida pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com uma mulher que tem Sida."	450	46,3	392	40,4	842	86,7	45,084	0,000
7	"...a Sida pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com outro homem que tem Sida"	373	38,4	310	31,9	683	70,3	26,711	0,00
8	"...uma mulher grávida com Sida pode transmitir a Sida para o feto."	414	42,6	354	36,5	768	79,1	32,173	0,000
9	"...você pode contrair Sida pelo aperto de mão com alguém que tem Sida."	445	45,8	388	40,0	833	85,8	41,244	0,000
10	"...uma mulher pode contrair Sida tendo relações sexuais com um homem que tem Sida."	439	45,2	384	39,5	823	84,8	36,561	0,000
11	"...pode contrair Sida quando se masturba."	352	36,3	352	36,3	704	72,5	0,611	0,434
12	"...o uso do preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair Sida."	432	44,5	396	40,8	828	85,3	19,527	0,000
13	"...há uma elevada probabilidade de contrair Sida caso faça uma transfusão sanguínea."	117	12,0	125	12,9	242	24,9	0,100	0,752
14	"...as prostitutas têm uma maior probabilidade de contrair Sida."	381	39,2	360	37,1	741	76,3	6,000	0,014
15	"...comer alimentos saudáveis pode impedi-lo de contrair Sida."	341	35,1	291	30,0	632	65,1	16,191	0,000
16	"...fazer sexo com mais do que um parceiro pode aumentar a sua probabilidade de contrair Sida."	359	37,0	319	32,	678	69,8	12,455	0,000
17	"...pode sempre saber se alguém tem Sida olhando para eles."	435	44,8	359	37,0	794	81,8	53,841	0,000
18	"...as pessoas morrem com a doença da Sida."	323	33,3	270	27,	593	61,1	16,742	b0,000
19	"...há uma cura para a Sida."	381	39,2	334	34,4	715	73,6	17,878	0,000
20	"...pode ter o vírus da Sida, sem ser doente de Sida."	201	20,7	206	21,2	407	41,9	0,007	0,933
21	"...pode ter o vírus da Sida e espalhá-lo sem estar doente de Sida."	161	16,6	156	16,1	317	32,6	0,459	0,498
22	"...um homem ou uma mulher que tem relações sexuais com alguém que consome drogas, tem maior probabilidade de contrair Sida."	172	17,7	195	20,1	367	37,8	1,316	0,251

A análise dos resultados obtidos com a aplicação do teste binomial (tabela 80), para avaliação dos conhecimentos dos adolescentes sobre Sida, com base na proporção entre as respostas incorrectas (Grupo 1=0) e as respostas correctas (Grupo 2>0), revela que, para a maioria das questões, a proporção das respostas certas foi superior à

proporção das respostas erradas, à excepção das respostas às questões 3,13,18,20,21,22 em que esta proporção se inverte. Os itens a que correspondem são:

Item 3 “...podes contrair Sida a doar sangue”

Item13 “...há uma elevada probabilidade de contrair Sida caso faça uma transfusão sanguínea.”

Item 20 “...pode ter o vírus da Sida, sem ser doente de Sida.”

Item 21 “...pode ter o vírus da Sida e espalhá-lo sem estar doente de Sida”

Item 22 “...um homem ou uma mulher que tem relações sexuais com alguém que consome drogas, tem maior probabilidade de contrair Sida”

As questões que apresentam uma percentagem maioritária de respostas incorrectas dizem respeito à transmissão do VIH sem clínica de Sida (duas), à transmissão e infecção através da transfusão de sangue (duas) e, por último, a transmissão por via sexual com consumidores de drogas.

As diferenças encontradas em ambos os grupos, (Grupo 1=0 e Grupo 2> 0), possuem significância estatística ($p=0,000$), com excepção do item 5 “**há uma grande probabilidade de contrair Sida num tempo de uma sanita.**”, que apresenta uma probabilidade de 0.441.

Pese embora na proporção estabelecida o número de respostas correctas ser superior ao número de respostas incorrectas importa ressaltar que uma parcela importante dos adolescentes do nosso estudo (48,9%), apresentam conhecimentos insuficientes.

Tabela 80 - Teste Binomial para avaliação dos Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida por Item

Nº	Conhecimentos sobre Sida	n	%	p	
1	“...há uma elevada probabilidade de se contrair Sida quando se beija alguém, na boca, que tem Sida”	Grupo1 (=0)	262	0,27	0,000
		Grupo2 (> 0)	709	0,73	
2	“...a Sida pode ser transmitida através da partilha de uma agulha com um consumidor de drogas que tem Sida”	Grupo1 (=0)	94	0,10	0,000
		Grupo2 (> 0)	877	0,90	
3	“...podes contrair Sida a doar sangue”	Grupo1 (=0)	600	0,62	0,000
		Grupo2 (> 0)	371	0,38	
4	“...há uma elevada probabilidade de a Sida poder ser transmitida através da partilha de um copo de água de alguém que tem Sida.”	Grupo1 (=0)	302	0,31	0,000
		Grupo2 (> 0)	669	0,69	
5	“...há uma grande probabilidade de contrair Sida num tempo de uma sanita.”	Grupo1 (=0)	473	0,49	0,441
		Grupo2 (> 0)	498	0,51	
6	“... que a Sida pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com uma mulher que tem Sida.”	Grupo1 (=0)	129	0,13	0,000
		Grupo2 (> 0)	842	0,87	
7	“... que a Sida pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com outro homem que tem Sida.”	Grupo1 (=0)	288	0,30	0,000
		Grupo2 (> 0)	683	0,70	
8	“...uma mulher grávida com Sida pode transmitir a Sida para o feto.”	Grupo1 (=0)	203	0,21	0,000
		Grupo2 (> 0)	768	0,79	
9	“...você pode contrair Sida pelo aperto de mão com alguém que tem Sida.”	Grupo1 (=0)	138	0,14	0,000
		Grupo2 (> 0)	833	0,86	
10	“...uma mulher pode contrair Sida tendo relações sexuais comum homem que tem Sida.”	Grupo1 (=0)	148	0,15	0,000
		Grupo2 (> 0)	823	0,85	

11	“...pode contrair Sida quando se masturba.”	Grupo1 (=0)	267	0,27	0,000
		Grupo2 (> 0)	704	0,73	
12	“...o uso do preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair Sida.”	Grupo1 (=0)	143	0,15	0,000
		Grupo2 (> 0)	828	0,85	
13	“...há uma elevada probabilidade de contrair Sida caso faça uma transfusão sanguínea.”	Grupo1 (=0)	729	0,75	0,000
		Grupo2 (> 0)	242	0,25	
14	“...as prostitutas têm uma maior probabilidade de contrair Sida.”	Grupo1 (=0)	230	0,24	0,000
		Grupo2 (> 0)	741	0,76	
15	“...comer alimentos saudáveis pode impedi-lo de contrair Sida.”	Grupo1 (=0)	339	0,35	0,000
		Grupo2 (> 0)	632	0,65	
16	“...fazer sexo com mais do que um parceiro pode aumentar a sua probabilidade de contrair Sida.”	Grupo1 (=0)	293	0,30	0,000
		Grupo2 (> 0)	678	0,70	
17	“...pode sempre saber se alguém tem Sida olhando para eles.”	Grupo1 (=0)	177	0,18	0,000
		Grupo2 (> 0)	794	0,82	
18	“...as pessoas morrem com a doença da Sida.”	Grupo1 (=0)	378	0,39	0,000
		Grupo2 (> 0)	593	0,61	
19	“...há uma cura para a Sida.”	Grupo1 (=0)	256	0,26	0,000
		Grupo2 (> 0)	715	0,74	
20	“...pode ter o vírus da Sida, sem ser doente de Sida.”	Grupo1 (=0)	564	0,58	0,000
		Grupo2 (> 0)	407	0,42	
21	“...pode ter o vírus da Sida e espalhá-lo sem estar doente de Sida.”	Grupo1 (=0)	654	0,67	0,000
		Grupo2 (> 0)	317	0,33	
22	“...um homem ou uma mulher que tem relações sexuais com alguém que consome drogas, tem maior probabilidade de contrair Sida”	Grupo1 (=0)	604	0,62	0,000
		Grupo2 (> 0)	367	0,38	

Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida versus idade, sexo e zona de residência

Determinou-se o modo como as variáveis, idade, sexo e zona de residência, influenciavam os conhecimentos dos adolescentes sobre Sida. A análise da tabela 81 evidencia que, no grupo dos adolescentes que têm conhecimentos insuficientes, os que têm idade ≤ 16 anos são os que revelam piores conhecimentos com uma percentagem de 45,5%. Quando avaliamos o grupo que apresenta conhecimentos suficientes são os grupos mais jovens os que apresentam percentagens mais elevadas; 41,3% para o grupo etário ≤ 16 anos e 34,9% para o grupo etário 17 anos. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 10,598$; $p = 0,005$) e, de acordo com os resíduos ajustados, encontram-se entre os adolescentes que têm 17 anos e que possuem conhecimentos suficientes.

Quando comparamos os sexos concluímos que, nos conhecimentos suficientes, as mulheres apresentam maior nível de conhecimentos (52,0%) do que os homens (48,0%). Esta proporção inverte-se quando avaliamos os resultados para os conhecimentos insuficientes, onde os homens apresentam uma percentagem maior (53,7%) do que as mulheres (46,3%). Assim podemos afirmar que as adolescentes do sexo feminino têm mais conhecimentos do que os adolescentes do sexo masculino. Não há significância estatística nas diferenças encontradas ($\chi^2 = 3,514$; $p = 0,076$)

A determinação da influência da zona de residência nos conhecimentos da amostra em estudo revela que os maiores percentuais se localizam no meio rural em ambos os grupos de conhecimentos, 64,5% para os suficientes, 68,4% para os insuficientes. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1,659$; $p = 0,198$).

Tabela 81 - Conhecimentos sobre Sida nos adolescentes versus idade, sexo e zona de residência

Conhecimentos Idade	Insuficiente		Suficiente		Total		Residuais		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	Insuf	Suf		
	475	48,9	496	51.1	971	100				
<= 16 anos	216	45,5	205	41,3	421	43,4	1.3	-1.3	10.598	0.005
17 anos	121	25,5	173	34,9	294	30,3	-3.2	3.2		
>= 18 anos	138	29,0	118	23,8	256	26,4	1.9	-1.9		
Sexo										
Feminino	220	46.3	258	52.0	478	49.2	-1.8	1.8	3.154	0.076
Masculino	255	53.7	238	48.0	493	50.8	1.8	-1.8		
Residência										
Urbana	150	31.6	176	35.5	326	33.6	-1.3	1.3	1.659	0.198
Rural	325	68.4	320	64.5	645	66.4	1.3	-1.3		

Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida versus habilitações literárias do pai

Quando estudamos a influência das habilitações literárias dos pais nos conhecimentos dos adolescentes observamos que, para as habilitações literárias do pai são os adolescentes com pais que têm o 2º e 3º ciclo e o ensino secundário os que têm maior percentagem de conhecimentos suficientes com 45,4% e 24,4% respectivamente, os que apresentam percentagens inferiores, neste domínio, são os adolescentes cujos progenitores detêm o ensino superior ou aqueles que desconhecem as habilitações dos pais com 8,7% e 4,8% respectivamente. No grupo dos adolescentes que apresentam conhecimentos insuficientes são os adolescentes cujos pais têm como habilitações literárias o “2º e 3º ciclo” e “Até primeiro ciclo” os que apresentam uma proporção maior de insuficiência de conhecimentos 45,3% e 31,2% respectivamente, ao invés, os adolescentes com pais licenciados ou que lhe desconhecem as habilitações têm percentagens muito reduzidas de conhecimentos insuficientes 4,2%. Existe significância estatística nas diferenças encontradas ($\chi^2=39,282$; $p=0,000$). Os resíduos ajustados indicam que as diferenças se encontram entre os adolescentes que demonstram conhecimentos insuficientes e cujos pais têm habilitações “Até primeiro ciclo”, e os adolescentes que possuem conhecimentos suficientes e cujos pais têm o ensino secundário ou o ensino superior.

A determinação da relação dos conhecimentos dos adolescentes com as habilitações da mãe indica que são os alunos cujas mães têm o 2º e 3º ciclo os que apresentam maior percentagem de conhecimentos insuficientes (45,5%), os jovens que têm menor deficit de conhecimentos são aqueles cujas mães têm a licenciatura (7,6%) ou aqueles que desconhecem as habilitações dos pais (2,9%).

No agrupamento dos conhecimentos suficientes os adolescentes das mães com o 2º e 3º são os que possuem maior percentagem de conhecimentos (41,1%) os que desconhecem as habilitações literárias das mães são os que têm menor índice de conhecimentos suficientes (4,8%). As diferenças encontradas são estatisticamente

significativas ($\chi^2=44,707$; $p=0,000$). Os resultados dos resíduos ajustados concluem que as diferenças se localizam entre os adolescentes que têm conhecimentos suficientes e cujas mães têm o ensino secundário ou o ensino superior e os que têm conhecimentos insuficientes e cujas mães têm como habilitações o 2º e 3º ciclo e “Até primeiro ciclo”.

Tabela 82 - Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida versus habilitações literárias dos pais.

Conhecimentos Habilitações Pai	Insuficiente		Suficiente		Total		Residuais		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	Insuf	Suf		
	475	48,9	496	51.1	971	100				
Até primeiro ciclo	148	31.2	83	16.7	231	23.8	5.3	-5.3	39.282	0.000
2º e 3º ciclo	215	45.3	225	45.4	440	45.3	0.0	0.0		
Ensino secundário	72	15.2	121	24.4	193	19.9	-3.6	3.6		
Ensino superior	20	4.2	43	8.7	63	6.5	-2.8	2.8		
N.sabe/N. respondeu	20	4.2	24	4.8	44	4.5	-0.5	0.5		
Habilitações Mãe										
Até primeiro ciclo	123	25.9	79	15.9	202	20.8	3.8	-3.8	44.707	0.000
2º e 3º ciclo	228	48.0	204	41.1	432	44.5	2.2	-2.2		
Ensino secundário	74	15.6	118	23.8	192	19.8	-3.2	3.2		
Ensino superior	36	7.6	88	17.7	124	12.8	-4.7	4.7		
N. sabe/N. respondeu	14	2.9	7	1.4	21	2.2	1.6	-1.6		

Conhecimentos sobre Sida versus situação familiar, rendimento mensal do agregado familiar e valor em Euros disponível para os gastos semanais.

Na relação dos conhecimentos com as variáveis de contexto familiar concluímos que na variável “situação familiar” para os 84,6% dos adolescentes, cujos pais são casados ou vivem em união de facto, 84,8% têm conhecimentos insuficientes e 84,3% têm conhecimentos suficientes. Os adolescentes que têm piores índices de conhecimentos são os da variável “outros” estados civis com percentagens de 4,4% para os conhecimentos de insuficientes e 4,2% para os conhecimentos suficientes. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($\chi^2= 0,153$; $p=0,925$).

A relação rendimento mensal conhecimentos revela que para os 43,3% dos adolescentes da nossa amostra, cujo agregado aufer de um rendimento “baixo e médio baixo” 45,3% possuem conhecimentos insuficiente e 41,3% possuem conhecimentos suficientes. No grupo dos adolescentes que vivem em agregados com rendimento alto ou médio alto são os que têm conhecimentos suficientes os que apresentam maiores percentagens 58,7%, apresentando 54,7% para os conhecimentos insuficientes. Há significância estatística nas diferenças conseguidas ($\chi^2= 17,761$; $p=0,000$). De acordo com os resíduos ajustados as diferenças estão entre os adolescentes que têm conhecimentos suficientes e que moram em agregados com rendimento alto ou médio alto e os adolescentes que têm conhecimentos insuficientes e que residem em agregados com rendimento baixo e médio baixo.

Ponderámos a relação entre valor em Euros que os adolescentes tinham

disponível para os gastos semanais e o seu grau de conhecimentos e concluíamos que detinham maior percentagem de conhecimentos suficientes os adolescentes que auferem de um pecúlio ≤ 10 euros (67,7%) ao contrário dos que recebem a quantia de 25 Euros (6,9%). Para o domínio conhecimentos insuficientes são, igualmente, os adolescentes do escalão ≤ 10 euros os que detêm piores índices (70,3%), sendo os que pertencem à categoria 25 Euros os que apresentam melhores índices. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($\chi^2=1,291$; $p=0,0524$).

Tabela 83 - Conhecimentos sobre Sida versus situação familiar

Conhecimentos Situação Familiar	Insuficiente		Suficiente		Total		Residuais		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	Insuf	Suf		
Casados/união de facto	403	84.8	418	84.3	821	84.6	0.2	-0.2	0.153	0.926
Solteiros/união de facto	51	10.7	57	11.5	108	11.1	-0.4	0.4		
Outros	21	4.4	21	4.2	42	4.3	0.1	-0.1		
Rendimento										
Baixo e médio baixo	215	45.3	205	41.3	420	43.3	4.2	-4.2	17.761	0.000
Médio alto e alto	260	54.7	420	58.7	551	56.7	-4.2	4.2		
Gastos Semanais										
≤ 10 euros	334	70.3	336	67.7	670	69.0	0.9	-0.9	1.291	0.524
$> 10 \geq 25$ euros	106	22.3	126	25.4	232	23.9	-1.1	1.1		
25 euros	35	7.4	34	6.9	69	7.1	0.3	-0.3		

Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida versus escola que frequenta, ano de escolaridade, reprovações, número de reprovações sentimentos face à escola

A aquisição de conhecimentos sobre Sida está circunscrita na educação para a sexualidade, processo dinâmico que deve acompanhar o crescimento global do indivíduo, adaptado às suas diferentes etapas do desenvolvimento e que, por sua vez, se insere na dinâmica da educação para a saúde ou, mais ainda, no âmbito de educação para a vida. O envolvimento de todos os intervenientes sociais, no seio dos quais o adolescente se insere, é fundamental para uma educação profícua e eficaz, a escola, pelo lugar que ocupa no processo educativo será um dos veículos de primazia neste processo.

Deste modo avaliámos a influência das variáveis de contexto escolar na classificação dos conhecimentos dos adolescentes da nossa amostra e concluímos que, no contíguo das escolas em estudo foram os jovens da Escola Emídio de Navarro os que apresentaram elencos mais elevados de conhecimentos suficientes com 46,8%, seguidos dos adolescentes da Escola Secundária de Tondela com 41,9%, sendo os alunos da Escola Profissional de Tondela os que apresentam piores índices neste parâmetro com 10,5%. A avaliação dos conhecimentos insuficientes mostra que são os adolescentes da Escola Emídio de Navarro os que detêm maiores percentagens 45,9%, seguidos dos alunos da Escola Secundária de Tondela com 30,7% e dos alunos da Escola Profissional de Tondela os que apresentam uma percentagem de 23,4%. Pela análise da globalidade

dos valores afirmamos que os alunos da Escola Profissional de Tondela são os que possuem menos conhecimentos sobre Sida, uma vez que exibem os piores valores de conhecimentos suficientes e uma percentagem importante de conhecimentos insuficientes. As diferenças encontradas ostentam significância estatística ($\chi^2= 44,707$; $p=0,000$). Os resultados dos resíduos ajustados mostram que as diferenças se situam entre os jovens da Escola Secundária de Tondela e que têm conhecimentos suficientes e os seus pares da Escola Profissional de Tondela e que têm conhecimentos insuficientes.

A avaliação da relação dos conhecimentos com o ano de escolaridade revela que, no âmbito dos conhecimentos suficientes as diferenças percentuais não são muito díspares, os jovens que apresentam um maior valor são os que frequentam o 12º ano (35,5%), seguidos dos que estão no 11º ano (32,5%) e por último os que andam no 10º ano que são os que apresentam o valor mais baixo (31,2%). Quando procedemos à avaliação dos conhecimentos insuficientes assistimos a uma inversão dos resultados, o maior valor percentual pertence aos alunos do 10º ano com 45,5% dos conhecimentos insuficientes, sendo os alunos do 12º ano os que têm o menor valor percentual no escalão dos conhecimentos insuficientes (24,0%). O estudo dos resultados globais comprova que os alunos do 10º ano são os que possuem menos conhecimentos e os alunos com o 12º anos os que têm maiores conhecimentos. A significância estatística ($\chi^2=23,312$; $p=0,000$) é consubstanciada pelos valores dos residuais ajustados que apontam diferenças entre os jovens do 10º ano e que têm conhecimentos insuficientes e os que frequentam o 12º ano e que têm conhecimentos suficientes.

A determinação da relação do conhecimento com as reprovações e posteriormente com o seu número conclui que os adolescentes que nunca chumbaram exibem uma percentagem maior de conhecimentos suficientes (63,3%), muito superior aos que já perderam o ano alguma vez alguma que apenas têm 36,7% de conhecimentos suficientes. Para os conhecimentos insuficientes a percentagem mais elevada pertence aos alunos que nunca perderam o ano (51,2%), os alunos que tiveram algum chumbo têm uma percentagem de 48,8% de conhecimentos insuficientes. Concluimos que os alunos que têm alguma reprovação detêm menos conhecimentos pois apresentam elevados valores de conhecimentos insuficientes e baixos valores de conhecimentos suficientes. Existe uma significância estatística nas diferenças encontradas ($\chi^2=7,058$; $p=0,008$) confirmada pelos residuais ajustados que apontam diferenças entre os adolescentes que já chumbaram e têm conhecimentos suficientes e os que nunca reprovaram e têm conhecimentos insuficientes.

Os resultados da ponderação com o número de reprovações revelam que os alunos que chumbaram apenas uma vez possuem mais conhecimentos suficientes (29,5%), do que aqueles que perderam o ano duas vezes (11,4%), ou dos que

chumbaram três vezes ou mais (3,1%). A avaliação dos conhecimentos insuficientes mostra que os alunos que nunca chumbaram têm o valor percentual mais elevado (30,7%) e os que apresentam níveis inferiores são os que perderam o ano lectivo três vezes ou mais (4,3%). As diferenças assinalam significância estatística ($\chi^2= 6,909$; $p=0,032$), consubstanciada pelos residuais ajustados que indiciam diferenças entre os adolescentes que chumbaram uma vez e têm conhecimentos suficientes e os que já tiveram duas reprovações e têm conhecimentos insuficientes.

A análise dos resultados do cruzamento das variáveis sentimentos face à escola e conhecimentos face à Sida mostra que, para o parâmetro conhecimentos suficientes são os alunos que gostam da escola os que denotam melhores conhecimentos (61,1%), ao contrário, os adolescentes que não gostam da escola são os que revelam piores conhecimentos com uma percentagem de 6,9%. Para o grupo dos conhecimentos insuficientes os alunos que gostam da escola apresentam um resultado de 62,9% e os que não gostam uma percentagem de 5,1%. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($\chi^2=1,455$; $p=0,483$).

Tabela 84 - Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida versus situação escolar

Conhecimentos Escola	Insuficiente		Suficiente		Total		Residuais		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%	Insuf	Suf		
	475	48,9	496	51.1	971	100				
S. de Tondela	146	30.7	208	41.9	354	36.5	-3,6	3,6	44,707	0,000
Emídio Navarro	218	45.9	236	47.6	454	46.8	-0,5	0,5		
Profis. Tondela	111	23.4	52	10.5	163	16.8	5,4	-5,4		
Ano Escolaridade										
10º ano	216	45.5	159	31.2	375	38.6	4,3	-4,3	22,312	0,000
11º ano	145	30.5	161	32.5	306	31.5	-0,6	0,6		
12º ano	114	24.0	176	35.5	290	29.9	-3,9	3,9		
Reprovações										
Não	243	51.2	314	63.3	557	57.4	2,7	-2,7	7,058	0,008
Sim	232	48.8	182	36.7	414	42.6	-2,7	2,7		
Nº Reprovações										
1 reprovação	127	30,7	122	29,5	249	60,1	-2,5	2,5	6,909	0,032
2 reprovações	87	21,0	47	11,4	134	32,4	2,5	-2,5		
≥3 reprovações	18	4,3	13	3,1	31	7,5	0,2	-0,2		
Sentimentos										
Gosta	299	62.9	303	61.1	602	62.0	0,6	-0,6	1,455	0,483
Indiferente	152	32.0	159	31.2	311	32.0	0,0	0,0		
Não gosta	24	5.1	34	6.9	58	6.0	-1,2	1,2		

Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida e aspecto físico percebido e auto-estima

Avaliámos a existência de alguma relação entre o aspecto físico percebido, a auto-estima e os conhecimentos dos adolescentes sobre Sida, os resultados obtidos mostram que dos 133 adolescentes que se percebem magros 14,5% têm conhecimentos suficientes e 12,8% conhecimentos insuficientes, no grupo que se reporta com o peso ideal (528), 52% revelam conhecimentos suficientes e 56,8% conhecimentos insuficientes, nos adolescentes que afirmam ter excesso de peso 33,5% mostram

conhecimentos suficientes e 30,3% conhecimentos insuficientes. Não se registam diferenças significativas nos resultados ($\chi^2=2,291$; $p=0,318$).

A avaliação da variável auto-estima conclui que os sujeitos que têm uma auto-estima elevada são os que apresentam uma percentagem mais elevada de conhecimentos suficientes (52,8%), sendo os que têm uma fraca auto-estima os que manifestam a maior percentagem de conhecimentos insuficientes (44,8%). Existe significância estatística nas diferenças encontradas ($\chi^2=15,095$; $p=0,001$). Os resultados obtidos nos resíduos ajustados consolidam as diferenças que, se localizam entre os adolescentes que têm auto-estima elevada e conhecimentos suficientes e os que têm fraca auto-estima e conhecimentos insuficientes.

Tabela 85 - Conhecimentos sobre Sida versus aspecto físico percebido

Conhecimentos Aspecto Físico	Insuficiente		Suficiente		Total		Residuais		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%	Insuf	Suf		
	475	48,9	496	51.1	971	100				
Magro	61	12.8	72	14.5	133	13.7	-0,8	0,8	2,291	0,318
Peso ideal	270	56.8	258	52.0	528	54.4	1,5	-1,5		
Excesso de peso	144	30.3	166	33.5	310	31.9	-1,1	1,1		
Auto-estima										
Fraca	213	44.8	164	33.1	377	38.8	3,8	-3,8	15,095	0,001
Moderada	64	13.5	70	14.1	134	13.8	-0,3	0,3		
Elevada	198	41.7	262	52.8	460	47.4	-3,5	3,5		

Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida versus Atitudes face à sexualidade

Os adolescentes dos nossos dias têm uma enorme facilidade no acesso à informação parece, no entanto, existir um desajustamento entre a informação que possuem e a adopção de atitudes positivas e promotoras de uma saúde sexual e reprodutiva de excelência (Nelas, 2010).

Esta premissa consubstancia a pertinência da última relação que estabelecemos cruzando as variáveis conhecimentos sobre Sida e atitudes face à sexualidade. Os resultados alcançados mostram que os alunos que possuem atitudes favoráveis apresentam os maiores índices de conhecimentos suficientes (48,4%) ao invés os alunos com atitudes desfavoráveis detêm as percentagens mais elevadas de conhecimentos insuficientes (55,6%). Os valores de ($\chi^2=52,647$; $p=0,000$) certificam a significância estatística validada pelos resíduos ajustados que revelam que as diferenças se situam entre os adolescentes que têm atitudes favoráveis e conhecimentos suficientes e os que possuem atitudes desfavoráveis e conhecimentos insuficientes.

Tabela 86 - Conhecimentos sobre Sida e Atitudes face à Sexualidade

Conhecimentos Atitudes	Insuficiente		Suficiente		Total		Residuais		X ²	P
	n	%	n	%	n	%	Insuf	Suf		
	475	48,9	496	51.1	971	100				
Desfavorável	264	55.6	164	33.1	428	44.1	7,1	-7,1	52,647	0,000
Indiferente	73	15.4	92	18.5	165	17.0	-1,3	1,3		
Favorável	138	29.1	240	48.4	378	38.9	-6,2	6,2		
Total	475	100	496	100	971	100				

2.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Na continuidade do tratamento estatístico e terminada a primeira fase do estudo que objectivou a caracterização da amostra, iremos proceder à análise das relações existentes entre algumas das variáveis independentes, em que se inserem a caracterização sociodemográfica, familiar, de contexto escolar, psicológica e atitudes face à sexualidade, com os conhecimentos dos adolescentes sobre Sida, procurando identificar relações que representem, ou não, relações de causalidade.

Ao longo deste ponto utilizaremos os testes que darão respostas às diferentes questões de investigação que se nos colocaram e que deram mote a este estudo.

A primeira questão engloba as variáveis independentes, relacionadas com os aspectos sociodemográficos (idade, sexo, zona de residência) e a nossa variável dependente, conhecimentos dos adolescentes sobre Sida.

Q₁ – Em que medida as variáveis sociodemográficas condicionam o nível de Conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino regular e profissional, do distrito de Viseu?

Sexo versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

Para aferir a influência do sexo dos inquiridos nos seus conhecimentos sobre Sida utilizámos o teste t de Student «com base na avaliação de diferença de médias (cf. Tabela 87). Os índices médios revelam que as adolescentes do sexo feminino detêm mais conhecimentos sobre Sida do que os seus pares do sexo masculino, as diferenças encontradas mostram significância estatística nesta diferença (t=5,25; p=0,000) e o teste de Levene mostra que as variâncias não são homogéneas.

Tabela 87 - Teste t de Student - Sexo versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

Sexo	\bar{x}	Dp	Levene (p)	t	p
Feminino	15,41	3,92	0,000	5,625	0,000
Masculino	13,63	5,75			

Idade versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

No contínuo da avaliação da força das variáveis sociodemográficas nos conhecimentos dos adolescentes sobre Sida procurámos determinar em que medida a idade influenciava esses conhecimentos. Os resultados da análise de variância a um factor (tabela 88), indicam que são os adolescentes com 17 anos os que apresentam níveis mais elevados de conhecimentos com valores médios de $(15,24 \pm 4,73)$, seguidos dos estudantes que se inscrevem no grupo de idades inferiores ou iguais a 16 anos $(14,40 \pm 4,97)$, os adolescentes que demonstram menos conhecimentos pertencem ao grupo com idades ≥ 18 anos. As diferenças obtidas apresentam significância estatística ($F=5,63$; $p=0,004$), estas localizam-se entre os estudantes com 17 anos e os de idade superior ou igual a 18 anos ($p=0,003$) mas a percentagem de variância explicada ou seja, a variabilidade da idade nos conhecimentos, que se situa em 1% é ínfima.

Tabela 88 - Análise de variância a um factor (Anova) entre a Idade e Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

Idade	\bar{x}	Dp	F	p	VE%
<= 16 anos	14,40	4,97	5,63	0,004	1,15
17 anos	15,24	4,73			
>= 18 anos	13,83	5,29			

Zona de Residência versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

O teste de t de Student, realizado para avaliar a relação entre a zona de residência e os conhecimentos que os inquiridos detêm sobre Sida, revelou resultados muito similares, com médias de $14,72 \pm 4,88$ para os adolescentes que vivem em meio urbano e médias de $14,40 \pm 5,07$ para os que habitam em meio rural. Os resultados de $t=0,923$ e $p=0,356$, confirmação de inexistência de significância estatística, corroboram a constatação objectivada pelas médias obtidas. O teste de Levene explicita uma variância homogénea.

Tabela 89 - Teste t de Student entre Conhecimentos sobre Sida e Zona de Residência

Residência	\bar{x}	Dp	Levene (p)	t	P
Urbana	14,72	4,88	0,511	0,923	0,356
Rural	14,40	5,07			

A segunda questão agrega as variáveis independentes que caracterizam o contexto familiar (situação familiar, habilitações literárias da mãe, habilitações literárias do pai, rendimento mensal do agregado familiar, Valor em Euros disponível aos

adolescentes para os gastos semanais) e a nossa variável dependente, conhecimentos dos adolescentes sobre Sida.

Q₂ – Qual a influência das variáveis de contexto familiar no nível de Conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?

Situação familiar versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

Procurando avaliar a relação da situação familiar com os conhecimentos dos adolescentes realizámos um teste de Kruskal-Wallis, a análise dos dados mostra que não há significância estatística nas diferenças encontradas ($\chi^2=1,274$; $p=0,529$). As ordenações médias revelam que são os adolescentes cujos progenitores são solteiros ou vivem em separação de facto, os que apresentam níveis de conhecimentos mais elevados (OM=508,73).

Tabela 90 - Teste Kruskal-Wallis - Situação familiar versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

Situação Familiar	Ordenações Médias	X ² (KW)	p
Casados ou União Facto	484,63	1,274	0,529
Solteiros ou Separação Facto	508,73		
Outros	454,29		

Habilitações literárias dos pais versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

Quando cruzámos as habilitações literárias dos pais com os conhecimentos dos adolescentes sobre Sida, na busca de alguma relação causa efeito, optámos pela realização do teste de Kruskal-Wallis.

No que se refere às habilitações literárias do pai (cf. Tabela 91) verificamos, pela observação das ordenações médias, que são os alunos cujos pais têm o ensino superior os que revelam níveis mais elevados de conhecimentos (OM=595,17), seguidos dos adolescentes cujos pais possuem o ensino secundário (OM=552,58). Os adolescentes com menores conhecimentos são oriundos de pais com habilitações mais baixas, pertencendo a ordenação média de valor mais baixo aos filhos de pais com habilitações até ao 1º ciclo (OM=389,53). Existe significância estatística ($\chi^2=48,574$; $p=0,000$) nas diferenças encontradas e estas localizam-se entre os adolescentes com pais que possuem habilitação literárias até ao primeiro ciclo, 2º e 3º ciclo, ensino secundário e ensino superior ($p=0,000$) e, ainda, os que possuem pais com os 2º e 3º ciclo e o ensino superior ($p=0,046$).

Tabela 91 - Kruskal-Wallis entre Habilitações literárias do pai e Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida

Habilitações literárias do Pai	Ordenações Médias	X ² (KW)	p
Até 1º ciclo	389,53	48,574	0,000
2º e 3º ciclo	493,60		
Secundário	552,58		
Superior	595,17		
Não sabe/Não respondeu	468,16		

Para as habilitações da mãe foi utilizado o mesmo teste (cf. Tabela 92), conferimos, pela observação das ordenações médias, que os conhecimentos mais elevados pertencem aos adolescentes cujas mães possuem o ensino superior (OM=604,02), seguidos daqueles que têm mães com o ensino secundário (OM=543,09). Os que possuem menores conhecimentos são os que não sabem/não responderam à questão (OM=359,69) e os filhos de mães com habilitações apenas até ao 1º ciclo (OM=411,38). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($\chi^2=50,628$; $p=0,000$) e os testes post hoc de Tukey indicam que estas se situam entre as mães que possuem habilitações até ao primeiro ciclo, ensino secundário e ensino superior ($p=0,000$) e, ainda nas que detêm o 2º e 3º ciclo e o ensino superior ($p=0,005$).

Tabela 92 - Kruskal-Wallis entre Habilitações literárias da mãe e Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

Habilitações literárias da Mãe	Ordenações Médias	X ² (KW)	p
Até 1º ciclo	411,38	50,628	0,000
2º e 3º ciclo	467,78		
Secundário	543,09		
Superior	604,02		
Não sabe/Não respondeu	359,69		

Valor em Euros disponível para os gastos semanais versus Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida

O teste de Kruskal Wallis, realizado para avaliar a influência do valor em Euros disponível para os gastos semanais nos conhecimentos dos adolescentes, revelou a inexistência de significância estatística ($\chi^2=0,092$; $p=0,955$). As ordenações médias observadas revelam grande similaridade nos valores (cf. Tabela 93).

Tabela 93 - Kruskal Wallis - Valor em Euros disponível para os gastos semanais versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

Gastos Semanais	Ordenações Médias	X ² (KW)	p
<= 10 Euros	486,04	0,092	0,955
>10>=25 Euros	488,57		
> 25 Euros	476,93		

Rendimento Mensal do Agregado Familiar versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

Com o objectivo de avaliar a relação entre as variáveis rendimento mensal do agregado familiar e conhecimentos sobre Sida realizámos um teste t de Student. A observação dos resultados indica que os indivíduos que vivem em agregados que auferem rendimento mensal médio alto e alto apresentam valores médios de $14,80 \pm 4,77$ e os adolescentes que residem em agregados com rendimentos mensais baixo e médio baixo médias de $14,12 \pm 5,29$. Existe significância estatística nas diferenças encontradas ($t = -2,05$; $p = 0,040$) e o teste de Levene indicia uma distribuição homogénea.

Tabela 94 - Teste t de Student - Rendimento Mensal do Agregado Familiar versus Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida

Rendimento Mensal	\bar{x}	Dp	Levene (p)	t	p
Baixo e Médio Baixo	14,12	5,29	0,061	-2,05	0,040
Médio Alto e Alto	14,80	4,77			

A terceira questão reúne as variáveis independentes de contexto escolar e a variável dependente conhecimentos dos adolescentes sobre Sida.

Q₃ – Que impacto têm as variáveis de contexto escolar no nível de Conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?

Escola que frequentam versus Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida

A escola é por inerência um veículo de transmissão de conhecimentos e, por diferentes e diversos motivos, um dos parceiros de vital importância na edificação da responsabilização das crianças e jovens na construção dos seus hábitos de vida saudável, deste modo procurámos avaliar qual a escola que apresentava um maior número de estudantes detentores de um nível suficiente de conhecimentos sobre Sida. O teste que elegemos foi o Kruskal Wallis e as ordenações médias obtidas revelam que são os estudantes da Escola Secundária de Tondela os que possuem um nível mais elevado de conhecimentos (OM=556,15), seguidos dos alunos da Escola Secundária Emídio de Navarro (OM=484,22). Os estudantes que têm um nível de conhecimentos insuficientes são os que frequentam a Escola Profissional de Tondela com valores médios de 338,63. A significância estatística é comprovada pelos valores de $\chi^2 = 67,609$ e $p = 0,000$, aferindo-se, pelo teste post hoc, que as diferenças se localizam entre os adolescentes que

frequentam a Escola Secundária de Tondela, a Escola Secundária de Emídio Navarro ($p=0.001$) e a Escola Profissional de Tondela ($p=0.000$) e, ainda, entre a Escola Profissional de Tondela e a Escola Secundária de Emídio Navarro ($p=0.000$)

Tabela 95 - Teste de Kruskal Wallis entre Escola que frequentam e Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida

Escola	Ordenações Médias	X ² (KW)	P
Secundaria de Tondela	556,15	67,609	0,000
Secundaria Emídio de Navarro	484,22		
Escola Profissional Tondela	338,63		

Ano de Escolaridade versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

A avaliação da relação das variáveis ano de escolaridade e conhecimentos sobre Sida foi realizada pela aplicação da Análise de Variância a um factor (Anova), cujos resultados nos permitem afirmar que são os adolescentes que frequentam o 12º ano os que revelam um nível de conhecimentos mais elevado com valores médios de $15,62 \pm 4,51$, seguidos dos jovens do 11º ano ($14,65 \pm 4,74$). Os alunos do 10º ano apresentam as médias mais baixas ($13,53 \pm 5,40$) sendo, por isso, os adolescentes que frequentam este ano lectivo tidos como aqueles que possuem menos conhecimentos sobre Sida. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($F=14,897$; $p=0,000$) e, de acordo com os testes post hoc, situam-se entre os do 10º, e os dos 11º e 12º anos com probabilidades respectivamente de ($p=0.009$) e ($p=0.000$).

Tabela 96 - Análise de variância a um factor (Anova) – Ano de Escolaridade versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

Ano de Escolaridade	\bar{x}	Dp	F	p	% VE
10º ano	13,53	5,40	14,897	0,000	2,985
11º ano	14,65	4,74			
12º ano	15,62	4,51			

Reprovações versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

Um teste de t de Student foi realizado para avaliar a relação das reprovações dos estudantes com o seu nível de conhecimentos sobre Sida, os resultados obtidos mostram que os alunos que nunca chumbaram possuem médias de conhecimentos mais elevados ($15,31 \pm 4,48$) quando comparados com os seus pares que já perderam algum ano lectivo ($13,42 \pm 5,46$). Há significância estatística nas diferenças encontradas ($t=5,75$; $p=0,000$).

Tabela 97 - Test t de Student - Reprovações versus Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida

Reprovações	\bar{x}	Dp	Levene (p)	t	p
Não	15,31	4,48	0,000	5,75	0,000
Sim	13,42	5,46			

Conhecimentos sobre Sida versus Número de Reprovações

Confirmadas as diferenças estatisticamente significativas entre as reprovações e os conhecimentos dos adolescentes sobre Sida entendemos pertinente perceber de que forma o número de reprovações influenciava esses conhecimentos para o que realizámos um teste de Kruskal Wallis. As ordenações médias que obtivemos revelam que os alunos que reprovaram apenas uma vez são os que apresentam maior índice de conhecimentos (OM=220,23) e os que chumbaram duas vezes os que revelam menos conhecimentos (OM=184,85). Encontramos significância estatística nas diferenças obtidas ($\chi^2=7,703$; $p=0,021$) registadas entre os estudantes que tiveram uma reprovação e os que reprovaram duas vezes ($p=0.016$).

Tabela 98 -: Kruskal Wallis entre Conhecimentos sobre Sida e o Número de Reprovações

Número de Reprovações	Ordenações Médias	χ^2 (KW)	p
1 reprovação	220,23	7,703	0,021
2 reprovações	184,85		
3 ou mais reprovações	203,13		

Conhecimentos sobre Sida versus Sentimentos Face à Escola

A última variável de contexto escolar que relacionámos com os conhecimentos dos adolescentes sobre Sida foram os seus sentimentos face à escola, o teste de Kruskal Wallis foi o escolhido para esta avaliação e concluímos, pelas suas ordenações médias, que são os alunos que não gostam da escola os que detêm um grau de conhecimentos mais elevados (OM=540,93), sendo os alunos que gostam da escola os que exibem os níveis de conhecimento mais baixos (OM=481,93). As diferenças encontradas não apresentam significância estatística ($\chi^2=2,390$; $p=0,303$).

Tabela 99 - Kruskal Wallis entre os Conhecimentos sobre Sida e os Sentimentos Face à Escola

Sentimentos	Ordenações Médias	χ^2 (KW)	p
Gosta	481,93	2,390	0,303
Indiferente	483,64		
Não gosta	540,93		

A quarta questão associa as variáveis independentes de índole psicológica (aspecto físico percebido, auto-estima, auto-conceito) com a variável dependente, conhecimentos dos adolescentes sobre Sida.

Q₄ – Que relação existe entre as variáveis psicológicas (aspecto físico percebido, auto-estima e auto-conceito) e o nível de conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário, do distrito de Viseu?

Aspecto Físico Percebido versus Conhecimentos sobre Sida

As ordenações médias obtidas pela realização do teste de Kruskal Wallis mostram que os alunos que se percebem magros possuem mais conhecimentos sobre Sida (OM=515,51), os que revelam menos conhecimentos são os que se percebem com o peso ideal (OM=467,98). As diferenças auferidas não revelam significância estatística ($\chi^2=4,964$; $p=0,084$).

Tabela 100 - Teste Kruskal Wallis – Aspecto Físico Percebido versus Conhecimentos sobre Sida

Aspecto Físico	Ordenações Médias	χ^2 (KW)	p
Percepção de magro	515,51	4,964	0,084
Peso ideal	467,98		
Percepção excesso peso	504,02		

Auto-estima versus Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida

Os adolescentes com elevada auto-estima e percepções positivas das suas capacidades encaram as tarefas com mais confiança e alta expectativa de sucesso assim, pretendemos avaliar a relação existente entre esta variável e os conhecimentos dos adolescentes sobre Sida, para o que realizámos um teste de Kruskal Wallis.

As ordenações médias obtidas concluem que os alunos que têm uma auto-estima elevada são os que revelam um índice mais elevado de conhecimentos sobre Sida (OM=528,22), sendo os que têm auto-estima baixa os que detêm menos conhecimentos (OM=429,22). Existe significância estatística nas diferenças conseguidas ($\chi^2=26,425$; $p=0,000$) registadas de acordo com o teste de post hoc entre os de baixa e elevada auto-estima ($p=0,000$).

Tabela 101 - Teste Kruskal Wallis - Auto-estima versus Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida.

Auto-estima	Ordenações Médias	χ^2 (KW)	p
Baixa	429,22	26,425	0,000
Moderada	500,82		
Elevada	528,22		

A quinta e última questão engloba a variável independente Atitudes face à Sexualidade e a variável dependente Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida.

Q₅ As Atitudes face à Sexualidade influenciam os conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?

Auto-estima, Auto-conceito e Atitudes face à Sexualidade versus Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida

A análise da auto-estima, auto-conceito e atitudes face à sexualidade com os conhecimentos dos adolescentes sobre Sida, foi realizado através de uma regressão múltipla. Pela observação da tabela 102, constatamos que as correlações entre os conhecimentos dos adolescentes sobre sida e as variáveis independentes são fracas, positivas e significativas. O maior valor correlação ($r= 0.384$) situa-se na variável atitudes face à sexualidade. Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que quanto melhor o auto-conceito, e auto-estima maiores os conhecimentos sobre Sida.

Tabela 102 - Correlação de Pearson entre os Conhecimentos dos adolescentes sobre Sida, e as variáveis Atitudes face à sexualidade, Auto-estima e Auto-conceito

Variáveis	R	p
Atitudes face à sexualidade	0,384	0,000
Auto-estima (Global)	0,219	0,000
Auto-estima positiva	0,196	0,000
Auto-estima negativa	0,176	0,000
Aceitação/rejeição social	0,152	0,000
Auto-eficácia	0,239	0,000
Maturidade psicológica	0,213	0,000
Impulsividade/actividade	0,264	0,000
Auto-conceito global	0,277	0,000

Os modelos gerados nesta regressão múltipla foram três.

As atitudes face à sexualidade foi a primeira variável a ingressar na regressão que, por si só, explica, no primeiro modelo, 14.7% da variação das atitudes face à sexualidade com um erro padrão de regressão de 4.633.

No segundo modelo de regressão, entrou a impulsividade/actividade e estas duas variáveis, no seu conjunto, passaram a explicar 17.8%, o erro estimado diminuiu para 4.547.

A última variável a integrar o modelo de regressão é a auto-eficácia que, por si só, explica apenas 2,0% da variabilidade dos conhecimentos sobre Sida sendo que o erro padrão se situa nos 4.540. O VIF indica-nos que não existe multicolaridade entre as variáveis pois os seus valores são inferiores a 5.

Os testes F são estatisticamente significativos, o que leva à rejeição de nulidade e os valores de t, que apresentam significância estatística, permitem afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm influência nos conhecimentos sobre Sida.

No que respeita aos coeficientes padronizados beta constatamos que o maior valor preditivo se situa nas atitudes face à sexualidade e o menor valor na auto-eficácia. A variação é em sentido directo o que nos permite afirmar que a mais conhecimentos sobre Sida correspondem melhor auto-conceito, melhor auto-eficácia e melhores atitudes face à sexualidade.

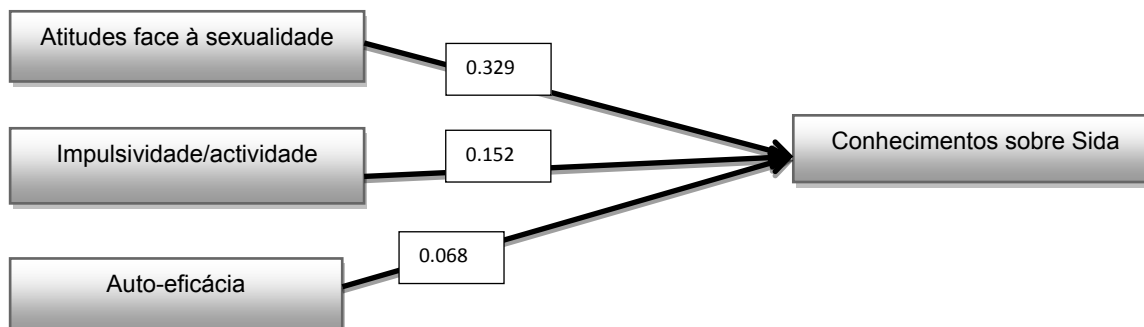
O modelo final ajustado para os conhecimentos sobre Sida é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Conhecimentos sobre Sida} = -9.992 + 0.246 \text{ de Atitudes face à Sexualidade} + 0.375 \text{ da Impulsividade/Actividade} + 0,100 \text{ da Auto-Eficácia}$$

Quadro 3 - Regressão múltipla entre auto-estima, auto-conceito, atitudes face á sexualidade e conhecimentos sobre Sida

Variável Dependente = Conhecimentos sobre Sida					
R = 0.428					
R ² = 0.183					
R ² Ajustado = 0.180					
Erro padrão da estimativa = 4,54037					
Incremento de R ² = 0.003					
F = 3,883					
p = 0.049					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Beta	t	p	colinearidade VIF
Constante	-9,992				
totafsa	0,246	0,329	10,823	0.000	1.096
fact4	0,375	0,152	4,425	0.000	1.391
fact2	0,100	0,068	1,971	0.049	1.425
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	Gl	Média quadrados	F	p
Regressão	4461,975	3	1487,325	72,148	0.000
Residual	19934,64	967	20,615		
Total	2439,61	970			

Em síntese o modelo final pode representar-se pela seguinte figura:



A síntese do modelo, de adolescente que integra nosso estudo e que demonstra uma percentagem mais elevada de conhecimentos sobre Sida evidencia um indivíduo do:

- Sexo feminino (p=0,000);
- Com 17 anos de idade (p=0,004);
- Residente em meio urbano (p=0,356);
- Filho de pais solteiros ou em separação de facto (p=0,529);
- Que têm como habilitações literárias o ensino superior (p=0,000)
- Num agregado com rendimento mensal médio/médio alto (p=0,040);

- Auferindo de um valor semanal para gastos pessoais $>10 \leq 25$ Euros ($p=0,955$);
- Estuda na Escola Secundária de Tondela ($p=0,000$)
- No 12º ano de escolaridade ($p=0,000$);
- Que nunca chumbou ($p=0,000$);
- Não gosta da escola ($p=0,000$).

De seguida, utilizaremos o procedimento de análise multivariada, árvores de decisão, através do algoritmo CHAID, que consiste na representação gráfica das alternativas disponíveis, com origem numa decisão inicial. A grande vantagem é a possibilidade de decomposição de um problema complexo em diversos sub-problemas mais simples. Estes vão sendo identificados, de forma recursiva, e voltam a ser decompostos noutros ainda mais simples. No caso particular do nosso estudo pretendemos decompor a variável inicial, atitude dos adolescentes face à sexualidade, para, através de uma sequência de decisões tomadas, obtermos as respostas mais prováveis acerca das variáveis determinantes, com base na classificação dos dados.

As variáveis independentes utilizadas para a construção da árvore de decisão 1, a seguir representada, foram: o sexo, residência, grupos etários, situação familiar, habilitações literárias do pai, o rendimento mensal da família, semanada, aproveitamento escolar, sentimento face à escola, percepção do aspecto físico, escola de pertença, ano de escolaridade, auto-conceito e auto-estima. Como **variável dependente** consideramos as atitudes face à sexualidade. Os resultados presentes na Árvore 1 mostram que existem 15 nós repartidos em caixas que contêm a informação do número e percentagem de fracas, médias e boas atitudes face à sexualidade. Estes nós estão repartidos por três níveis de profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas na explicação das atitudes face à sexualidade. Como variáveis explicativas permaneceram, o sexo, factor 1 do auto-conceito (aceitação/rejeição social) a auto-estima, o ano de escolaridade e a escola a que pertencem. Os nós 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, e 14, não têm ramificação pelo que se designam de nós terminais.

A primeira caixa que corresponde ao nó 0, ou de raiz, assinala a sombreado a categoria fraca (desfavorável) das **atitudes face à sexualidade**, mostrando que na amostra há uma probabilidade de ocorrerem atitudes desfavoráveis face à sexualidade em 44,1% pelo que as atitudes médias (indiferentes) e boas (favoráveis) são de 17,0% e 38,9% respectivamente o que no conjunto se traduz em 55,9%.

O primeiro nível de profundidade da árvore obtém-se através da variável sexo indicando ser esta a que melhor prediz as atitudes face à sexualidade, mantendo-se a amostra nas suas duas vertentes: feminino e masculino.

Neste nível, o método CHAID atribui 49,2% de responsabilidade do sexo feminino nas atitudes dos adolescentes face à sexualidade e para o sexo masculino 50,8%, sendo

que 52,0% das raparigas têm atitudes favoráveis e 57% dos rapazes atitudes desfavoráveis.

O segundo nível de profundidade mostra para o sexo feminino que o auto-conceito e as atitudes dos adolescentes face à sexualidade originam os nós 3 e 5. O nó 3 indica que se prevê que 49,7% dos adolescentes com fraco auto-conceito têm atitudes desfavoráveis. Para o nó 4, referente ao auto-conceito moderado e alto, 62% detêm atitudes favoráveis. Ainda, neste nível, verifica-se que, a variável que melhor prevê o auto-conceito é o ano de escolaridade, que origina os nós terminais 7 e 8 e para o auto-conceito moderado e elevado e os nós 9 e 10 para a auto-estima.

Para o sexo masculino, a variável que melhor prevê as atitudes face à sexualidade dá origem aos nós 5 e 6 referentes à auto-estima. O nó 5 indica-nos que 72% dos adolescentes com auto-estima baixa tem atitudes desfavoráveis em relação à sexualidade e, dos 32% que demonstram auto-estima elevada ou moderada, têm atitudes favoráveis face à sexualidade.

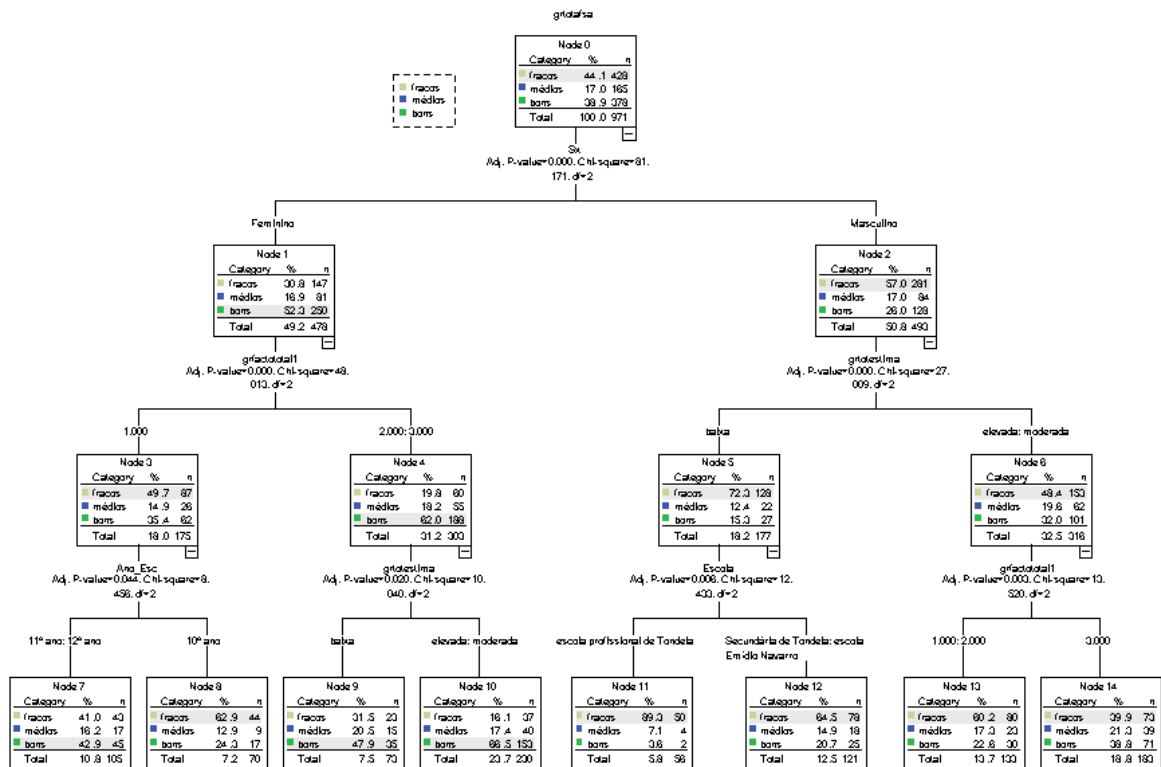
Para a variável auto-estima, constatamos a existência de 4 nós terminais; 11 e 12 referente à escola a que pertencem e que têm baixa auto-estima e 13 e 14 que se reportam ao auto-conceito relacionado com a elevada e moderada auto-estima.

Analisando os nós terminais, notamos pelo nó 7 que 42,9% dos estudantes do 10.º e 12.º ano têm atitudes favoráveis face à sexualidade, sendo o nó terminal 8 o que melhor representa as atitudes desfavoráveis face à sexualidade (62.9%).

Os nós terminais 9 e 10 indicam-nos que 47,9% dos adolescentes com baixa auto-estima e 86,5% dos adolescentes com elevada e moderada auto-estima têm atitudes favoráveis face à sexualidade., sendo que as atitudes desfavoráveis são de 1,5% e 16,5% respectivamente.

Os nós 11 e 12 representam as atitudes desfavoráveis com 89% e 64% respectivamente para os adolescentes que frequentam a Escola Profissional de Tondela, Escola Secundária de Tondela e Emídio Navarro. De igual modo encontramos atitudes desfavoráveis nos nós 13 e 14 para os adolescentes com baixo, moderado auto-conceito e elevado auto-conceito.

Figura 2 - Árvore 1 CHAID Atitudes dos adolescentes face á sexualidade



O mesmo método foi efectuado para analisar os conhecimentos dos adolescentes sobre sida que constitui a variável dependente. Como variáveis independentes para a construção da árvore de decisão 2, entraram todas as anteriormente enumeradas e ainda as atitudes face à sexualidade. Os resultados mostram que existem 14 nós que estão repartidos por quatro níveis de profundidade e que originaram como nós terminais os nós 3, 7, 8,9,10,11,12 e 13. O auto-conceito, a escola que frequentam as habilitações literárias da mãe, o sexo e o ano de escolaridade são variáveis explicativas dos conhecimentos sobre Sida.

O nó de raiz, assinala a sombreado os conhecimentos sobre Sida classificados como suficientes, mostrando que na amostra a probabilidade destes ocorrerem é de 51.1% sendo de 48.9% a probabilidade dos mesmos serem insuficientes

No primeiro nível de profundidade da árvore encontramos o autoconceito e o que melhor prediz os conhecimentos insuficientes sobre Sida são os adolescentes que manifestam um baixo auto-conceito com 61.3%. Os adolescentes com moderado e elevado auto-conceito no global têm a probabilidade 58.3% de manifestarem conhecimentos suficientes.

O terceiro nível de profundidade mostra que a escola que os adolescentes frequentam e as habilitações literárias da mãe têm influência nos seus conhecimentos sobre Sida. A escola, pelos dos adolescentes com baixo auto-conceito, origina o nó terminal 3 e o nó 4 que, por sua vez, se desdobra nos nós terminais 8 e 9 através das habilitações literárias da mãe no quarto nível de profundidade.

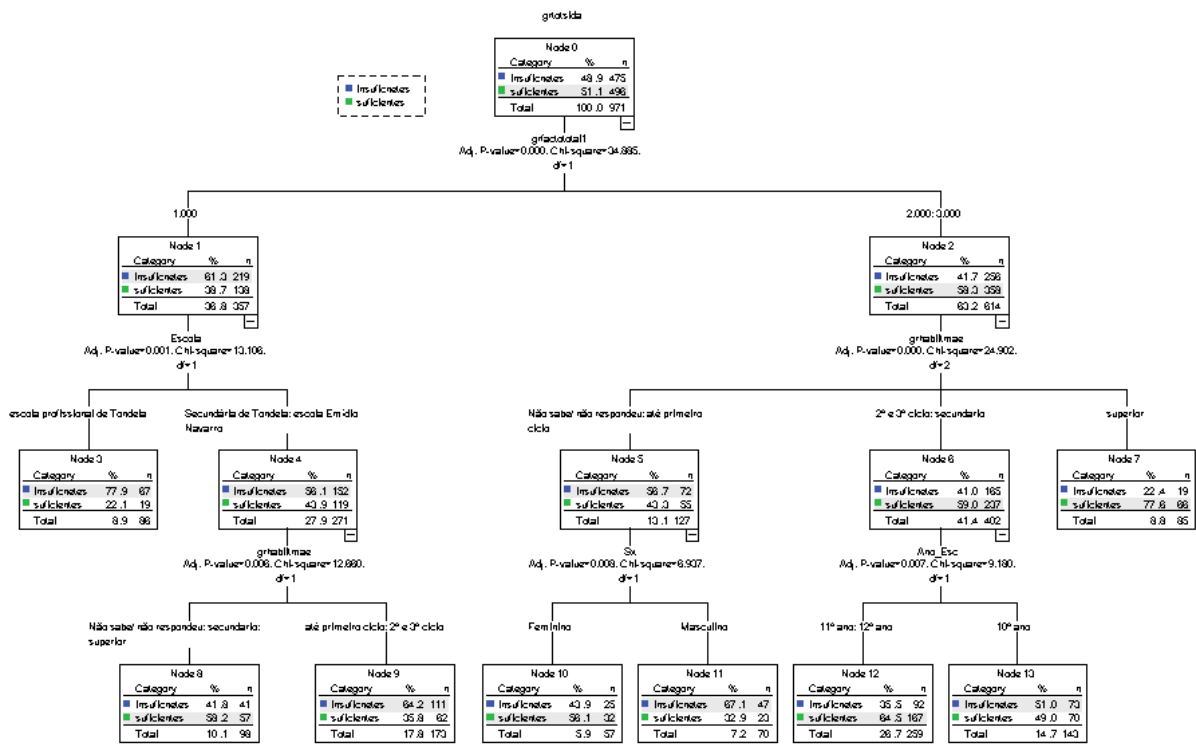
Ainda relativamente ao terceiro nível de profundidade vemos que para os que possuem moderado e elevado auto-conceito as habilitações literárias da mãe constituem-se como predictoras dos conhecimentos sobre Sida originando os nós 5, 6 e 7 sendo este último, como referimos, terminal. Por sua vez os nós 5 e 6 originam, através do sexo e do ano de escolaridade no quarto nível de profundidade, os nós terminais 10 e 11 e 12 e 13 respectivamente.

Analisando o nó terminal 3 notamos que a probabilidade dos adolescentes terem conhecimentos insuficientes sobre Sida é de 77,9% para os que frequentam a Escola Profissional de Tondela, enquanto o nó terminal 7 indica que a probabilidade dos adolescentes apresentarem conhecimentos suficientes sobre Sida é de 77,6% face às mães que possuem o ensino superior.

Pelo nó terminal 8 apuramos que o que melhor prediz os conhecimentos suficientes sobre Sida, através das habilitações literárias da mãe (não sabe/não respondeu ensino secundário ou superior), são os estudantes que frequentam a Escola Secundária de Tondela com 58.2%. Pelo nó terminal 9 notamos que os 64.2% da probabilidade dos adolescentes terem conhecimentos insuficientes se deve às mães que possuem como habilitações literárias até ao terceiro ciclo e cujos filhos frequentam a Escola Secundária de Tondela e Escola Emídio de Navarro.

Os nós terminais 10 e 12 são os que predizem os conhecimentos suficientes sobre Sida com 58,1% e 64,5%, através das adolescentes do sexo feminino e estudantes que frequentam o 11º e 12º anos de escolaridade, enquanto os nós terminais 11 e 13 são os que representam os conhecimentos sobre Sida insuficientes com 67,1% e 51,0% para os adolescentes do sexo masculino e com o 10º ano de escolaridade respectivamente.

Figura 3 - Árvore 2 CHAID Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sida



CAPITULO III

1 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O capítulo anterior, subordinado à apresentação e análise dos dados obtidos com a aplicação do instrumento de colheita de dados, será consolidado nesta nova alínea através da reflexão de investigação em que se evidenciarão os resultados mais relevantes, paralelamente confrontados com os dados auferidos por outros estudos desta área de investigação, nacionais e internacionais. Esta discussão terá como suporte o quadro conceptual em que se alicerça a investigação, os objectivos por nós delineados e as questões de investigação construídas com base nas inquietações que nos motivaram a realização do estudo.

A nossa discussão propõe-se salientar e identificar os conhecimentos que os adolescentes possuem sobre Sida, estabelecendo paralelismo com os determinantes das diversas variáveis em estudo.

A amostra que se predispôs a colaborar nesta investigação é composta por 971 estudantes do ensino secundário (público e cooperativo) que cursam o 10º, 11º e 12º ano de escolaridade. A distribuição por sexos é similar embora os sujeitos do sexo masculino detenham maior representatividade (50,80%), esta superioridade diverge, embora numa percentagem não significativa, dos valores apresentados pela Pordata (2012a, 2012b) que, em 2010, explicita uma percentagem superior (51,26%) para as estudantes do sexo feminino neste nível de ensino. Também Monteiro e Raposo, (2006); Almeida, Silva & Cunha, (2007) e Matos, Ramiro & Reis, (2013) fizeram os seus estudos sobre esta temática numa população com características semelhantes à nossa, o de Almeida, Silva & Cunha, (2007) decorreu igualmente no distrito de Viseu incluindo uma das escolas que integra a nossa amostra, a Escola Secundária Emídio de Navarro. Nos estudos de Monteiro e Raposo, (2006), Almeida, Silva & Cunha, (2007) a percentagem de adolescentes do sexo feminino é superior à do sexo masculino 58,33% e 58% respectivamente, aproximando-se dos dados nacionais e divergindo dos nossos achados. No estudo de Matos, Ramiro & Reis, (2013) tal como no nosso, a percentagem de rapazes (53,5%) é superior à das raparigas (46,5%).

A variável em estudo, ou seja, a nossa variável dependente, são os conhecimentos dos adolescentes sobre Sida, numa lógica de estrutura organizacional entendemos pertinente iniciar a discussão dos resultados referentes a esta variável reflectindo, posteriormente, as controvérsias conhecidas nas relações causais com os diferentes determinantes.

A Sida é uma doença social, de índole comportamental, o adolescente ao fundamentar os comportamentos de protecção no conhecimento científico, tornar-se-á proprietário de um *know-how* que lhe permite uma melhor percepção das situações de risco, empoderando-se, assim, para uma tomada de decisão mais responsável (Camargo, Barbará & Bertoldo, 2007a).

Alicerçados por esta premissa recorreremos à Escala de Conhecimentos sobre Sida de Zimet *et al.*, (1989) instrumento que corresponde às nossas expectativas pois avalia especificamente o conhecimento, científico, permitindo-nos mensurar **“Qual o nível de conhecimentos sobre VIH/Sida dos adolescentes, do ensino em secundário do distrito de Viseu?”**

Os resultados obtidos indicam que a maioria dos adolescentes possui conhecimentos suficientes (51,1%), contudo, uma percentagem importante (48,9%), manifestam conhecimentos insuficientes, o que traduz uma situação de risco e necessidade de intervenção nos sujeitos que pertencem a este grupo. Os resultados obtidos por outros estudos revelam percentagens superiores ao nosso, Camargo & Botelho, (2007b) afirmam que 86,7% dos participantes da sua investigação se consideram bem informados sobre HIV/Sida, para Brêtas *et al.*, (2009) o valor auferido na mensuração foi de 100%. A leitura dos valores relacionados com percepções auto reportadas tem que ser cuidadosa pois, a avaliação dos saberes não pode basear-se simplesmente no cálculo dos conhecimentos que o adolescente diz ter, é essencial avaliar a eficácia da sua implementação. Nader *et al.* (2009), concluíram no seu estudo que população adolescente estudada, tinha conhecimentos adequados sobre o HIV/Sida, mas Camargo & Ferrari (2009) cit. por Nader *et al.* (2009) detectaram baixos níveis de conhecimentos.

Muitos estudos concluem que os adolescentes possuem saberes diversificados mas incompletos, modestos, inconsistentes pouco específicos no plano cognitivo, retratando o perfil das informações contidas nas campanhas de prevenção veiculadas pelos média, sobre o VIH/Sida, não apresentando saberes profundos sobre as formas de transmissão (Torres, Davim & Almeida 1999; Matos *et al.*, 2003; Thiengo, Oliveira & Rodrigues 2005, Almeida, Silva & Cunha, 2007). Camargo, Barbará & Bertoldo (2007a) afirmam que não existe uma integração do conhecimento científico na cultura.

A análise descritiva, relativa à incidência dos conhecimentos dos adolescentes analisados por item, considerando as diferenças entre os sexos, revela que as adolescentes do sexo feminino apresentaram percentagens superiores nas respostas correctas (dezassete questões) quando comparadas com os seus pares do sexo masculino que apenas se suplantaram em quatro questões. As diferenças encontradas

traduzem significância estatística nos itens 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19 ($p=0,000$).

A epidemia do VIH/Sida está a diversificar-se e a tornar-se mais complexa, com novos padrões epidemiológicos (UNESCO, 2012). A diminuição acentuada do número anual de mortes, o aumento verificado no número de sujeitos portadores de infecção por VIH/Sida resultam de um conjunto de acções onde se incluem os programas de prevenção e ensino aliados ao poder, a maior eficácia e sobretudo a maior acessibilidade, aos medicamentos anti-retrovirais, aumentando acentuadamente a esperança média e a qualidade de vida dos indivíduos (Ministério da Saúde, 2012). A acção conjunta destas variáveis diminuiu o potencial de transmissão do vírus alterando positivamente o cenário que a implementação desta doença imprimiu à humanidade. Contudo, permanecem os grandes desafios, jovens entre os 15-24 anos representam 40% das infecções recentes, e muitos deles continuam sem acesso à informação, ao desenvolvimento de competências e a serviços de apoio fundamentais para a prevenção (UNAIDS, 2012).

No nosso estudo 61,1% dos inquiridos considera que “...**as pessoas morrem com a doença da Sida.**” no entanto, há ainda uma percentagem importante 38,9 % que não tem esta noção, este valor aliado aos 26,4% dos que pensam que “...**há uma cura para a Sida.**” deixa antever adolescentes vulneráveis corroborando (Kamal Mansinho, 2010 cit. in Jornal de Notícias) que afirma que é muito importante reforçar as medidas de prevenção na população mais jovem para quem a Sida já não é uma doença rapidamente mortal e, portanto, estarão muito mais complacentes, como é próprio da adolescência, quanto a comportamentos de risco. Esta realidade foi também confirmada por Almeida, Silva & Cunha, (2007) que concluíram no seu estudo que a maioria dos adolescentes (94%) identifica a sida como uma doença normal mas não a reconhecem como uma doença grave (70,1%) dos adolescentes que vivem em meio urbano e (62,0 %) que vivem em meio não urbano. Thiengo, Oliveira & Rodrigues (2005), num estudo realizado no Brasil e Ocran & Danso, (2009) num estudo realizado no Gana, concluem que os jovens adolescentes percebem a infecção por VIH/Sida como real, reconhecendo que é uma doença contagiosa, incurável e grave, porque responsável pela incapacidade e morte de milhões de pessoas jovens, em idade activa e produtiva, com reflexos negativos no progresso e desenvolvimento das comunidades. Camargo, Barbará & Bertoldo, (2007a) afirmam que a representação social da Sida para a população em geral é ainda composta por elementos como: doença, medo, sofrimento, preconceito e morte, para os adolescentes, grupo que para além das campanhas informativas teve acesso a uma educação sexual formal, a representação social difere já da década de 90 incluindo os elementos prevenção e responsabilidade.

A maioria da amostra revelou conhecimentos sobre as principais vias de transmissão do VIH/Sida: sexual (“...**a Sida pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com outro homem que tem Sida**” (70,3%) “...**uma mulher pode contrair Sida tendo relações sexuais com um homem que tem Sida.**” (84,8%)); vertical (79,1%) e parentérica. Esta via demonstra algum desconhecimento quando se referem as transfusões de sangue, pois encerra as questões que obtiveram as percentagens mais baixas de respostas certas “...**podes contrair Sida a doar sangue**” 38,2%, “**há uma elevada probabilidade de contrair Sida caso faça uma transfusão sanguínea.**”, com apenas 24,9%. Também Camargo & Botelho, (2007b) observaram que ainda há mais de 30% dos adolescentes escolares que pensam que “dar sangue” ou estar internado num hospital podem ser veículos de transmissão.

Camargo & Botelho, (2007b), Brêtas *et al.*, (2009) afirmam que maioria dos adolescentes dos seus estudos mostra conhecimentos adequados e consistentes sobre os principais modos de transmissão do VIH/Sida. Os jovens reconhecem como meios de transmissão do HIV a relação sexual sem o uso de preservativo (sexo oral, anal e vaginal); a transfusão de hemoderivados; a partilha de agulhas e seringas com sangue contaminado entre usuários de drogas injectáveis; de mãe para filho, durante a gravidez e parto (transmissão vertical); nenhum adolescente citou a via do leite materno de mães VIH positivo e o uso de objectos perfurantes e cortantes contaminados, transmissão ocupacional. Ocran & Danso, (2009) referem que no seu estudo os adolescentes identificam o uso de material perfurante e cortante contaminado como uma das vias de transmissão.

No âmbito dos contactos sociais 31,1% dos nossos respondentes ainda admite que “...**há uma elevada probabilidade de a Sida poder ser transmitida através da partilha de um copo de água de alguém que tem Sida.**”; 14,2% pensa que “...**pode contrair Sida pelo aperto de mão com alguém que tem Sida.**” e, 48,7% considera que “...**há uma grande probabilidade de contrair Sida num tampo de uma sanita.**” Também Brêtas *et al.*, (2009) referem que uma percentagem de (17% a 10%) ainda pensam que pode haver transmissão por superfícies contaminadas e uma percentagem mínima (1% a 2%) ainda refere o abraço como meio de transmissão.

Os estudos consultados estão todos de acordo com os dados apresentados concluindo que a grande maioria dos adolescentes, com resultados sempre superiores a 80% reconhecem as diferentes vias de transmissão do HIV, sexual, parentérica e vertical subsistindo no entanto concepções desacertadas onde se incluem como vias de transmissão o uso de casas de banho públicas e os contactos sociais (Dias *et al.* 2005; Ocran & Danso, 2009; Marinho, 2008; Nader *et al.* 2009, Araújo, 2012)

A relação sexual desprotegida foi a primeira causa provável de infecção pelo vírus HIV no ano de 2009 (Araújo *et al.*, 2012). A prevenção tem subjacente a prática de sexo seguro que subentende que não se verifique qualquer troca ou contacto com sémen, sangue, secreções vaginais ou anais, principais fontes de contaminação pelo VIH (Torres, Davim & Almeida, 1999). De acordo com estas premissas o preservativo é o método de excelência para a prevenção uma vez que viabiliza uma condição de barreira ao contacto.

O preservativo é um método contraceptivo de barreira e o único que, comprovadamente, reduz o risco de todas as Infecções Sexualmente Transmissíveis nas quais se inclui o VIH. É o método contraceptivo mais utilizado em todo o mundo, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como o método que, associado a um comportamento sexual responsável, tem um papel importante na prevenção do VIH/Sida.

No âmbito da nossa investigação 85,3% dos adolescentes considera que **“...o uso do preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair Sida.”** Nos estudos consultados os adolescentes referem, em grande maioria, como forma primeira de prevenção a utilização do preservativo com percentagens sempre superiores a 80% (Matos *et al.* 2003; Thiengo, Oliveira & Rodrigues, 2005; Matos *et al.* 2006; Camargo, Barbará & Bertoldo, 2007a; Camargo & Botelho, 2007b; Almeida, Silva & Cunha, 2007; Brêtas *et al.*, 2009; Oliveira *et al.*, 2009, Ocran & Danso, 2009; Santos *et al.* 2010; Giacomozzi & Camargo, 2011; Araújo, *et al.* 2012; Albuquerque *et al.* 2012; Matos *et al.*, 2013).

Não existe uma associação directa entre a atitude positiva relativamente ao uso do preservativo e o seu uso efectivo, muitos adolescentes não utilizam os conhecimentos que detêm nas suas práticas quotidianas pelo seu sentimento de invulnerabilidade, ou alegando uma relação estável, justificando que seu uso pode gerar desconfiança em relação à fidelidade do casal; o uso de um método contraceptivo; o desconforto atribuído ao seu uso, referindo que retira o prazer sexual, atitude mais frequente nos rapazes; pelo medo de serem abandonadas ou maltratadas pelos seus parceiros, atitude mais frequente nas raparigas; ou pelo abuso de álcool e outras drogas, os quais favorecem a prática do sexo inseguro. (Matos *et al.* 2006; Oliveira *et al.*, 2009, Santos *et al.* 2010). No estudo de Santos *et al.*, (2010) um adolescente declara que muitos jovens, não se reconhecem em situação de risco frente às Infecções Sexualmente Transmissíveis e, quando não fazem o uso do preservativo, não é por esquecimento mas por afastar da sua realidade a possibilidade de ter a doença. Os investigadores afirmam que os sujeitos que dispõem de informações adequadas apresentam atitudes mais positivas face ao uso do preservativo (Giacomozzi & Camargo, 2011; Araújo *et al.* 2012, Albuquerque *et al.* 2012).

A multiplicidade de parceiros é uma realidade no âmbito da sexualidade do adolescente (López Sánchez, 2010), o autor admite que na actualidade, embora os resultados dos estudos sejam diversos, 25 a 50% dos adolescentes tenham a primeira relação sexual em condições de risco, não fazendo uso de qualquer método de protecção, 68,9% dos nossos inquiridos admitem que “...fazer sexo com mais do que um parceiro pode aumentar a sua probabilidade de contrair Sida.” Vilar & Ferreira, (2008) observaram que apesar dos inquiridos afirmarem ter tido relações ocasionais (28.5%), dos quais 32% mais do que três vezes, 80% asseguram ter usado o preservativo (Vilar e Ferreira, 2008). No entanto é ainda preocupante a quantidade de jovens que não cumpre este importante preceito, dos jovens com 16-20 anos 24% admitem ter tido relações sexuais desprotegidas e sem conhecerem o percurso sexual do companheiro (Durex, 2004).

No cômputo geral as questões que obtiveram mais respostas correctas localizam-se, fundamentalmente no domínio dos comportamentos, de baixo ou alto risco e de protecção. As questões que apresentam uma percentagem maioritária de respostas incorrectas dizem respeito à transmissão do VIH sem clínica de Sida; à transmissão e infecção através da transfusão de sangue e, por último, a transmissão por via sexual com consumidores de drogas.

Avaliados os conhecimentos era determinante perceber: “**Em que medida as variáveis sociodemográficas condicionam o nível de conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?**”

Na avaliação do contexto sociodemográfico os inquiridos do nosso estudo têm idades que oscilam entre os 14 e os 21 anos, com um valor médio de 16,80 anos, sendo o grupo com maior expressão o dos estudantes com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos. Residem maioritariamente em meio rural (66,40%).

Os resultados revelam que as adolescentes do sexo feminino detêm mais conhecimentos sobre Sida (52,0%) do que os seus pares do sexo masculino (48,0%), ($t=5,25$; $p=0,000$). De igual forma, os resultados obtidos pela investigação de Matos, Ramiro & Reis (2013) indicam que as raparigas detêm mais conhecimentos (média=6,72 numa escala de 0 a 10, no conhecimento dos modos de transmissão do VIH/Sida) do que os seus congéneres do sexo masculino (média=5,79). Estes resultados podem ser explicativos da realidade nacional pois, de acordo com o (INRJ, 2012) na análise da distribuição de casos de VIH/Sida por género, em todos os estádios da infecção, se constata que a maioria se inscreve no sexo masculino (INRJ, 2012), corroborando, assim, a importância da educação e do conhecimento. Os resultados referentes à realidade mundial divergem do cenário nacional, pois os dados revelam que 2/3 das novas infecções registadas estão concentrados nas adolescentes do sexo feminino dos 15 aos

24 anos. (UNICEF, 2005; UNICEF, 2011). Esta diferença, ao invés de derrubar a nossa perspectiva do papel essencial do conhecimento na adopção de comportamentos adequados, vem consolidá-la uma vez que, as grandes contribuições dos dados mundiais vêm de regiões do globo onde a educação, por factores políticos, económicos e culturais, é escassa, desestruturada e quase sempre inacessível ao sexo feminino.

No contínuo da avaliação da força das variáveis sociodemográficas nos conhecimentos dos adolescentes sobre Sida inferimos que são os adolescentes com 17 anos os que apresentam níveis mais elevados de conhecimentos, seguidos dos estudantes que se inscrevem no grupo de idades inferiores ou iguais a 16 anos, os adolescentes que evidenciam menos conhecimentos pertencem ao grupo com idades ≥ 18 anos ($F=5,63$; $p=0,004$). Não encontramos estudos que avaliassem esta variável.

Na análise dos resultados referentes à zona de residência apuramos que esta variável não influencia os conhecimentos dos adolescentes sobre Sida ($t=0,923$ e $p=0,356$). De igual forma os resultados obtidos no estudo de Almeida, Silva & Cunha, (2007) inferem que os conhecimentos sobre as formas de transmissão da Sida são independentes do meio de inserção dos adolescentes, concluindo, no entanto, que são os adolescentes que vivem em meio não urbano os que detêm mais conhecimentos sobre Sida enquanto doença grave e ainda sobre os riscos de contágio.

A família é o espaço onde se forma na criança o sentido inicial de intimidade e valor próprio e se constroem os reforços parentais importantes durante a maioria dos estádios desenvolvimentistas (Bento, 2009). A qualidade do relacionamento familiar interfere na formação do adolescente (Saldanha, Oliveira & Azevedo, 2011).

Cientes da importância do contexto familiar no desenvolvimento integral do adolescente pretendemos aferir: **“Qual a influência das variáveis de contexto familiar no nível de conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?”**

Os adolescentes da nossa amostra coabitam maioritariamente com os pais (77,30%) que são casados ou vivem em união de facto (84,60%). No que concerne às habilitações literárias pai e mãe possuem, em maioria, o 2º/3º ciclo (45,30% e 44,50%,) respectivamente. A maioria dos respondentes classificou o rendimento médio do seu agregado familiar como médio/alto ou alto (56,70%), referindo que dispõe de um valor semanal médio igual ou inferior a 10 euros (69,00%) para os seus gastos pessoais (69,00%).

A observação dos resultados referentes à situação familiar dos pais não revela influência nos conhecimentos dos adolescentes ($\chi^2=1,274$; $p=0,529$), são os estudantes cujos pais são solteiros ou que vivem em união de facto os que revelam maior índice de conhecimentos. Na apreciação da influência das habilitações literárias dos pais

concluimos que os conhecimentos variam na razão directa das habilitações académicas ou seja, os níveis mais elevados de conhecimentos pertencem aos filhos dos indivíduos que possuem o ensino superior e o ensino secundário, os valores mais baixos de conhecimentos aos filhos dos sujeitos com o 2ª e 3º ciclo ($p=0,046$) e até ao 1º ciclo ($p=0,000$). Não encontramos nenhum estudo onde estas variáveis fossem avaliadas.

A pobreza e a marginalização social são evidentes determinantes da infecção por VIH e proporcionam contextos de vida que contrariam os comportamentos preventivos (Ministério da Saúde, 2012). Das infecções notificadas a nível mundial 97% provêm de países de baixa e média renda (UNAIDS, 2012) Esta evidência despoletou o interesse em avaliar a influência do rendimento mensal do agregado familiar nos conhecimentos dos adolescentes e, os resultados obtidos indicam que são os sujeitos que vivem em agregados com rendimento mensal baixo e médio baixo os que detêm índices mais baixos de conhecimentos ($p=0,040$). Os resultados obtidos vêm, de alguma forma corroborar a epígrafe do Ministério da Saúde, as diferenças estatísticas encontradas são significativas e revelam que os inquiridos do nosso estudo que vivem em agregados com rendimento mensal baixo e médio baixo têm maior vulnerabilidade por falta de subsídios educacionais que lhes permitam tomadas de decisão conscientes e esclarecidas.

O valor de que os adolescentes dispõem para os seus gastos semanais não indicia qualquer tipo de influência nos conhecimentos que os estes possuem sobre Sida ($p=0,955$). Na nossa pesquisa não encontramos nenhum autor que estudasse esta variável.

A escola ocupa um papel importante na vida afectiva da criança e do adolescente (Cunha, Sisto & Machado, (2006) cit. por Saldanha, Oliveira & Azevedo, (2011), tendo o sucesso escolar um peso significativo na sua auto-estima (Covington, 1984, 2001 cit. por Antunes *et al.*, 2006). o que pode ter implicações nas estratégias de formação/aprendizagem no decurso da escolaridade (Antunes *et al.*, 2006).

Em razão desta circunstância procuramos conhecer **“Que impacto têm as variáveis de contexto escolar no nível de conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?”**

Os adolescentes que constituem a nossa amostra frequentam, maioritariamente, a Escola Emídio de Navarro de Viseu (46,80%), com predominância no 10º ano de escolaridade (38,60%). A maioria nunca chumbou (57,40%), nem mudou de escola nos últimos dois anos (61,90%) e demonstram sentimentos positivos em relação à escola (62,00%).

A escola é por inerência um veículo de transmissão de conhecimentos e, por diferentes e diversos motivos, um dos parceiros de vital importância na edificação da responsabilização das crianças e jovens na construção dos seus hábitos de vida

saudável. Avaliada a influência das escolas que integram o estudo observamos que são os estudantes da Escola Secundária de Tondela os que possuem um nível mais elevado de conhecimentos e os estudantes Escola Profissional de Tondela aqueles que obviaam um índice mais baixo de conhecimentos ($p=0,000$). Não dispomos de dados comparativos que corroborem ou contraponham os nossos. Os resultados obtidos podem ir de encontro a algumas das características específicas de cada escola e até às missões que têm subjacentes. A Escola Secundária de Tondela propõe com destaque na sua missão promover a formação de cidadãos esclarecidos, responsáveis, autónomos e criativos e maximizar a cooperação entre os diversos intervenientes no processo educativo (Escola Secundária com 3.º Ciclo do Ensino Básico de Tondela s.d.). Para a *Escola Profissional de Tondela, que não descarta a formação integral dos alunos e a educação para a cidadania*, a missão principal alicerça-se na articulação dos conhecimentos adquiridos no ensino regular com o mundo do trabalho dando resposta aos interesses e necessidades de formação emergentes do tecido sócio - económico e cultural regional e local (*Escola Profissional de Tondela, 2010*). A Escola Secundária Emídio de Navarro tendo uma localização central no interior do tecido urbano engloba uma população estudantil proveniente, de meios medianamente urbanos e predominantemente rurais. Do ponto de vista socioeconómico, integra alunos de estratos diferenciados sendo, contudo, a maior parte proveniente de famílias com baixos recursos e pouca escolaridade (Escola Secundária Emídio de Navarro, s.d.), este aspecto pode validar os nossos resultados que mostram um índice inferior de conhecimentos em adolescentes que vivem em agregados com rendimento mensal baixo e médio baixo e filhos de pais com pouca escolaridade.

A avaliação do ano de escolaridade indica que são os adolescentes que frequentam o 12º ano os que revelam um nível de conhecimentos mais elevado e os do 10º ano os que apresentam valores mais baixos ($p=0,000$). O número de reprovações revela-se determinante no nível de conhecimentos sobre Sida, sendo os alunos que nunca chumbaram os que apresentam valores mais elevados de conhecimentos quando comparados com os seus pares que já perderam algum ano lectivo ($p=0,000$). Confirmadas as diferenças estatisticamente significativas entre as reprovações e os conhecimentos dos adolescentes sobre Sida entendemos pertinente perceber de que forma o número de reprovações influenciava esses conhecimentos e observámos significância estatística nas diferenças obtidas ($p=0,021$) registadas entre os estudantes que tiveram uma reprovação e os que reprovaram duas vezes ($p=0,016$). Paradoxalmente descortinamos que os alunos que não gostam da escola são os que possuem mais conhecimentos, sendo os que afirmam gostar da escola os que exibem conhecimentos mais baixos, embora as diferenças encontradas não apresentam significância estatística ($p=0,303$). Não encontramos estudos onde que pudéssemos

estabelecer termos de comparação com estas variáveis que entendemos da maior pertinência.

A escola é, após a família, um educador fundamental no processo de desenvolvimento e crescimento da criança considerada pela OMS e UNESCO o local privilegiado para fazer educação para a saúde. Este estatuto é-lhe conferido por diversas circunstâncias, todas as crianças de um país passam pelo sistema de ensino; as raízes do comportamento humano nos seus diferentes níveis situam-se na infância e na adolescência, período de educação escolar; a colaboração de profissionais pedagogicamente preparados para o ensino é um contributo valioso no processo de educação, que pretende ser construtivo e fomentador da autonomia (Precioso, 2004).

A forma mais profícua de promover a adopção/modificação de comportamentos será através de uma eficaz Educação para a Saúde, âmbito no qual se insere a Educação para a Sexualidade.

De acordo com tudo o que acima está exposto a escola constitui-se, então, como o espaço ideal seguro e facilitador na adopção de comportamentos saudáveis consciencializados encontrando-se por isso numa posição de excelência para promover a saúde da comunidade educativa e conseqüentemente de toda a comunidade envolvente, o que contribuirá para ganhos em saúde da população a médio e longo prazo.

A adolescência é a uma fase conturbada onde, a um só tempo, se verifica uma explosão de alterações hormonais, mudanças físicas e construção de uma nova identidade, esta realidade traduz-se numa enorme pressão psicológica. Cientes desta realidade pretendemos conhecer **“Que relação existe entre as variáveis psicológicas (aspecto físico percebido, auto-estima e auto-conceito) e o nível de conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário, do distrito de Viseu?”**

Auto-estima e auto-conceito são duas conjunturas que sofrem um processo evolutivo ao longo do ciclo vital, os estudos da trajectória da autoestima mostram que, na generalidade, ela é alta na infância para ambos os sexos, começando os seus níveis a diminuir no início da adolescência e ao longo desta, aumentado novamente a partir do início da idade adulta, voltando detriorar-se da idade média adulta até à velhice (Robins & Trzesniewski, 2005; Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling & Potter, 2002; Trzesniewski, Donnellan & Robins, 2003 cit. por Naranjo & González, 2012). As dimensões relevantes que influenciam o auto-conceito sofrem modificações com a idade tornando-se, em termos gerais, menos diferenciadas em idades precoces se comparadas com a adolescência, estágio em que esta influência se torna mais complexa e diversificada (Palacios, J.; Hidalgo, V.,2000 cit. por Freitas, 2009).

No âmbito da caracterização dos adolescentes da nossa amostra inferimos que

apresentam melhores índices de auto-estima os sujeitos do sexo masculino ($p=0,027$); com 17 anos de idade ($p=0,004$), que residem em meio urbano ($p=0,002$), vivendo em agregados com um rendimento médio mensal médio alto ou alto ($p=0,006$), auferindo de um valor médio para gastos semanais superior a 10 € e inferior ou igual a 25 € ($p=0,001$), frequenta o 12º ano ($p=0,000$) e percepcionando o seu peso como ideal ($p=0,000$).

Os autores corroboram alguns destes resultados, por exemplo, no que ao género se refere, em regra, o género feminino apresenta níveis médios relativamente mais baixos (Kling, Hyde, Showers, & Buswell, 1999 cit. por Antunes *et al.*, 2006), encontrando-se, frequentemente, um efeito de mediação da insatisfação com a imagem corporal e o peso (Griffiths, Beumont, Giannakopoulos, Russell, Schotte, Thornton, Touyz & Varano, 1999 cit. por Bento, 2009)

Iniciando a avaliação desta questão pelo aspecto físico percepcionado verificamos que são os alunos que se percepcionam magros os que possuem mais conhecimentos, sendo os que se percepcionam com o peso ideal os que revelam menos conhecimentos, as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,084$). Não encontramos nenhum autor que tivesse avaliado esta relação.

A auto-estima e o auto-conceito revelam-se determinantes no nível de conhecimentos que os adolescentes possuem sobre Sida, os alunos que possuem uma auto-estima elevada demonstram um índice mais elevado de conhecimentos, sendo os que têm auto-estima baixa os que detêm menos conhecimentos ($p=0,000$). Da mesma forma, os estudantes que possuem um auto-conceito elevado exibem um maior nível de conhecimentos sendo, no âmbito do auto-conceito os factores impulsividade/actividade ($r=0,264$, $p=0,000$) e auto-eficácia ($r=0,239$, $p=0,000$) os que apresentam maior valor preditivo. Vaz Serra (1988) cit. por Santos (2009, p. 6) refere que o auto-conceito tem uma forte influência na vida quotidiana, uma vez que se torna útil nas manifestações inadequadas do comportamento, o que permite predizer o comportamento humano e conhecer a ideia que um indivíduo tem de si mesmo. Homens com elevados índices de auto-estima relataram maior uso de preservativos; mulheres com baixos índices de auto-estima adoptavam comportamentos pouco protectivos, exigindo com menor frequência que os seus parceiros utilizassem preservativos constituindo maiores riscos para si e para seus parceiros (Neto & Santos, 2012). A desvalorização que o adolescente faz de si próprio conduz a um subaproveitamento das potencialidades individuais e, frequentemente, a menores expectativas por parte dos outros em relação ao indivíduo, o que conduz à atribuição de objectivos menos desafiantes (Faria, 2005 cit. por Saldanha, Oliveira & Azevedo, 2011). No âmbito do conhecimento e do processamento da informação, um auto-conceito académico elevado favorece o êxito e

uma melhor percepção de auto-eficácia, promovendo mais e melhores estratégias de aprendizagem, facilitadoras de um processamento profundo da informação (García Fernández *et al.*, 2010; Gargallo, Garfella, Sánchez Ros & Serra, 2009; Núñez *et al.*, 1998 cit. por Naranjo & González, 2012).

No espaço dos estilos de vida saudáveis e da promoção da saúde, as investigações concluem que os jovens com baixa auto-estima têm piores níveis de saúde física (William, Chan, Chung & Chui, 2010 cit. por Naranjo & González, 2012).

Entre as atitudes e comportamentos ligados à baixa auto-estima e auto-conceito estão os comportamentos de risco no âmbito da sexualidade, onde se destaca um menor cuidado das adolescentes na prática de relações sexuais sem protecção (Salazar *et al.*, 2004 cit. por, Naranjo & González, 2012). Para Robinson, (1990) e Robinson & Tayler, (1986) cit. por a Antunes *et al.*, (2006) a adopção de comportamentos de risco pode ser uma forma de manter a auto-estima, ancorando-a em comportamentos de contra-cultura, sobretudo quando o seu sucesso em áreas socialmente desejáveis e aceitáveis, como por exemplo na realização escolar, é mais baixo. Adolescentes com níveis elevados de auto-estima são menos susceptíveis à pressão dos pares (Zimmerman, Copeland, Shope & Dielman, 1997 cit. por Naranjo & González, 2012).

A sexualidade constitui-se, incontestavelmente, numa rede de condutas, atitudes, afectos e, particularmente, na modelagem sociocultural legitimadora desses mesmos comportamentos (Ramos *et al.* 2008). Planear iniciativas no campo da prevenção e da promoção da saúde sexual do adolescente, implica estimar e compreender as suas atitudes e os seus valores, alicerce necessário à elaboração de estratégias ajustadas que permitam subsídios efectivos no grupo alvo e que determinem intervenção nas directrizes e no desenho das políticas públicas no campo da educação, e nas iniciativas de protecção da saúde e promoção dos direitos desta população. Em conformidade com esta preposição é fundamental perceber se **“As Atitude Face à Sexualidade influenciarão os conhecimentos sobre Sida, dos adolescentes que frequentam o ensino secundário do distrito de Viseu?”**

Numa perspectiva global os adolescentes da nossa amostra que evidenciam níveis mais elevados de atitudes favoráveis são do sexo feminino ($p=0,000$), têm 17anos ($p=0,56$), vivem em meio rural ($p=0,046$), filhos de pais solteiros ou em separação de facto ($p=0,021$), em agregados que possuem um rendimento médio alto e alto ($p=0,055$) e que auferem de uma quantia $>10 \leq 25$ Euros para gastos semanais($p=0,940$). São adolescentes que estudam na escola no 11º ano , nunca chumbaram($p=0,000$) e nutrem pela escola sentimentos de indiferença ($p=0,020$). Percepçionam-se magros ($p=0,004$), têm uma auto-estima elevada ($p=0,000$) e um bom auto-conceito global ($p=0,000$).

Os resultados obtidos no tratamento dos dados reportados pelos adolescentes indicam que, a maioria dos adolescentes da nossa amostra evidencia atitudes desfavoráveis face à sexualidade (44,07%), esta panorâmica é realçada pelos 16,99% que manifestam atitudes indiferentes. Apenas 38,92% dos inquiridos apresentam atitudes favoráveis. Estes resultados contrariam os de Teixeira *et al.*, (2012) e de Nelas *et al.*, (2010) que concluem nos seus estudos que a maioria dos inquiridos demonstra atitudes favoráveis face à sexualidade (46,6%), (43,1%) respectivamente, seguidos dos respondentes que exibem atitudes desfavoráveis (40,4%), (36,9%) e, por último dos que evidenciam atitudes indiferentes (13,0%), (19,3%) face à sexualidade.

A análise individualizada por item vem corroborar estes achados, algumas das opções assumidas revelam sérias fragilidades, preditivas de comportamentos de risco com reflexo negativo na saúde física e psicológica dos adolescentes, muitas são até paradoxais.

Do global da amostra 85,0% dos respondentes assume que **só se sente bem se fizer tudo o que os amigos fazem**, esta atitude confirma a influência do grupo de pares, elemento de analogia essencial à construção da identidade do adolescente (Fonseca, 2005a). Durante a infância, as atitudes são moldadas pelos pais, primeira fonte de crenças e valores, à medida que a criança cresce esta influência dilui-se em favor de outros actores de entre os quais a escola e o grupo de pares, este último irá ter uma importância fulcral na adolescência (Neto, 1989).

Na continuidade do estudo deparamo-nos com dados que revelam a subsistência de uma postura onde "Socialmente e culturalmente, a mulher sofre uma repressão negativa e o homem uma repressão positiva." (Pereira *et al.*, 2007 p.18). São vários os itens em que podemos constatar esta postura. Por exemplo, uma percentagem surpreendente de inquiridos, 66,8%, assume que **as raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis**, o paradoxo é que pertence às raparigas a percentagem mais elevada de anuência 81,2%. Apenas 0,8% que em números absolutos se refere a quatro sujeitos, das inquiridas do sexo feminino contraria esta tendência, assumindo discordância com esta afirmação. Na comunidade adolescente, ainda subsiste a crença e a distinção entre as "boas" raparigas e as "más" raparigas, ou seja, ainda é valorizada a atitude passiva da adolescente (Sprinthall e Collins, 1994, Pereira *et al.*, 2007).

Quando inquiridos sobre o papel da mulher na sexualidade, 42,5% dos jovens afirma que **as mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens**, são as mulheres quem perfilha maioritariamente esta condição 50,3%. O ónus da atitude desfavorável aumenta para o sexo feminino sustentado pelos 43,5% das respondentes que assume uma atitude indiferente perante uma afirmação desta índole. Na continuidade desta postura 54,2% dos adolescentes refere que **para as raparigas a**

sexualidade não é tão importante como para os rapazes, sendo, novamente, as jovens do sexo feminino que o assumem maioritariamente 60,5%, percentagem, uma vez mais, agravada pelos 43,5% de raparigas que adoptam uma atitude indiferente.

A vulnerabilidade dos indivíduos desta etapa do ciclo vital é consubstanciada pela percentagem de sujeitos (79,0%) que declaram **não achar mal ter relações sexuais contra a sua vontade**. O absurdo é que a maioria da concordância (59,5%) pertence ao sexo feminino. Este resultado contraria os achados de Matos *et al.*, (2012) e Matos *et al.*, (2013) onde, uma percentagem elevada de adolescentes (68,5%), (85,2%), respectivamente, refere que tem autonomia suficiente para recusar relações sexuais se não for essa a sua vontade. No entanto, no estudo de 2012, 13,5% dos inquiridos afirmaram que tiveram relações sexuais apenas para que o parceiro não ficasse zangado e 9,8% porque têm um parceiro mais velho.

A percepção da importância da educação sexual obtém também resultados controversos pois, 84,5% dos inquiridos discorda da afirmação que assume que **a educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas**, 90,8% das raparigas corrobora a tendência global de discordância. De encontro à postura assumida anteriormente 87,7% dos jovens pensa que **só os rapazes deveriam ter educação sexual** e 71,3% admitem que **a educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente**, percentagem agravada pelos 20,4% que assumem uma atitude indiferente perante o enunciado.

A década de 60 foi palco de transformações sociais profundas que tiveram reflexo no âmbito da sexualidade humana, sendo responsáveis pelo modo como “a sexualidade e a relação com o corpo passaram a ser encaradas”, assistindo-se à transformação, “provavelmente das mais radicais deste século, no estatuto social das mulheres” (Torres, 1996 cit. por Marques, 2007). No entanto, como podemos constatar pelos resultados expostos, pese embora as conquistas conseguidas a *guerra* está longe de ser ganha. As questões da sexualidade são terrenos movediços, porque de índole fortemente cultural, em que as mudanças de fundo levam muito tempo a operar-se. (Sprinthall e Collins, 1994, Pereira *et al.*, 2007).

As atitudes face às relações sexuais na adolescência e no namoro expõem resultados surpreendentes e por vezes contraditórios. A evidência demonstra que ao longo de todo o século XX, a idade da primeira relação sexual foi diminuindo para homens e mulheres, embora para os primeiros de forma mais moderada e para as segundas de forma mais abrupta. Coincidem cada vez menos com o casamento e assinalam a autonomia, hoje em dia mais precoce, da sexualidade sem uma relação imediata com o matrimónio ou mesmo com a coabitação do casal (Bozon, 2004). As circunstâncias que a motivam variam substancialmente nas diferentes culturas e

sociedades e de acordo com as metamorfoses determinadas pelos tempos (Durex, 2012). Um estudo internacional com uma amostra significativa (350.000 pessoas de 41 países) aponta a idade média da primeira relação sexual os 17.7 anos (Durex, 2004). Nos estudos nacionais esta idade varia entre os 17 anos (Soares *et al.* 2012) os 16 anos (Monteiro & Raposo, 2005 cit. por Nelas, 2010), os 14 anos e mais (Matos *et al.*, 2012; Vilar e Ferreira 2008, Nelas, 2010) e os 13,65 anos (Teixeira *et al.*, 2012).

Contrariando a evidência 69,8% dos inquiridos da nossa amostra afirma que **só terá relações sexuais se tiver a certeza de que vai casar com o namorado/a**, sendo esta intenção superior nas raparigas 71,4%, apresentando uma percentagem também relevante nos rapazes 68,2%. Perpetuando esta postura, antagónica aos resultados auferidos por outros estudos, 87,1% dos adolescentes da nossa amostra afirmam que **as relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos**, destes 90,4% são raparigas e 83,9% são rapazes. Surpreendentemente 79,2% dos inquiridos discordam do enunciado que afirma que **as relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais**, postura oposta aos resultados plasmados nos diferentes estudos que indiciam um início precoce das relações sexuais e que, elas se verificam numa relação de namoro.

Inesperadamente e numa posição completamente oposta às opções assumidas nos itens anteriores, 82,7% dos adolescentes discordam do enunciado que afirma que **a mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento**, rejeitando a ideia de que **as relações sexuais antes do casamento são um pecado** (83,5%). Numa atitude de concordância 82,7% dos respondentes discordam que **antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas**. Estas posições são, no entanto, mais concordantes com a literatura que refere que as primeiras relações sexuais coincidem cada vez menos com o casamento, não têm uma relação imediata com o matrimónio ou mesmo com a coabitação do casal e possuem uma forte sincronização temporal que se concentra, tendencialmente, no fim da escola secundária (Bozon, 2004).

O adolescente edifica a sua sexualidade numa relação de intimidade que se caracteriza por uma descoberta e revelação pessoal mútua, alimentada pelo encantamento entre dois seres que se amam (Campos, 1990). Uma percentagem importante dos adolescentes inquiridos (83,8%) arroga que **é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenham uma boa relação**, assumindo que **a primeira relação sexual deve ser sempre com alguém que se ame** (76,3%). Estes resultados validam os estudos que afirmam que os adolescentes asseguram que os seus interesses em relação à sexualidade se centram na afectividade e na procura de um parceiro, do objecto sexual, na busca deste objecto os adolescentes consideram que se deve haver amor, carinho, intimidade, respeito, entusiasmo e paixão sincera entre os dois (Camargo & Botelho, 2007b; Kelly & Dias, 2010; Freitas & Dias, 2010).

A masturbação foi sujeita, ao longo dos tempos, a mitos que doutrinaram negativamente a sua prática, conotando-a como vergonhosa e prejudicial à saúde. Os resultados obtidos no nosso estudo revelam que 62,3% dos adolescentes perpetuam este paradigma afirmando que **a masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evitam praticá-la**, a avaliação por sexos confirma a tendência geral em percentagens que são muito similares para o sexo masculino (62,6%) e para o sexo feminino (61,9%). A confirmar esta postura 27,5% dos adolescentes da nossa amostra, quando avaliados nos seus conhecimentos sobre Sida, admitem que se “**...pode contrair Sida quando se masturba.**” A globalidade da amostra (57,7%) concorda que **a masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens**, novamente com similitude das posições para o feminino (58,1%) e para o masculino (57,4%). Este resultado deixa transparecer falta de informação e, eventualmente, a dificuldade que educadores e educandos têm em reflectir sobre a temática que envolve uma prática tão individualista e intimista. Marinho e Anastácio, (2012) numa pesquisa realizada sobre as preferências dos adolescentes no que se refere às temáticas a abordar na educação sexual concluíram que a masturbação foi um dos temas menos pontuados no entanto, na avaliação diferenciada por sexos, este era um dos temas de preferência dos indivíduos do sexo masculino.

Os jovens possuem uma informação que obtêm e utilizam de forma oculta, não legitimada pelos pais e pela escola. Uma percentagem importante da nossa (57,3%) assume que **seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os seus pais**, se verificarmos a atitude por sexos apuramos que são as adolescentes do sexo feminino as que revelam maior embaraço nesta interacção, 59,0% se equiparadas com os seus congéneres do sexo masculino, 55,4%. Esta atitude corrobora os resultados auferidos por outros autores que revelam que as fontes de informação a que mais recorrem são os amigos (Camargo & Botelho, 2007b; Vilar e Ferreira, 2008).

No entanto Vilar e Ferreira, (2008) obtiverem resultados que indicam que a mãe é um interlocutor privilegiado em 40% de todos os temas e o pai só sobre alguns temas gerais, cerca de 30% (aborto, Sida, violência). Camargo & Botelho, (2007b) concluíram no seu estudo que, quase metade dos adolescentes (45,5%) conversa sobre sexualidade com os próprios pais. Marinho & Anastácio, (2012) chegam a resultados idênticos ressaltando que a preferência por determinadas fontes de informação varia consoante o nível de ensino e com o género a que os adolescentes pertencem.

As diferenças nas atitudes face à sexualidade são claras entre o sexo feminino e o sexo masculino (Durex, 2010). A análise das atitudes face à sexualidade revela que as adolescentes do sexo feminino demonstram um índice mais elevado de atitudes favoráveis (66,1%) quando comparadas com os seus pares do sexo masculino (33,9%), é a estes últimos que pertencem as estimacões mais altas de atitudes desfavoráveis

(65,7%) e indiferentes (50,9%). Os resultados encontrados aproximam-se das investigações de Teixeira *et al.*, (2012) e de Nelas *et al.* (2010) que indicam que a maior parte das raparigas (55,8%), (46,9%), respectivamente, têm atitudes favoráveis face à sexualidade, enquanto a maioria dos rapazes (49,2%), (41,0%) apresenta atitudes desfavoráveis. A auto-percepção das transformações ocorridas na adolescência varia de acordo com o género, 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 que criam, nuns e noutros, atitudes e comportamentos diferentes (Pereira *et al.*, 2007).

A razão para esta diferença de resultados pode ser explicada pela diferença de oportunidades oferecidas aos diferentes sexos. O papel que se espera dos rapazes impede-os de expor as suas dúvidas e incertezas e de procurar a ajuda de uma conversa aberta em que podem enunciar todas as suas angústias. A própria literatura de índole eminentemente feminina aborda de forma mais profunda e estruturada as questões do sexo e das relações interpessoais. Tradicionalmente os programas de educação sexual também marcam esta diferença iniciando e concentrando-se mais nas transformações biológicas das raparigas evitando a abordagem **das questões que afectam directamente os rapazes**, como por exemplo sonhos molhados, ejaculação e masturbação. As raparigas têm mais à vontade para entre si debaterem as suas dificuldades e preocupações do que os rapazes (Durex, 2010).

No âmbito da idade observamos são os adolescentes mais velhos (17 anos $X=73,52\pm 6,40$) e (≥ 18 anos $x=73,13\pm 7,11$), aqueles que apresentam índices mais elevados de atitudes favoráveis, quando comparados com os seus congénere mais novos, grupo etário ≤ 16 anos ($x=72,97\pm 6,68$). As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p=0.56$) Embora num grupo etário com fronteiras um pouco diferentes das nossas, oscilando entre os 12 e os 18 anos e uma média de 14,7 anos, Teixeira *et al.*, (2012) concluem que os alunos mais velhos (14 anos) revelam atitudes mais favoráveis quando comparados com os mais novos (≤ 13 anos). Nelas *et al.* (2010) demonstram na sua investigação que os inquiridos mais velhos (idade superior a 16 anos) têm atitudes mais desfavoráveis face à sexualidade.

Se evolução cronológica for directamente proporcional a maturidade os nossos resultados vão de encontro à afirmação de Campos, (1990) que declara que a maturidade dos adolescentes mais velhos permite-lhes reconhecer melhor a sua responsabilidade e as implicações das suas atitudes face à sexualidade De acordo com Erikson, citado por (Campos, 1990) o indivíduo não conseguirá tomar uma decisão complexa, completamente estruturada e informada, antes do final da adolescência, altura

em que o seu processo de construção de identidade está completo, permitindo-lhe alcançar uma verdadeira intimidade.

O nosso estudo revela que são os adolescentes que vivem no meio rural os que detêm maior nível de atitudes positivas face à sexualidade quando comparados com os que habitam em meio urbano ($p=0,046$). Teixeira *et al.*, (2012) obtiveram resultados completamente antagónicos concluindo que os adolescentes residentes na cidade apresentam atitudes mais favoráveis face à sexualidade quando comparados com os pares que vivem na vila ou na aldeia ($p=0,000$).

A diferença de resultados advém da influência que o meio exerce no nosso processo de socialização. As atitudes não nascem connosco, resultam de diversas experiências vitais e como tal são influenciadas pelas pessoas significativas da nossa vida, pelo meio circundante e pelo modo como processamos a informação que nos é fornecida no processo de integração do indivíduo na sociedade (Neto, 1989). A sexualidade como uma experiência social que se insere num determinado sistema de significado, designado *Cultura Sexual*, englobará, em cada cultura analisadora ou componentes específicos que estruturarão o sentido atribuído à sexualidade (Parker, 1990 cit. in Ramos *et al.*, 2008).

O estudo das relações de causalidade entre a auto-estima, o auto-conceito e as atitudes dos adolescentes face à sexualidade indicam que as atitudes face à sexualidade mais favoráveis pertencem aos adolescentes que apresentam auto-estima elevada quando comparados com os que manifestam baixa auto-estima ($p=0,000$). No âmbito do auto-conceito o seu factor global é o que manifesta maior peso preditivo em relação às atitudes face à sexualidade. Do que resulta que quanto mais elevado o auto-conceito mais favoráveis as atitudes face à sexualidade.

Entre as atitudes e comportamentos ligados à baixa auto-estima e auto-conceito estão os comportamentos de risco no âmbito da sexualidade, onde se destaca um menor cuidado das adolescentes na prática de relações sexuais sem protecção (Salazar *et al.*, 2004 cit. por Naranjo & González, 2012).

As atitudes face à sexualidade exibem um importante factor preditivo nos conhecimentos face à Sida ($r=0.384$). Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que as atitudes mais favoráveis face à sexualidade correspondem maiores os conhecimentos sobre Sida.

No conjunto de formas de transmissão conhecidas para o VIH sabemos, através dos dados fornecidos pelas principais instituições nacionais e internacionais, que, na actualidade, a via sexual é um dos principais veículos de transmissão da infecção. Esta realidade exige uma mudança de comportamentos da população onde uma atitude positiva face à sexualidade, materializada por práticas de sexo seguro, é um imperativo.

A adesão dos adolescentes a práticas de saúde é relevante não só do ponto de vista do bem-estar físico e psicológico, mas também pelo efeito de modelagem que os seus comportamentos poderão ter nos outros jovens e, mais tarde, nos estilos de vida adoptados enquanto adultos. Muito do que o indivíduo é, pensa e faz foi aprendido ou sedimentado na segunda década da vida (Gaspar *et al.* 2006).

2 - CONCLUSÃO

Adolescência, sexualidade e Sida, entidades complexas e desafiadoras que se cruzam no percurso de uma existência pautada pela transformação, numa convulsão de mudanças biológicas, emocionais, afectivas, sociais, de pulsões e ambivalências onde se confrontam as fronteiras do normal e do proibido, existência onde o fim de cada dia não permite antever como será o seguinte. Sexualidade, essência humana edificada numa relação de intimidade que se caracteriza por um despertar, uma descoberta e uma revelação pessoal mútua, alimentada pelo encantamento entre dois seres, impregnada de convenções culturais que modelam as relações sociais e sexuais e que assume formas e significados distintos de acordo com a cultura na qual está inserida. Sida fenómeno social, de índole comportamental que marcou e modificou os percursos da humanidade, pautada pela complexidade que encerra e que advém da sua envolvência com a sexualidade, o afecto, o desejo, a necessidade de afirmação, além das normas, dos valores, do conhecimento e da informação.

É no âmbito desta contextualização que se edificou o estudo *Conhecimentos sobre Sida e Sexualidade dos Adolescentes*, realizado numa amostra de adolescentes do ensino secundário público e ensino cooperativo (10º, 11º e 12º anos) que frequentavam as Escola Secundária com 3º Ciclo de Tondela, a Escola Profissional de Tondela e a Escola Secundária Emídio de Navarro em Viseu, durante o ano lectivo de 2011/2012.

Os resultados obtidos evidenciam que os instrumentos de colheita de dados seleccionados dão resposta aos objectivos delineados para o estudo, mensurar os conhecimentos dos adolescentes face à Sida e as suas atitudes face à sexualidade.

Os estudos psicométricos realizados para avaliar a consistência das diferentes escalas revelaram, de uma forma global, bons índices de validade e fiabilidade pelo que a opção pela sua utilização se considera proficiente.

O total da amostra é de 971 estudantes, distribuídos pelos diferentes anos lectivos: 375 alunos no 10º ano, 306 alunos no 11º, 290 alunos no 12º ano, com idades compreendidas entre os 14 e os 21 anos, uma média de 16.80 anos, um desvio padrão de 1,38, predominantemente residentes em meio rural (66,40%), coabitando com os pais (77,30%); que são casados ou a viver em união de facto (84,60%); em agregados com rendimento mensal médio alto ou alto (56,70%).

A maioria dos adolescentes da nossa amostra evidencia atitudes desfavoráveis face à sexualidade (44,07%), esta panorâmica é agravada pelos 16,99% que manifestam atitudes indiferentes. Apenas 38,92% dos inquiridos apresentam atitudes favoráveis.

Numa perspectiva global os adolescentes da nossa amostra que evidenciam níveis mais elevados de atitudes favoráveis são do sexo feminino ($p=0,000$), têm 17anos ($p=0,56$), vivem em meio rural ($p=0,046$), filhos de pais solteiros ou em separação de facto ($p=0,021$), em agregados que possuem um rendimento médio alto e alto ($p=0,055$) e que auferem de uma quantia >10 e ≤ 25 Euros para gastos semanais ($p=0,940$). São adolescentes que estudam na escola Emídio de Navarro, no 11º ano, nunca chumbaram ($p=0,000$) e nutrem pela escola sentimentos de indiferença ($p=0,020$). Percepcionam-se magros ($p=0,004$), têm uma auto-estima elevada ($p=0,000$) e um bom auto-conceito global ($p=0,000$).

A maioria dos adolescentes da amostra em estudo possui conhecimentos suficientes (51,1%) sobre Sida, no entanto, uma percentagem importante (48,9%), manifestam conhecimentos insuficientes, o que traduz uma situação de risco e necessidade de intervenção nos sujeitos que pertencem a este grupo.

No cômputo geral as questões que obtiveram mais respostas correctas localizam-se, fundamentalmente no domínio dos comportamentos, de baixo ou alto risco e de protecção. As questões que apresentam uma percentagem maioritária de respostas incorrectas dizem respeito à transmissão do VIH sem clínica de Sida, à transmissão e infecção através da transfusão de sangue e, por último, a transmissão por via sexual com consumidores de drogas.

As variáveis sociodemográficas, na generalidade, condicionam os conhecimentos sobre Sida com resultados significativos para o sexo e para a idade. São as raparigas que possuem mais conhecimentos ($p=0,000$), bem como os adolescentes que têm 17 anos de idade ($p=0,004$).

O contexto familiar influencia o conhecimento dos adolescentes sobre Sida com especial significância para as habilitações literárias dos pais, os níveis mais elevados de conhecimentos pertencem aos filhos dos indivíduos que possuem o ensino superior e o ensino secundário ($p=0,000$); e que vivem em agregados com rendimento mensal alto e médio alto. ($p=0,040$).

As variáveis de contexto escolar têm impacto nos conhecimentos que os adolescentes possuem sobre Sida, são os estudantes da Escola Secundária de Tondela os que têm um nível mais elevado de conhecimentos e os da escola Profissional de Tondela os que demonstram menos conhecimentos ($p=0,000$). No âmbito do ano de escolaridade os alunos do 12º ano revelam um nível de conhecimentos superior e os do 10º ano os valores mais baixos ($p=0,000$). Paradoxalmente descortinamos que os alunos que não gostam da escola são os que possuem mais conhecimentos, sendo os que afirmam gostar da escola os que exibem conhecimentos mais baixos, embora as diferenças encontradas não apresentam significância estatística ($p=0,303$).

Foi confirmada a relação entre as variáveis de psicológicas e o grau de conhecimentos dos adolescentes sobre Sida, a auto-estima e o auto-conceito revelam-se determinantes, os alunos que possuem uma auto-estima elevada demonstram um índice mais elevado de conhecimentos sobre Sida, sendo os que têm auto-estima baixa os que detêm menos conhecimentos ($p=0,000$). Da mesma forma, os estudantes que possuem um auto-conceito elevado exibem um maior nível de conhecimentos sendo, no âmbito do auto-conceito, os factores impulsividade/actividade ($r=0,264$, $p=0,000$) e auto-eficácia ($r=0,239$, $p=0,000$) os que apresentam maior valor preditivo. Relativamente ao aspecto físico percebido verificamos que são os alunos que se percebem magros os que possuem mais conhecimentos, sendo os que se percebem com o peso ideal os que revelam menos conhecimentos, as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,084$).

As atitudes que os adolescentes manifestam face à sexualidade evidenciam influência nos conhecimentos que eles possuem sobre Sida, os resultados obviam que as atitudes favoráveis correspondem mais conhecimentos sobre Sida ($r=0,384$, $p=0,000$).

A Escala de Conhecimentos sobre Sida de Zimet et al., (1989), constituída por 22 itens e por nós validada, revela-se um instrumento unifactorial, com correlações entre cada item e o valor global que oscilam entre 0,367 e 0,690, com uma boa consistência interna, apresentando valores de alfa de Cronbach entre 0,865 e 0,867 e um alfa global de 0,875. O teste de split-half revelou para a primeira metade o valor de 0,817 e para a segunda metade 0,752.

No âmbito deste estudo foram realizadas três comunicações, uma das quais em forma de poster a saber: *Knowledge about HIV / AIDS: the influence of lifestyles and self-regulation in adolescents*, submetido ao *2013 International Congress on Clinical and Counselling Psychology (CPSYC)*; *The impact of self-concept and self-esteem in adolescents' knowledge about HIV/AIDS* submetido ao *International Conference on Education & Educational Psychology 2013 (ICEEPSY 2013)* e *Knowledge about HIV/AIDS Among High School Adolescents in the district of Viseu, Portugal. Atención Primaria*, 45 (Espec cong 1), 155. Available in www.elsevier.es/ap.

O estudo que realizámos procede da nossa responsabilidade profissional e de cidadania e pretende ser um contributo na batalha prioritária que é a prevenção, caminho de primazia para a erradicação da infecção. Subjacente aos ideais que nos nortearam o princípio “Conheça a sua epidemia, conheça a sua resposta” estratégia de eleição para uma prevenção eficiente. Apenas um correcto diagnóstico de situação, que nos permita identificar as verdadeiras causas, permitirá dar uma resposta plena às especificidades locais da epidemia. O princípio requer forte compromisso político com respostas baseadas em evidências e em informações estratégicas actualizadas sobre como e

porquê as pessoas continuam a ser vítimas da infecção VIH/Sida, incluindo a influência dos contextos sociais, políticos, económicos e jurídicos.

Pese embora as limitações inerentes a investigações desta natureza a realização deste estudo foi um momento gratificante que nos permitiu concretizar os objectivos delineados deixando mais um contributo para a compreensão desta problemática pelo que nos atrevemos, *off-record*, a delinear um último propósito o ensejo de que este ensaio seja o despertar de novos estudos, veículos promotores da implementação de acções que atendam às suas especificidades globais dos adolescentes, respondendo às necessidades colocadas pelas condições decorrentes das suas distintas situações de vida.

Implicações do estudo

Os adolescentes são um grupo de grande vulnerabilidade, decorrente da sua forma experimental e radical de estar na vida, associada a condutas de risco nas quais se incluem os comportamentos sexuais de risco. Esta realidade, decorrente das suas características, é, na actualidade, exacerbada pelas novas formas de viver os relacionamentos, os adolescentes são cada vez mais liberais nas suas atitudes, cedendo mais facilmente às relações de intimidade; um número importante condescende com mais facilidade às relações coitais que acontecem, para uma maioria significativa, antes dos 15-18 anos; existe uma tendência acentuada para a multiplicidade de parceiros; o tempo que decorre entre as primeiras relações de intimidade e o coito é curto, saltando-se muitas das etapas intermédias previstas pelos padrões até ora instituídos na nossa cultura ocidental; diluíram-se as diferenças nos comportamentos e atitudes entre os sexos, as raparigas são cada vez menos passivas e assumem o controlo da sua sexualidade, rompendo com a norma dos papéis que lhe eram consignados (López Sánchez, 2010, p.13)

Deste novo paradigma emergiu um novo problema de saúde pública na resolução do qual todos os actores sociais, nos quais se inscrevem os profissionais de saúde e os professores, têm responsabilidade assumida.

A cada ano um de entre 20 adolescentes contrai alguma Infecção sexualmente transmissível. De acordo com estimativas, mais de sete mil jovens são infectados pelo VIH, num total de 2,6 milhões, por ano, ou seja, mais da metade dos casos registados no mundo. Calcula-se que 10 milhões de adolescentes vivem hoje com o VIH. (Araújo *et al.*, 2012). Sabe-se que em presença de uma Infecção Sexualmente Transmissível a hipótese do indivíduo se infectar com o VIH, aumenta de três a cinco vezes (Thiengo, Oliveira & Rodrigues, 2005)

A adolescência é um tempo de oportunidades. Oportunidade para os próprios adolescentes, que vivenciam uma fase de construção de autonomia, identidade, aprendizagens e descobertas. Oportunidade para as famílias, que têm a possibilidade de se relacionar de uma maneira diferenciada com os seus filhos, baseada no diálogo franco e aberto, na troca de ideias e na crescente participação dos adolescentes nas decisões familiares, o que pode resultar num interessante processo de amadurecimento para todos. Oportunidade também para as políticas públicas, com a adopção de estratégias inovadoras, específicas e multisectoriais, capazes de olhar para os adolescentes como actores da sua própria história, e não como um reflexo da expectativa dos adultos (UNICEF, 2011).

O conhecimento científico só presta serviço à humanidade se viabilizar a permuta de saberes, que deverão ser adaptados ao entendimento dos diferentes tecidos sociais, introduzindo-o nas comunicações do quotidiano e tornando-o parte integrante da realidade da vida das pessoas, e fomentar a continuidade de pesquisa que permitam a continuidade do desenvolvimento.

Face ao exposto entendemos que, com base nos resultados por nós auferidos, se devem abrir novas janelas de oportunidade. Como implicações práticas e sugestões para o futuro pensamos que seria importante:

- A apresentação dos resultados e das inferências obtidos ao corpo docente e aos alunos das escolas onde decorreu esta investigação como objecto de reflexão e ponto de partida para ~~opções conjuntas de~~ estratégias conjuntas;
- A sugestão da criação, no âmbito escolar, de núcleos de alunos responsabilizados pela gestão do processo de “Educação de Pares” com a supervisão e orientação dos grupos profissionais responsáveis pela implementação da Educação Sexual;
- A promoção de espaços de debate com os adolescentes sobre a problemática da sexualidade, nas suas diferentes vertentes, com o objectivo de se criar o sentido de responsabilidade individual na construção de um percurso de estilos de vida saudáveis;
- A avaliação diagnóstica das reais necessidades e dos focos de interesse dos adolescentes no âmbito das temáticas a abordar antes da realização dos conteúdos programáticos no âmbito da Educação Sexual;
- A promoção de espaços de debate com os pais, encarregados de educação, com o objectivo de avaliar e orientar as suas dificuldades no âmbito desta temática;

- A realização de outras investigações que permitam dar continuidade às necessidades decorrentes dos resultados obtidos neste estudo.

Limitações do estudo

Neste trabalho encontrámos limites de natureza conceptual, ética, metodológica e pessoal que interagiram de forma integrada e indissociável, pelo que, a sua divisão nestas categorias cumpre apenas a finalidade de facilitar a exposição.

Do ponto de vista conceptual a abrangência da temática que desenvolvemos, associada à sua elevada complexidade teórica, foi um limite relevante, presente em todos os momentos da investigação, que se traduziu num trabalho extenso, variável que tentámos mas não conseguimos modificar, quer pela necessidade de fundamentação dos diferentes conteúdos quer pela discussão dos resultados obtidos da qual provieram inferências, a nosso ver, valiosas.

Os limites éticos impuseram-se principalmente no trabalho de campo, dada a necessidade de contactarmos com um número significativo de pessoas, que partilharam connosco as suas percepções e alguns dados pessoais da vida privada. Foi garantida a confidencialidade dos dados, o consentimento dos pais para os menores, a aprovação e a voluntariedade da participação dos adolescentes e a autorização prévia do estabelecimento de ensino para a colheita de dados. Estes procedimentos éticos determinaram morosidade do processo, nomeadamente no referente à submissão do instrumento de colheita de dados à DGIDC, que teve por objectivo garantir os preceitos legais da sua aplicação, foi um processo que decorreu de forma lenta e burocratizada, condicionando os tempos definidos e impostos para o desenvolvimento da investigação. Os procedimentos adoptados para a recolha de dados respeitaram os tempos e as dinâmicas inferidas e previstas pelo funcionamento escolar.

A estratégia metodológica utilizada teve em consideração o tipo de estudo que realizámos e os objectivos que lhe estavam subjacentes pelo que pretendíamos seleccionar uma amostra suficientemente ampla que traduzisse resultados fiáveis, deste modo foram eleitos instrumentos de auto-resposta que, são os mais adequados para se estudar um grande número de participantes num curto espaço de tempo Samperi, Collado & Lúcio, (2003) e a opção ideal para dar cumprimento aos prazos académicos e à gestão de recursos humanos. Esta opção determina limitações uma vez que os dados são auto-reportados e dependem da honestidade do respondente, limitação avivada quando se trabalha com adolescentes e na avaliação de temáticas que envolvem comportamentos de risco, sendo a tendência responder de acordo com o expectável e as condutas mais desejáveis (efeito Hawthorne).

Estando o estudo inserido no projecto "Desenvolvimento de Competências de Auto-regulação em Comportamentos de Risco na Adolescência" e, numa lógica de gestão de espaço, recursos e tempo, resultou um instrumento de colheita de dados que entendemos se revelou extenso para o tempo de preenchimento (média de 45 minutos) e para uma população com as características da nossa, este facto pode ter condicionado as respostas dos estudantes.

Globalmente, um dos principais limites deste estudo está intrinsecamente associado à sua natureza quantitativa. A avaliação de fenómenos comportamentais é complexa pois um determinado estímulo poderá dar origem a diferentes respostas de acordo com os sujeitos. Tivemos presente, desde o início da investigação, acautelar os enviesamentos nos resultados obtidos, controlando as variáveis ditas "concorrentes" ou "parasitas", admitimos, no entanto que tal nem sempre foi conseguido, uma vez que dificilmente se dispõem, em meio escolar, das condições que permitam a recolha dos dados em completa paridade. Partilhamos desta forma a dificuldade no controlo absoluto dos dados.

Por fim as limitações pessoais que decorrem das características e dos contextos do investigador, a ressaltar algumas dificuldades na gestão da imensidão de conteúdos a abordar bem como na gerência de tempos e oportunidades.

Face ao exposto, estas limitações fazem-nos considerar os resultados obtidos como preliminares, carecendo de confirmação em outros estudos da mesma índole e com amostras mais alargadas.

Apesar das limitações expostas consideramos que o estudo nos permitiu adquirir um conhecimento relevante no campo de acção da sexualidade dos adolescentes, nomeadamente na vertente dos conhecimentos de que dispõe sobre o VIH/Sida e das atitudes reportadas no âmbito da sexualidade. Os resultados obtidos poderão, pela sua relevância ser um subsídio valioso na edificação de programas de promoção de estilos de vida saudáveis e, conseqüentemente na prevenção primária contribuindo desta forma para um nível mais elevado da saúde dos adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, J. G., Pinheiro, P. N. C., Lopes, M. V. O., & Machado, M. F. A. S. (2012). Conhecimento deficiente acerca do HIV/AIDS em estudantes adolescentes: Identificação de diagnóstico de enfermagem da NANDA. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14 (1), 104-11. Acedido 15 de Janeiro de 2013 em <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a12.htm>
- Alferes, V. R. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais: Para uma psicologia social da saúde*. Porto: Edições Afrontamento.
- Almeida, A. D. L., Silva, C. F., & Cunha, G. S. (2007). Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre sida dos adolescentes portugueses do meio urbano e não urbano. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 41(2), 180-186.
- Antunes, C. Sousa, M. C. Carvalho, A. Costa, M. Raimundo, F. Lemos, E. Cardoso, A. Andrade A. (2006). Auto-estima e comportamentos de saúde e de risco no adolescente: Efeitos diferenciais em alunos do 7º Ao 10º Ano. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(1), 117-123.
- Araújo, T. M. E., Monteiro, C. F. S., Mesquita, G. V., Alves, E. L. M., Carvalho, K. M., & Monteiro, R. M. (2012). Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes. *Revista de Enfermagem UERJ*, 20 (2), 242-247. Acedido em 11 de Janeiro de 2013 em <http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a17.pdf>
- Arreigoso, V. L. (2012). Vírus da sida já matou 42 pessoas este ano em Portugal. *Expresso. Quinta-feira*, 29 de Novembro de 2012. Acedido em 10 de Janeiro de 2013 em <http://expresso.sapo.pt/virus-da-sida-ja-matou-42-pessoas-este-ano-em-portugal=f770293#ixzz2S8nZzZFS>
- Bandeira, C. M. (2009). *Bullying: Auto-estima e diferenças de género*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Instituto de Psicologia.
- Bandeira, C. M., & Hutz, C. S. (2010). As implicações do *bullying* na auto-estima de adolescentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14 (1), 131-138.
- Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *International Association for Applied Psychology*, 54 (2), 245-254.
- Bento, T. F. V. (2009). *Auto-estima e percepção das práticas parentais na fase final da adolescência*. Mestrado Integrado em Psicologia; Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica.

- Beretta, M. I. R., Denari, F. E., & Pdrazanni J. C. (1995, Julho). Estudos sobre a incidência de partos na adolescência em um Município do Estado de São Paulo. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 3 (2), 181-191.
- Bezerra, A., & Macário, (2011). *Educação sexual na escola*. Manual para professores e educadores. Lisboa: Educação Nacional.
- Bozon, M. (2004). *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGU.
- Brás, M. A. M. (2008). *A sexualidade do adolescente: A perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. Dissertação de Doutorado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Universidade do Porto.
- Brasil, Ministério da Educação (2012). *Saúde*. Acedido em 10 de Fevereiro de 2013 em portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 56 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Acedido 19 de Outubro de 2012 em [dtr2001.saude](http://dtr2001.saude.gov.br)
- Brasil, Ministério da Saúde (2010a). *Adolescentes e jovens para a educação entre pares. Saúde e prevenção nas escolas sexualidades e saúde reprodutiva*. Série Manuais nº69 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Educação: Secretaria de Educação Básica. Acedido 15 de Setembro de 2012 em bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sexualidade_saude_reprodutiva.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde (2010b). *Adolescentes e jovens para a educação entre pares. Saúde e prevenção nas escolas. Adolescências, juventudes e participação*. Série Manuais nº 69 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da educação, Secretaria de Educação Básica. Ministério da Saúde. Acedido 9 de Dezembro de 2012 em bvsms.saude.gov.br/bvs/.../adolescencias_juventudes_participacao
- Brêtas, J. R. S., Ohara, C. V. S., Jardim, D. P., & Muroya, R. L. (2009). Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(3), 551-557. Acedido em 30 de Novembro de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a08v43n3.pdf>
- Brown, C., & McConnell, A., (2009). Effort or escape: Self-concept structure determines self-regulatory behavior. *Self and Identity*, 8, 365-377.

- Camargo, B. V., Barbará, A., & Bertoldo, R. B. (2007a). Concepção pragmática e científica dos adolescentes sobre a AIDS. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 277-284.
- Camargo, B. V., Botelho, L. J. (2007b). AIDS, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra HIV. *Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health*, V.41, 61-68.
- Campos, B. (1990). *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Vol I,II. Lisboa. Universidade Aberta.
- Campos, L., Krüger, L. G (2011). *A atividade física e a autoestima em adolescentes*. XVI Seminário Interinstitucional de Ensino Pesquisa e Extensão. 04, 05,06 de Outubro de 2011.
- Carey, K. B., Neal, D. J., & Collins, S. E. (2004). A psychometric analysis of the self-regulation questionnaire. *Addict. Behav.*, 29(2), 253-60.
- Castillo, J. A. G., & Dias, P. C. (2009). Auto-regulação, resiliência e consumo de substâncias na adolescência: Contributos da adaptação do questionário reduzido de auto-regulação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 205-216.
- Castillo, J. G., & Dias, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 7(2), 309-332.
- Castro, M. S. N. (2007). *Processos de auto-regulação da aprendizagem: Impacto de variáveis académicas e sociais*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Circular Normativa n.º 37/DSR 2012 (2012, Agosto 13). *Compromisso com os princípios enunciados nos objectivos para o desenvolvimento do Milénio relativos à saúde materno-infantil* [Portugal]. Direcção Geral da Saúde. Acedido em 3 de Janeiro de 2013 em www.acss.min.saude.pt/
- Crespin, P. (2004). *Autopercepções e bem-estar psicológico em grupos especiais. Estudo comparativo realizado em indivíduos do sexo masculino, com deficiência visual, praticantes e não praticantes de exercício físico*. Dissertação para Licenciatura. Faculdade Ciências do Desporto e Educação Física Universidade de Coimbra.
- Crocker, J., Brook, A. T., Niiya, Y., & Villacorta, M. (2006). The pursuit of self-esteem: Contingencies of self-worth and self-regulation. *Journal of Personality*, 74(6), 1749-1771.
- Cruz, M. G. P. (2009). *O impacto do desemprego nos níveis da depressão, auto-estima e desânimo aprendido estudo comparativo numa amostra de empregados e desempregados*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa.
- Decisão n.º 1786/2002/CE. (2002, Outubro 9). Aprova um programa de Acção Comunitária no domínio da saúde pública (2003-2008)|| [Portugal].
- Decreto Regulamentar n.º 17/2004. (2004, Abril 28). *As actividades desenvolvidas pela*

Comissão de Coordenação e Promoção e Educação para a Saúde passaram a pertencer à Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular [Portugal].

- Decreto-Lei n.º 115-A/98. (1998, Maio 4). *Aprova o regime de autonomia, administração dos estabelecimentos públicos da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário [Portugal].*
- Decreto-Lei n.º 300. (1997) *Que vem criar a carreira de psicólogo dos serviços de psicologia e orientação no âmbito do Ministério da Educação [Portugal].*
- Decreto-Lei n.º 6/2001. (2001, Janeiro 18). *Organização e Gestão Curricula [Portugal]*
- Denise, T. D. R., & Wit, J. B. F. (2006). Self-regulation in health behavior: Concepts, theories, and central issues. In Denise, T. D. R., & Wit, J. B. F. (Eds.), *Self-Regulation in Health Behavior* (pp. 1 – 23). England: John Wiley & Sons.
- Despacho Conjunto n.º 271/98. (1998, Março 15). *Sobre a Reorganização do Centro de Apoio Nacional (CAN) à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS) [Portugal].*
- Despacho conjunto n.º 734/2000. *Alargamento da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS) [Portugal].*
- Despacho n.º 12 702/2003. (2003, Julho 2). *Delega na Secretaria de Estado da Educação a competência para decidir todos os assuntos relativos à Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde [Portugal].*
- Despacho n.º 12 782/98.(1998, Julho 24). *Determina o funcionamento de consultas de Planeamento Familiar em todos os hospitais que possuam serviços de ginecologia/obstetrícia [Portugal].*
- Despacho n.º 15 587/99. (1999, Agosto 12). *Criação da Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (CCPES) [Portugal].*
- Despacho n.º 172/ME/93. (1993, Agosto 13). *Criação do Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES) [Portugal].*
- Despacho n.º 19 737/2005. (2005, Junho 13). *Cria o Grupo de Trabalho independente para a Área da Educação Sexual [Portugal].*
- Despacho n.º 25 995/2005. (2005, Dezembro 16). *Aprova o modelo para a promoção da saúde [Portugal].*
- Despacho n.º 5944/2003. (2003, de Março 26). *Cessação de funções de coordenação da CCPES da Doutora Isabel Loureiro. [Portugal].*
- Despacho n.º 9/ME/86. *Determina que qualquer acção a realizar nas escolas no âmbito da educação sexual carece de prévia articulação entre os Conselhos Directivos, Associação de Pais e Inspeccção-geral de Ensino [Portugal].*
- Despacho n.º 15846/2004. (2004, Agosto 5). *Criação da Comissão de Acompanhamento ao Plano Nacional de Saúde [Portugal].*

- Dias, M. O. (2009). *O Vocabulário do desenho de investigação: A lógica dos processos em ciências sociais*.
- Dias, M. O. (2010). *Planos de investigação. Avançando passo a passo*.
- Duarte, J. C. (2008). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psico-afectivo na adolescência*. Dissertação de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Universidade do Porto.
- Durex Network (2007). The face of global sex. First sex: An opportunity of a lifetime. **Acedido em 19 de Outubro de 2012 em** www.durexnetwork.org/.../Research%20-%20Face%20of%20Global%20Sex%202010.pdf
- Durex Network (2008). The face of global sex. The path to sexual confidence. Acedido em 12 de Fevereiro de 2013 em www.durexnetwork.org/.../Research%20-%20Face%20of%20Global%20Sex%202010.pdf
- Durex Network. (2010). The face of global sex 2010. They won't know unless we tell them. Acedido em 20 de Outubro de 2012 em <http://www.durexnetwork.org/SiteCollectionDocuments/The%20Face%20of%20Global%20Sex%202010.pdf>
- Durex Network. (2012). *The face of global sex 2010.. First sex. Using a condom and its impact on future sexual behavior. The first time is always memorable*. Acedido em 15 de Junho de 2013 em www.durexhcp.co.uk/.../file-download.php?...global...
- Escola Profissional de Tondela (2012). Acedido em 3 de Janeiro de 2013 em escolaprofissional.com/de-tondela/
- Escola Profissional de Tondela. Regulamento interno. (2010, Março). Acedido em 4 de Janeiro de 2013 em eptondela.net/site/index.php?option=com_docman&task...98
- Escola Secundária com 3º Ciclo do Ensino Básico de Tondela (2006-2009). Projecto educativo. Acedido em [www.esec-tondela.rcts.pt/escola/Projecto Educativo](http://www.esec-tondela.rcts.pt/escola/Projecto%20Educativo)
- Escola Secundária Emídio de Navarro. *Projecto educativo de escola (2010/2013)*. Acedido em 2 de Janeiro de 2013 em [www.esec-tondela.rcts.pt/escola/Projecto Educativo](http://www.esec-tondela.rcts.pt/escola/Projecto%20Educativo)
- Faustini, D., M., T. Novo, F., N., Cury, M., C., F., S. & Juliano, Y. (2003). Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: Conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3).
- Fernandes, A. M. (2006). Projecto SER MAIS - *Educação para a sexualidade Online*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências da Universidade do Porto.
- Ferreira, M. M. S. R. S., & Torgal, M. C. L. F. P. R. (2011). Estilos de vida na adolescência: Comportamento sexual dos adolescentes portugueses. *Revista Enfermagem USP*. 45(3), 589-95.

- Ferreira, M., & Nelas, P. B., (2006). Adolescências a dolescentes. *Revista Millenium*, 10(32), 141-162.
- FNUAP (1995). *Fundo de População das Nações Unidas. Resumo do Programa de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*. Nações Unidas, Nova Iorque. Acedido em 30 de Novembro de 2012 em www.unfpa.org.br/.../416-resumo-do-programa-de-acao-da-conferencia
- Fonseca, H. (2005a). *Viver com adolescentes* (3ª ed.) Lisboa: Editorial Presença.
- Fonseca, H. (2005b). *Compreender os adolescentes: Um desafio para pais e educadores* (3ª ed.) Lisboa: Editorial Presença.
- Freitas, K. R., & Dias, S. M. Z. (2010, Abril/Junho). Percepções de adolescentes sobre sua Sexualidade. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(2), 351-357.
- Freitas, M. A. R. (2009). *Valores morais e auto-conceito das crianças e jovens institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Filosofia. Especialização em Bioética. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga – Faculdade de Filosofia. Acedido em 10 de Dezembro de 2012 em www.citma.pt/Uploads/Miquelina_Freitas.pdf.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/Sida em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 299-316.
- Giacomozzi, A., & Camargo, B. (2011). Vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e caucasianos em relação ao HIV/SIDA: estudo comparativo entre Brasil e França. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 143-160. Acedido 10 de Outubro de 2012 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v12n1/v12n1a10.pdf>
- Gibbons, Gerrard, Reimer & Pommery (2006). Unintentional Behavior: A Subrational Approach to Health Risk. In Denise, T. D. R., & Wit, J. B. F. (Eds.), *Self-Regulation in Health Behavior* (pp. 45-70). England: John Wiley & Sons.
- Gravito, N. M. G. (2007). *Auto estima e competência física percebida no desporto adaptado. Estudo exploratório em atletas com deficiência motora e com deficiência intelectual*. Monografia de Licenciatura. Universidade de Coimbra. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.
- Grossman, E. (1998). *La adolescencia cruzando los siglos. Adolescencia Latinoamericana* 1414 - 7130/98/1 - 68-74. Acedido em 5 de Novembro de 2012 em ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414...
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual. *Relatório final*. (2007, Setembro 07). Lisboa: GETS. Acedido em 9 de Setembro de 2012 em www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/.../educacaosaude/educacaosexual/re...

- Grupo de Trabalho de Educação Sexual. *Relatório preliminar*. (2005, Outubro 31). Lisboa: GETS. Acedido em 9 de Setembro de 2012 em www.netprof.pt/pdf/Relatorio_EduSexual.pdf
- Guimarães, A. M., & Grubits, S. (2004). *Série saúde mental e trabalho*. Volume 2. Casa do Psicólogo. Livraria e Editora São Paulo. Universidade Católica D. Bosco.
- *Jornal de Notícias*. (2010, Dezembro 01) *Jovens mais "complacentes" quanto a comportamentos de risco*. *Jornal de notícias*. Acedido em www.jn.pt/PaginalInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=1724669
- *Jornal de Notícias*. (2010, Novembro 21). *ONU diz que posição do Papa sobre uso do preservativo é "um passo em frente"*. Acedido 10 de Setembro de 2012 em www.jn.pt/PaginalInicial/Tags/default.aspx?tag=Sida
- *Jornal de Notícias*. (2011, Novembro 21). *ONU anuncia que a Sida está a estabilizar no mundo*. Acedido em 17 de Outubro de 2012 em www.jn.pt/PaginalInicial/Sociedade/Saude/Interior.aspx?content_id...
- Lei n.º 12/2001. (2001, Maio 29). Sobre contraceção de emergência. [Portugal].
- Lei n.º 120/99. (1999, Agosto 11). Reforça as garantias do Direito à Saúde Reprodutiva. [Portugal].
- Lei n.º 16/2007. (2007, Abril 17). Exclusão da llicitude nos casos de Interrupção Voluntária da Gravidez. [Portugal].
- Lei n.º 259/2000. (2000, Outubro 17). Regulamenta a Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto fixando condições de promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar. [Portugal].
- Lei n.º 286/89. (1989, Agosto 29). Reestruturação Curricular. [Portugal].
- Lei n.º 3/84. (1984, Março 24). Educação sexual e Planeamento Familiar. [Portugal].
- Lei n.º 4/84. (1984, Março 05). Protecção da Maternidade e Paternidade. [Portugal].
- Lei n.º 46/86. (1986, Outubro 14). Lei de Bases do Sistema Educativo. [Portugal].
- Lei n.º 48/90. (1990, Agosto 24). Lei de Bases da Saúde. [Portugal].
- Lei n.º 6/84, (1984, Maio 11). Exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez. [Portugal].
- Lei n.º 60/2009. (2009, Agosto 6). *Conjunto de princípios e regras, em matéria de educação sexual*. [Portugal].
- Leite, R.B. (2012). *Desafiar paradigmas: VIH/SIDA. Perspetiva de modulação de políticas de saúde sensíveis a epidemiologia e a necessidade de controlo da infeção*. Escola Nacional de Saúde Publica. Acedido em 5 de Janeiro de 2013 em www.apdh.pt/sites/apdh.../ProjectoResolucaoVIH-ricadobatistaleite.pdf

- Lila, T. F. V. B. (2009). *Auto-estima e percepção das práticas parentais na fase final da Adolescência*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Lima, M. L. P. (1997). Atitudes. In Vala, J. Monteiro, M. B. *Psicologia Social* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lopez, F. (1990). Conceito e objectivos da educação sexual. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 47 (48), 14-15.
- Lopez, F. Fuertes, A. (1991). *Para comprender la sexualidad*. Navarra: Verbo Divino.
- López, F., Oroz, A. (1999). *La vida sexual del adolescente: Para comprender*. Navarra: Editorial Verbo Divino.
- Lucas, J.S. (1993). *SIDA: A sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa: Editora McGraw-Hill.
- Machado, C. H., Petrll, M. M., Escudero, F. T. & Espinna, P. G. (2010, Setembro 25 a 29). *Autoconceito e estilo de vida de consumidoras de moda feminina no Paraná*. XXXIV Encontro da ANPAD. Acedido em 13 de Outubro de 2012 em www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/.../MKT1996.pdf
- Mansinho, K. (2011). *Crónicas de um Vírus: Aparecimento e evolução do VIH/SIDA 1930/2010*. Lisboa: Abraço. Acedido em 20 de Novembro de 2012 em emlssuu.com/assocabraco/docs/livrocronicasvirusvih_171110_v2
- Mansinho, K., Gomes, P., Abcassis, A., & Almeida, M., Camacho, R., (2003). *Transmission of HIV2*. *Lancet Infectious Diseases*, 3, 683-684.
- Marinho, S., & Anastácio Z. (2012). *Concepções de adolescentes dos 10 aos 18 anos sobre Educação Sexual e Sexualidade*. In Albuquerque, C. ed. lit. - Comportamentos de saúde infanto-juvenis: Realidades e perspectivas. (pp.441-451). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Marinho, T. M. S. (2008). *Concepções e práticas relacionadas a prevenção do HIV/AIDS entre adolescentes atendidos em um ambulatório de referência do nordeste do Brasil*. Dissertação de mestrado. Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira – IMIP.
- Marôco, J., (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marques, A. C. (2007). *A primeira relação sexual: Contextos e significados*. CIES e-WORKING PAPER N° 32/2007.
- Matos, M. G., Battistutta, D., Simões, C., Carvalhosa, C.F., Dias, C., & Gonçalves, A (2003). Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes portugueses. *Psicologia Saúde e Doenças*, 4 (1), 3-20.

- Matos, M. G., Ramiro, L., Reis, M. Equipa aventura social (2013) Sexualidade dos Jovens Portugueses. Relatório do estudo online sobre sexualidade nos jovens. Dados de 2011. Acedido em http://aventurasocial.com/arquivo/1303148036_Relatorio_HBSC_SSREU.pdf
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Pereira, S., & Diniz, J. A. *Equipa do projecto aventura social* (2006). *Comportamento sexual e conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA: Relatório preliminar*. Acedido em 15 de Setembro de 2012 em http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_SIDA.pdf
- Matos, M., Reis, M., & Ramiro, L. Equipa aventura social (2011). *Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do Ensino Superior*. Relatório do estudo, dados nacionais 2010. Acedido em http://aventurasocial.com/arquivo/1303148036_Relatorio_HBSC_SSREU.pdf
- Mendes, A. R., Dohms, K. P., Lettnin, C., Mosquera, J. J. M. & Stobaus, C. D. (2012). *Autoimagem, autoestima e autoconceito: Contribuições pessoais e profissionais na docência*. IX ANPEDSUL Seminário de Pesquisa da Região Sul. Acedido em 12 de Janeiro de 2013 em <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/view/724/374>
- Mercer, S. (2011). *Towards an understanding of language learner self-concept* (Vols. 12). New York: Springer.
- Monteiro, M. J., Raposo, J. V. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/Sida: um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia Saúde e Doenças*, año/Vol. VII, número 001. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa, Portugal. pp125-136.
- Monteiro, R. F., Azevedo, L.F., Sobreiro, R.T., Constantino, P. (2012) Autoestima e resiliência dos adolescentes da margem da linha: redes de apoio social como fator de proteção. *Persp. online: biol. & saúde, Campos dos Goytacazes*, 4(2), 41-55. Acedido em www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/CBS/article/view/.../71
- Mosquera, J. J. M., Stobäus, C. D., Jesus, S. N., & Hermínia C. I. (2006, Abril). Universidade: Auto-Imagem, auto-Estima e auto-realização. *UNIrevista*, 1 (2).
- Moysés, L. (2007). *A auto-estima se constrói passo a passo* (6ª ed.) Campinas. São Paulo: Papirus.
- Nader, S. S. Gerhardt, S. R., Nader, P.J.H., Pereira, D. N., (2009, Outubro/Dezembro). Juventude e AIDS: Conhecimento entre os adolescentes de uma escola pública em Canoas, RS. *Revista da AMRIGS*, Porto alegre, 53 (4) 374-381.
- Naranjo, C. R., González, A. C. (2012). Autoestima en la adolescencia: Análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389-403. Acedido em 10 de Dezembro de 2012 em

<http://www.iipsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-analisis-ES.pdf>

- Neal, D. J., & Carey, K. B., (2005). A Follow-Up Psychometric Analysis of the Self-Regulation Questionnaire. *Psychol Addict Behav.*, 19(4), 414-422.
- Nelas, P. A. A. B., (2010). *Educação sexual em contexto escolar*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro.
- Nelas, P., Fernandes C., Ferreira, M., Duarte, J., & Chaves, C. (2010a) Construção e validação da escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes (AFSA.). In *Sexualidade e educação sexual. Políticas educativas investigação e prática* (1ª ed.) ebook. Edições CIED – Centro de Investigação em Educação. Universidade do Minho.
- Neto, A. B., Araújo, A. C., Doher, M.P. Haddad, M.A. (2009). Revisão sobre a eficácia do preservativo em relação à proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e gestação. Universidade São Francisco, Bragança Paulista, São Paulo. *Diagn Tratamento*, 14 (3), 123-125.
- Neto, F. F. M. (1998). *Psicologia Social* (Vol.1 e 2, 1ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, O. C. M., & Santos, E. C. (2012). Comportamento sexual e autoestima em adolescentes. *Contextos Clínicos*, 5(2), 100-111. Acedido 14 de Setembro de 2012 em <http://www.unisinos.br/revistas/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2012.52.04/1209>
- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Ocran, W., & Danso, M. Y. (2009). *Male adolescents knowledge, perceptions and attitudes towards HIV/AIDS prevention. Case Study of Elembelle District in Ghana*. Bachelor's thesis. School of Health and social care.
- Oliveira, D. C., Pontes, A. P. M., Gomes, A. M. T., Ribeiro, M. C. M. (2009, Outubro/Dezembro) Conhecimento e praticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas publicas municipais do Rio de Janeiro. *Revista de Enfermagem*, 13(4), 833-841.
- Oliveira, I. M. (2007). *Preconceito e auto-conceito; identidade e interacção na sala de aula* (6ª ed.). Campinas, São Paulo: Papirus.
- Parecer n.º 6/2005. (2005, Novembro 24). *Parecer sobre o modelo de Educação Sexual nas Escolas*, em vigor desde o ano 2000. [Portugal].
- Peixoto, F. J. B. (2003). *Auto-estima, autoconceito e dinâmicas relacionais em contexto académico escolar*. Estudo das relações entre auto-estima, autoconceito, reico e dinâmicas relacionais com a família e com os pares em alunos do 7º, 9º e 11º ano de

- escolaridade. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Acedido em 10 de Setembro de 2012 em repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/48/4/TES%20PEIX1.pdf.
- Pereira, J. L., Fanelli, C. Pereira, R. C., & Rios, S. (2007). *Sexualidade na adolescência no novo milénio*. Rio de Janeiro: Universidade Federal.
 - Pestana, M. H., & Gageiro, J. N., (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (5ª ed. ver. corr.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
 - Piovesan, F. (2012). Direitos reprodutivos como direitos Humanos. Acedido em 10 de Fevereiro de 2013 em www.mp.pe.gov.br/.../Artigo_-_Direitos_reprodutivos_como_direitos_h...
 - Pordata, (2012a). *Alunos matriculados nos ensinos pré-escolar, básico e secundário: total e por nível de ensino*, Acedido em 5, de Março de 2013, <http://www.pordata.pt/Municipios/Alunos+matriculados+nos+ensinos+pre+escolar++ba+sico+e+secundario+total+e+por+nivel+de+ensino-166-769>.
 - Pordata, (2012b). *Alunos do sexo masculino matriculados nos ensinos pré-escolar, básico e secundário: total e por nível de ensino*. Acedido em 5, de Março de 2013 em <http://www.pordata.pt/Municipios/Alunos+matriculados+nos+ensinos+pre+escolar++ba+sico+e+secundario+total+e+por+nivel+de+ensino-166-769>
 - Portal da Juventude. Sexualidade em linha. Portal da Juventude. Acedido em 15 de Setembro de 2012 em **23SexualidadeemLinha**
 - Portaria n.º 196-A/2010. *Procede à regulamentação da Lei n.º 60/2009*. [Portugal].
 - Portaria n.º 370/A/98. (1998, Junho 01). Institucionalização da linha telefónica de informação aos jovens sobre educação sexual. [Portugal].
 - Portaria n.º 52/85.(1985 Janeiro 26), Aprova o regulamento das consultas de planeamento familiar e centros de atendimento para jovens.
 - Portugal, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2011). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. Documento VIH/SIDA; 142. Acedido em 27 de Dezembro de 2012 em www.aidsportugal.com/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?...
 - Portugal, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2012). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. Documento VIH/SIDA; 143. Acedido em 29 de Janeiro de 2012 em repositorio.insa.pt/.../relatorio%20VIH%20SIDA%202011
 - Portugal, Ministério da Saúde (2008). *Saúde reprodutiva planeamento familiar orientações da Direcção de Saúde*. Lisboa: DGS.
 - Portugal, Ministério da Saúde, (2012). *Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA: Orientações programáticas*. Acedido 10 de Janeiro de 2013 em

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf

- Ramos, R. D., Eira, C., Martins, M., Machado, A., Bordalo, M. & Polónia, Z. (2008). Atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens em Matosinhos. *Arquivos de Medicina*, 22 (1), 3-15.
- Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo. Acedido em 23 de Novembro de 2012 em www.direito.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/relatoriocairo.pdf
- Resolução da Assembleia da República n.º28/2004. (2004, Março 19). Medidas de Prevenção no âmbito da interrupção voluntária da gravidez. [Portugal].
- Resolução da Assembleia da República n.º51/98. (1998 Novembro 2). Referente à Educação Sexual e Planeamento Familiar. [Portugal].
- Resolução de Ministros n.º 17/90, de 21 de Abril. Reforça o Programa Nacional de Combate à Droga. [Portugal].
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/98, de 21 de Outubro. Aprova o Relatório interministerial para a elaboração de um Plano de Acção em Educação Sexual e Planeamento Familiar. [Portugal].
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 7/99. (1999, Fevereiro 9). Aprovação do Plano para uma Política Global de Família. [Portugal]
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (1), 109-116.
- Romero, K. T. Medeiros, É. H. G. R, Vitalle, M. S. S. & Wehba J. (2007). O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Revista Associação Médica Brasileira*, 53 (1), 14-19.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. New Jersey: Princeton. University Press.
- Saldanha, A. W., Oliveira, I. C. V., & Azevedo, R. L. W.(2011, Janeiro/Abril). O autoconceito de adolescentes escolares. *Paidéia*, 21 (48).
- Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais* (4ª ed.). Lisboa: Caminho
- Sampaio, M. (1987). *Escola e educação sexual*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B., (2003). *Metodología de la investigación* (3ª Ed.). McGraw – Hill Interamericana, México.

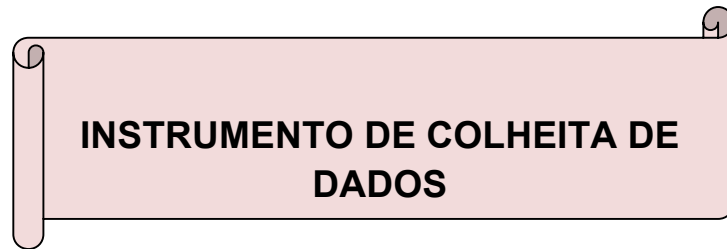
- Sanchez, F.L., Por Quê los Adolescentes Asumen Tantos Riesgos? Sexualidade e Educação Sexual. Políticas Educativas Investigação e Práticas. Edição CIEd – Centro de Investigação em Educação. (pp13-17). Braga: Universidade do Minho.
- Santos, A. C. L., Gobert, F. A., Vieira, N. F. C., Pinheiro, P. N. C., & Barbosa, S. M. (2010). Modelo de crenças em saúde e vulnerabilidade ao HIV: precessões de adolescentes em fortaleza- CE. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 12(4), 705-710. Acedido 17 de Novembro de 2012 em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a16.htm>.
- Santos, M. G. R. (2009). *A interferência do rendimento escolar no auto-conceito de alunos do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico e Secundário*. Mestrado de Psicologia. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de ciências Humanas e Sociais. Acedido em 17 de Setembro de 2012 em bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1050/2/patriciasantos.pdf
- Sbicigo. J. B., Bandeira D. R., Dell'aglio, D. D. (2010). Escala de autoestima de Rosenberg (ear): Validade fatorial e consistência interna. *Psi co-USF*, 15 (3), 395-403.
- Serra, G., Moliari A. (2001). *Saúde e nutrição na adolescência: O discurso sobre dietas* na Revista Capricho. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública 136 p.
- Silva, B. C. L. (2009). *O autoconceito em crianças e pré-adolescentes numa amostra de famílias de origem e famílias de acolhimento*. Monografia de Final de Curso. Universidade Fernando Pessoa. Psicologia.com.pt. O portal dos Psicólogos.
- Soares, M., Gomes, J. H., & Claro, M. F. (2012). Atitudes face saúde sexual; Estudo numa Escola Secundária da Figueira da Foz. In Albuquerque, C. ed. lit. - Comportamentos de saúde infanto-juvenis: Realidades e perspectivas. (pp.425-428). Viseu : Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Sousa, M. F. G. (2000). *Sexualidade na adolescência comportamentos, conhecimentos e opiniões / Atitudes de adolescentes escolarizados*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Sprinthall, A., & Collins, W. A. (2004). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sprinthall, A., & Collins, W. A. (2005). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stantrock, J. W. (2010). *Psicologia educacional* (3ª ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Teixeira, D., Nelas, P., Aparício, G., Duarte, J. (2012). Atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico. In Albuquerque, C. ed. lit. - Comportamentos de saúde infanto-juvenis: Realidades e perspectivas. (pp.425-440). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.

- Teixeira, M. S. F. (2010). *Estudo sobre a eficácia de um programa de inteligência emocional no auto-conceito de alunos do 2º ciclo do ensino básico*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Fernando Pessoa, Porto. Teixeira, D., Nelas, P., Aparício, G., Duarte, J. (2012). Atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico. In Albuquerque, C. ed. lit. - Comportamentos de saúde infanto-juvenis :Realidades e perspectivas. (pp.). Viseu : Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Thiengo, M. A., Oliveira, D. C., & Rodrigues, B. M. (2005). Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39 (1), 68-76.
- Torres, G. V., Davim, R. M. B., & Almeida, M. C. S. (1999, Abril). Conhecimentos e opiniões de um grupo de adolescentes sobre prevenção da AIDS. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 7 (2).
- Turner, J. M. (1962). *Growth at adolescence* (2ª ed.). Oxford: Blackwell.
- UNAIDS (1999). *Mudança de comportamento sexual em relação ao HIV: Até aonde nos levaram as teorias?* Coleção Boas Práticas da ONUSIDA Material essencial Genebra: ONUSIDA. Acedido em 20 de Setembro de 2012 em redesida.web.ua.pt/dados%5CComportamento.pdf
- UNAIDS (2010). Chegando a zero: Estratégia 2011-2015: Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/VIH /Aids/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA). UNAIDS/10.12E. Acedido em 15 de Outubro de 2012 em http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_pt.pdf
- UNAIDS (2011). UNAIDS WORLD AIDS DAY REPORT | 2011. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Acedido em 29 de Dezembro de 2012 em www.unaids.org/.../unaids/.../unaidspublication/2011.
- UNAIDS. (2012). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Acedido em 20 de Janeiro de 2013 em http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf
- UNESCO, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. (2011). *A estratégia da Unesco para o VIH/SIDA*. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.
- UNESCO. (2009). International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Section on HIV and AIDS Division for the Coordination of UN Priorities in Education. *Education Sector UNESCO*. Acedido em 30 de Setembro de 2012 em www.unaids.org/.../20091210_international_guidan...

- UNESCO. (2012) A Estratégia da UNESCO para o VIH/SIDA. Título original: UNESCO's strategy for HIV and AIDS. Acedido em 16 de Janeiro de 2013 em unesdoc.unesco
- UNFPA (2011). *Relatório sobre a situação da população mundial 2011*. Equipe Editorial. Acedido em 15 de Outubro de 2012 em www.un.cv/files/PT-SWOP11-WEB.pdf
- UNICEF (2011). *Fundo das Nações Unidas para a Infância. O direito de ser adolescente. Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades*. Brasília: UNICEF. Acedido em 30 de Novembro de 2012 em http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf
- UNICEF. (2005) *Juntos pelas crianças. Juntos contra a Sida*. Acedido em 12 de Setembro de 2012 em www.unicef.org/mozambique/Global_Report_low_res_POR.pdf
- Usta, M., & Häubl, G. (2011). Self-regulatory strength and Consumers' relinquishment of decision Control: When less effortful decisions are More resource depleting. *Journal of Marketing Research*, XLVIII, 403-412.
- Vasconcelos, P. (1998). Práticas de discursos da conjugalidade e sexualidades nos jovens portugueses. In M. V. Cabral, & J. M. Pais. *Jovens portugueses de hoje* (pp. 215-205). Oeiras: Celta.
- Vaz Serra, A. (1986a). O inventário clínico de auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.
- Vaz Serra, A. (1986b). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.
- Vaz Serra, A., & Pocinho, F., (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 9-21.
- Vaz, A. M. B. O. D. M. (2011). *Atitudes e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade*. Dissertação de Doutoramento. Universidade da Estremadura. Departamento de Psicologia e Antropologia. Badajoz.
- Vaz, J. M. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa. Universidade Aberta.
- Viana, C. Pereira, C. (2012, Novembro 30). Portugal entre os países europeus com maior taxa de novos casos de VIH/sida. Público. Acedido em 15 de Dezembro de 2012 em www.publico.pt/.../portugal-entre-os-paises-europeus-com-maior-taxa-de-n...
- Viana, C., (2012). Portugal é o terceiro país europeu com mais novos casos de VIH/sida. Público. Acedido em 2 de Janeiro de 2013 em www.publico.pt/.../portugal-e-o-terceiro-pais-europeu-com-mais-novos-cas...
- Vilar, D., Ferreira, P.M. (2008). *A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes*. Associação Portuguesa de Planeamento Familiar. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

- Vilar, D., Souto E. (2008). A Educação sexual no contexto da formação profissional. Referenciais de formação pedagógica contínua de formadores/as. Instituto do Emprego e Formação Profissional. Acedido em 10 de Outubro de 2012 em www.iefp.pt/formacao/formadores/.../Referencial_Educacao_Sexual
- Volcher, R., & Rivière, Ph. (1973). Enciclopédia da sexualidade. Título original: Encyclopédie de la sexualité. Tradução de António José Pinto Ribeiro. Volume I Lisboa: Morais Editores.
- Zimet, G. D. *et al.* (1989). Adolescent AIDS knowledge scale. Acedido em http://cw.routledge.com/textbooks/9780415801751/resources/Zimet_AAKS.doc

**A
N
E
X
O
I**





Este questionário pretende colher dados que permitam realizar o estudo “Desenvolvimento de Competências de Auto-regulação em Comportamentos de Risco na Adolescência”. A tua participação é fundamental, bastando para isso que respondas às questões que te são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico. Gratos pela colaboração.

Parte I

1. Idade _____ anos

2. Peso _____ kg

3. Altura _____ cm

4. Sexo

Feminino Masculino

5. Qual a área da tua residência?

Urbana Rural

6. Com quem vives?

Pais
 Pai ou Mãe
 Irmão (s)
 Avós
 Familiares
 Outros _____

7. Qual a situação familiar dos teus pais?

Pais casados ou em união de facto
 Pais solteiros, divorciados ou em separação de facto
 Mãe viúva
 Pai viúvo
 Ambos os pais falecidos

8 – Qual o nível de estudos dos teus pais?

Pai

Sem instrução
 1º Ciclo do ensino básico (4ª classe)
 2º Ciclo do ensino básico (ciclo)
 3º Ciclo do ensino básico (9º ano)
 Ensino secundário (12º ano)
 Ensino superior

Mãe

9 – Como classificas o nível do rendimento mensal do teu agregado familiar?

Baixo
 Médio Baixo
 Médio
 Médio Alto

10 – Em média, qual é a quantidade de dinheiro que tens semanalmente para os teus gastos pessoais?

0€ a 5€
 5,01€ a 10€
 10,01€ a 25€
 25,01€ a 50€
 Mais de 50€

PARTE II

11 – Como se chama a escola que frequentas? _____

12 - Qual o ano de escolaridade que frequentas? 10º 11º 12º

13 – Já reprovaste alguma vez?

Não

Sim

Se sim, quantas vezes _____

14 – Mudaste de escola nos dois últimos anos?

Sim

Não

15 – Como é que te sentes em relação à escola, actualmente?

Gosto muito

Gosto

Não gosto nem desgosto

Não gosto

Não gosto mesmo

16 - Qual a distância (aproximada) da escola à tua casa?

< 1 km

1 km – 4km

4 km – 7 k m

> 7 km

17 - Quanto tempo aproximadamente demoras da tua casa à escola?

< 15 minutos

15 – 30 minutos

30 – 15 minutos

45 – 60 minutos

> 60 minutos

18 – Como costumavas deslocar-te habitualmente para a escola?

A pé

De bicicleta

De motorizada

De transportes públicos

De carro

Outro (especifica) _____

19 – Para cada uma das frases, indica a frequência com que cada afirmação acontece:

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Os meus pais estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Os meus pais vêm à escola falar com os professores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Os meus pais encorajam-me a fazer bem os trabalhos da escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 - Costumas ajudar os teus familiares em alguma actividade?

Não Sim

Se respondeste sim, quando é que o fazes com mais frequência?

De manhã, antes de ir para a escola

À tarde, depois de chegar da escola

Tanto de manhã como à tarde

Só aos fins de semana

21 – Com que frequência te envolvereste em brigas/lutas com colegas na escola, no último período?

Nunca

Uma ou duas vezes

Umas vez por semana

Várias vezes por semana

22 – Fora da escola, com que frequência fazes exercício físico?

Todos os dias

3 a 6 vezes por semana

1 a 2 vezes por semana

1 a 2 vezes por mês

Nunca

23 – Com que frequência lavas os dentes?

Mais do que uma vez por dia

1 vez por dia

1 vez por semana

Menos de uma vez por semana

Nunca

24 – Estás actualmente a fazer alguma dieta para perder peso?

Não, o peso está bom

Não, mas deveria perder peso

Não, porque preciso ganhar peso

Sim

25 – Achas que o teu corpo é...

- Magro demais
- Um pouco mais magro do que deveria
- Está bem assim
- Um pouco mais gordo do que deveria
- Gordo demais

Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes (AAIS)
(J Mayer & W J Filstead, 1979 – Adaptado por A. Fonte e A. Alves, 1998)
Por favor coloca um círculo na alínea que melhor corresponde à tua opinião.

1 - Com que frequência costuma tomar bebidas alcoólicas?

- a) - Nunca.
- b) - 1 ou 2 vezes por ano.
- c) - 1 ou 2 vezes por mês.
- d) - Todos os fins de semana.
- e) - Várias vezes por semana.
- f) - Todos os dias.

2 - Quando tomou o seu último "copo"?

- a) - Nunca bebi.
- b) - Há mais de um ano.
- c) - Entre 6 meses e um ano.
- d) - Há várias semanas atrás.
- e) - A semana passada.
- f) - Ontem.
- g) - Hoje.

3 - Habitualmente começo a beber:

- a) - Porque gosto do paladar.
- b) - Para acompanhar os amigos.
- c) - Para sentir-me como os adultos.
- d) - Porque me sinto nervoso, tenso, cheio de aborrecimento ou com problemas.
- e) - Porque me sinto triste, só, com pena de mim próprio.

4 - O que é que bebe?

- a) - Vinho.
- b) - Cerveja.
- c) - Cocktails de bebidas alcoólicas.
- d) - Bagaço, brandy, whisky ou licores.

5 - Como começou a beber?

- a) - Na presença dos pais ou parentes.
- b) - Com os irmãos ou irmãs.
- c) - Em casa sem os pais saberem.
- d) - Com os amigos.
- e) - Comprada por mim.

6 - Quando bebeu pela primeira vez?

- a) - Nunca.
- b) - Recentemente.
- c) - Depois dos 15 anos.
- d) - Entre os 14 e os 15 anos.
- e) - Entre os 10 e os 13 anos.
- f) - Antes dos 10 anos.

7 - A que horas do dia costuma beber?

- a) - Com as refeições.
- b) - À noite.
- c) - De tarde
- d) - Normalmente de manhã ou com o pequeno almoço.
- e) - Muitas vezes levanto-me durante a noite e bebo um copo.

8 - Da primeira vez que bebeu porque razão o fez?

- a) - Por curiosidade.
- b) - Porque me foi oferecido pelos pais ou família.
- c) - Entusiasmado pelos amigos.
- d) - Para me sentir mais "maduro".
- e) - Para me embriagar ou para entrar "numa boa".

9 - Quando bebe, quanto bebe?

- a) - 1 copo ou menos.
- b) - 2 copos.
- c) - 3 a 6 copos.
- d) - 6 ou mais copos.
- e) - Até ficar alegre ou bêbado.

10 - Com quem costumava beber?

- a) - Só com os meus pais ou família.
- b) - Só com os meus irmãos ou irmãs.
- c) - Com os amigos da minha idade.
- d) - Com amigos ou companhias mais velhas.
- e) - Bebo sozinho.

11 - Qual o efeito mais importante que já teve com a bebida?

- a) - Desconstrair-me.
- b) - Ficar moderadamente alegre.
- c) - Ficar bêbado.
- d) - Ficar doente.
- e) - Desmaiar; perder os sentidos.
- f) - Beber muito e não me lembrar de nada no dia seguinte.

12 - Qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida?

- a) - Nenhuma. Não senti qualquer efeito.
- b) - Interferiu com o que dizia.
- c) - Não me deixou passar um bom bocado.
- d) - Interferiu com o meu trabalho escolar.
- e) - Perdi alguns amigos por beber bebidas alcoólicas.
- f) - Provocou-me problemas em casa.
- g) - Meti-me à pancada ou destruí coisas.
- d) - Provocou-me um acidente, ferimentos, problemas com a polícia ou fui castigado na escola.

13 - Como se sente em relação ao que bebe?

- a) - Sem problemas.
- b) - Posso controlar-me e impor limites a mim próprio.
- c) - Acho que posso controlar-me, mas os amigos influenciam-me com facilidade.
- d) - Tenho-me sentido mal comigo por beber.
- e) - Preciso que me ajudem para poder controlar-me.
- f) - Já tive de pedir ajuda ou que me tratassem por causa do que bebo.

14 - Como o acham os outros?

- a) - Não sei, ou acham-me um bebedor normal para a minha idade.
- b) - Acham que quando bebo tenho tendência a negligenciar a minha família ou os amigos.
- c) - A família e/ou os amigos já me disseram para me controlar melhor, ou para cortar com o álcool.
- d) - A família e/ou os amigos já me aconselharam a procurar ajuda por causa do que bebo.
- e) - A família e/ou os amigos já alguma(s) vez(es) pediram ajuda para mim por causa da bebida.

Questionário Reduzido de Auto-regulação

(Original de Carey, Neal e Collins, 2004 — Adaptação portuguesa de García del Castillo e Dias, 2009)

Por favor, responde às próximas questões assinalando a resposta que melhor descreve como és. Se **DISCORDAS FORTEMENTE** com a afirmação assinala 1; se **DISCORDAS** assinala 2; se **NÃO TENS A CERTEZA** assinala 3; se **CONCORDAS** assinala 4; e se **CONCORDAS FORTEMENTE** assinala 5. Não existem respostas certas nem erradas. Responde às questões rapidamente, sem pensar muito sobre as respostas.

1 - Geralmente, mantenho-me a par dos progressos que faço para atingir os meus objectivos.	1	2	3	4	5
2 - Tenho dificuldade em formar opiniões sobre as coisas.	1	2	3	4	5
3 - Distraio-me facilmente dos meus planos.	1	2	3	4	5
4 - Só reparo nos efeitos dos meus comportamentos quando é demasiado tarde.	1	2	3	4	5
5 - Sou capaz de atingir objectivos que estabeleço para mim próprio.	1	2	3	4	5
6 - Adio tomar decisões.	1	2	3	4	5
7 - Para mim, é difícil notar quando é “o meu limite” (álcool, comida, doces).	1	2	3	4	5
8 - Se quiser mudar, estou confiante de que o consigo fazer.	1	2	3	4	5
9 - Quando chega a altura de decidir acerca de uma mudança, sinto-me dominado pelas alternativas.	1	2	3	4	5
10 - Uma vez tomada uma decisão, eu tenho dificuldade em seguir em frente com coisas.	1	2	3	4	5
11 - Parece que não aprendo com os erros.	1	2	3	4	5
12 - Consigo manter um plano que está a correr bem.	1	2	3	4	5
13 - Geralmente, só preciso de cometer um erro uma vez para aprender.	1	2	3	4	5
14 - Eu tenho valores pessoais e tento viver de acordo com eles.	1	2	3	4	5
15 - Assim que vejo um problema ou desafio, começo a procurar possíveis soluções.	1	2	3	4	5
16 - Tenho dificuldades em estabelecer objectivos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
17 - Tenho muita força de vontade.	1	2	3	4	5
18 - Quando estou a tentar mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair.	1	2	3	4	5
19 - Tenho dificuldade em fazer planos que me ajudem a alcançar objectivos.	1	2	3	4	5
20 - Estabeleço objectivos para mim mesmo e mantenho-me a par dos meus progressos.	1	2	3	4	5
21 - Na maioria das vezes não presto atenção ao que estou a fazer.	1	2	3	4	5
22 - Tenho tendência para fazer a mesma coisa mesmo quando ela não funciona.	1	2	3	4	5
23 - Normalmente, consigo encontrar várias hipóteses diferentes quando quero mudar alguma coisa.	1	2	3	4	5
24 - Assim que estabeleço um objectivo, consigo frequentemente planear como vou atingi-lo.	1	2	3	4	5
25 - Se tomo a decisão de mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair.	1	2	3	4	5
26 - Frequentemente não noto o que estou a fazer até que alguém me chame a atenção para isso.	1	2	3	4	5
27 - Normalmente penso antes de agir.	1	2	3	4	5
29 - Eu aprendo com os meus erros.	1	2	3	4	5
29 - Desisto facilmente.	1	2	3	4	5

Questionário de expectativas face ao álcool para adolescentes (CEA-A)

(Pilatti, A., Godoy, J.C., Brussino, A., 2010)

Por favor, responde às próximas questões assinalando a resposta que melhor descreve como és. Se **DISCORDAS FORTEMENTE** com a afirmação assinala 1; se **DISCORDAS** assinala 2; se **NÃO TENS A CERTEZA** assinala 3; se **CONCORDAS** assinala 4; e se **CONCORDAS FORTEMENTE** assinala 5. Não existem respostas certas nem erradas. Responde às questões rapidamente, sem pensar muito sobre as respostas.

"O álcool faz com que ..."	DF	D	NTC	C	CF
1 Possa divertir-me nas festas	1	2	3	4	5
2 Me sinta mais alegre quando estou com outras pessoas	1	2	3	4	5
3 Me sinta entretido (a)	1	2	3	4	5
4 As minhas respostas sejam lentas	1	2	3	4	5
5 Magoe as outras pessoas	1	2	3	4	5
6 Converse mais com outras pessoas	1	2	3	4	5
7 Possa dormir melhor	1	2	3	4	5
8 Me sinta tranquilo (a)	1	2	3	4	5
9 Me falte equilíbrio	1	2	3	4	5
10 Faça coisas engraçadas	1	2	3	4	5
11 Me acalme se estou ansioso (a)	1	2	3	4	5
12 Tenha dores de cabeça	1	2	3	4	5
13 Seja mais crítico comigo mesmo (a)	1	2	3	4	5
14 Me sinta excitado (a) sexualmente	1	2	3	4	5
15 Mais fácil falar com as pessoas	1	2	3	4	5
16 Me sinta relaxado (a)	1	2	3	4	5
17 Tenha sono	1	2	3	4	5
18 Me sinta angustiado	1	2	3	4	5
19 Seja mais fácil falar com uma pessoa do outro sexo	1	2	3	4	5
20 Se tenha uma dor muscular não sinta tanto	1	2	3	4	5
21 Me sinta confundido (a)	1	2	3	4	5
22 Realize comportamentos que implicam algum risco	1	2	3	4	5
23 Me sinta culpado pelo meu comportamento	1	2	3	4	5
24 Me possa sentir cómodo (a) ao relacionar-me com outras pessoas	1	2	3	4	5
25 Me sinta descomposto (a)	1	2	3	4	5
26 Me sinta culpado por beber	1	2	3	4	5
27 Goste de ter relações sexuais	1	2	3	4	5
28 Seja menos tímido (a)	1	2	3	4	5
29 Me sinta desorientado (a)	1	2	3	4	5
30 Me comporte de maneira agressiva com as outras pessoas	1	2	3	4	5
31 Me sinta culpado(a) com as coisas que digo	1	2	3	4	5
32 Disfrute mais do sexo	1	2	3	4	5
33 Seja mais simpático (a)	1	2	3	4	5
34 Diga coisas sem sentido	1	2	3	4	5
35 Insulte os demais	1	2	3	4	5
36 Faça coisas de que depois me arrependa	1	2	3	4	5
37 Seja melhor amante (carinhoso)	1	2	3	4	5
38 Seja mais amigável	1	2	3	4	5
39 Procure confrontar-me com outras pessoas	1	2	3	4	5
40 Diga coisas de que depois me arrependo	1	2	3	4	5
41 Haja mais companheirismo entre as pessoas	1	2	3	4	5
42 Discuta com as pessoas com facilidade	1	2	3	4	5
43 Me sinta envergonhado dos meus comportamentos	1	2	3	4	5
44 Rapazes e raparigas pareçam mais sensuais	1	2	3	4	5
45 Fique enjoado com facilidade	1	2	3	4	5

Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes (AFSA)
(Nelas, P.; Fernandes C. Ferreira, M.; Duarte, J.; Chaves, C., 2010)

Encontram-se a seguir algumas afirmações relacionadas as atitudes face à sexualidade, **responde colocando uma X na quadrícula que melhor define a tua atitude de acordo com a ESCALA que se segue. Lembra-te que é muito importante a tua opinião.**

ESCALA:

- DT** – Discordo totalmente = 1
DM – Discordo muito = 2
NCND – Não concordo nem discordo = 3
CM – Concordo muito = 4
CT – Concordo totalmente = 5

		DT	DM	NCND	CM	CT
1	Para namorar basta que alguém goste de mim	1	2	3	4	5
2	Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem	1	2	3	4	5
3	A procura da independência faz parte da adolescência	1	2	3	4	5
4	O desgosto amoroso só me acontece a mim	1	2	3	4	5
5	A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo	1	2	3	4	5
6	Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas	1	2	3	4	5
7	Sou agradável no contacto com os outros	1	2	3	4	5
8	Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação	1	2	3	4	5
9	As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis	1	2	3	4	5
10	Só vou ter relações com o meu namorado/a se tiver a certeza que vou casar com ele/a	1	2	3	4	5
11	As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens	1	2	3	4	5
12	Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes	1	2	3	4	5
13	As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos	1	2	3	4	5
14	Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais	1	2	3	4	5
15	A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens	1	2	3	4	5
16	Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade	1	2	3	4	5
17	Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios	1	2	3	4	5
18	A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas	1	2	3	4	5
19	Só os rapazes deveriam ter educação sexual	1	2	3	4	5
20	A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente	1	2	3	4	5
21	A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento	1	2	3	4	5
22	As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais	1	2	3	4	5
23	A masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evito praticá-la	1	2	3	4	5
24	Não consulto livros de sexualidade pois só mostram porcarias	1	2	3	4	5
25	As relações sexuais antes do casamento são um pecado	1	2	3	4	5
26	Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas	1	2	3	4	5

Escala de Conhecimento Sobre SIDA para Adolescentes

(Zimet *et al.*, 1989)

Responde colocando uma X nas afirmações que melhor se coadunam com a tua opinião.

		Sim	Não	Não Sei
1	A maioria dos especialistas dizem que há uma elevada probabilidade de contrair SIDA quando se beija alguém na boca que tem SIDA.			
2	A maioria dos especialistas dizem que a SIDA pode ser transmitida através da partilha de uma agulha com um consumidor de drogas quem tem SIDA.			
3	A maioria dos especialistas dizem que podes contrair SIDA a doar sangue.			
4	A maioria dos especialistas dizem que há uma elevada probabilidade de a SIDA poder ser transmitida através da partilha de um copo de água de alguém que tem SIDA.			
5	A maioria dos especialistas dizem que há uma grande probabilidade de contrair SIDA num tampo de uma sanita.			
6	A maioria dos especialistas dizem que a SIDA pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com uma mulher que tem SIDA.			
7	A maioria dos especialistas dizem que a SIDA pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com outro homem que tem SIDA.			
8	A maioria dos especialistas dizem que uma mulher grávida com a SIDA pode transmitir a SIDA para o feto.			
9	A maioria dos especialistas dizem que você pode contrair SIDA pelo aperto de mão com alguém que tem SIDA.			
10	A maioria dos especialistas dizem que uma mulher pode contrair SIDA tendo relações sexuais com um homem que tem SIDA.			
11	A maioria dos especialistas diz que pode contrair SIDA quando se masturba.			
12	A maioria dos especialistas dizem que o uso de preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair SIDA.			
13	A maioria dos especialistas dizem que há uma elevada probabilidade de contrair SIDA caso faça uma transfusão sanguínea.			
14	A maioria dos especialistas dizem que as prostitutas têm uma maior probabilidade de contrair SIDA.			
15	A maioria dos especialistas dizem que comer alimentos saudáveis pode impedi-lo de contrair SIDA.			
16	A maioria dos especialistas dizem que fazer sexo com mais de um parceiro pode aumentar sua probabilidade de contrair SIDA.			
17	A maioria dos especialistas dizem que pode sempre saber se alguém tem SIDA, olhando para eles.			
18	A maioria dos especialistas dizem que as pessoas morrem com a doença SIDA.			
19	A maioria dos especialistas dizem que há uma cura para a SIDA.			
20	A maioria dos especialistas dizem que pode ter o vírus da SIDA, sem ser doente de SIDA.			
21	A maioria dos especialistas dizem que pode ter o vírus da SIDA e espalhá-lo sem estar doente de SIDA.			
22	A maioria dos especialistas dizem que um homem ou uma mulher que tem relações sexuais com alguém que consome drogas, tem maior probabilidade de contrair SIDA.			

Escala de Auto-Estima Rosenberg
(Romano, A., Negreiro, J. e Martins, T., 2007)

Instruções: Encontrará a seguir um conjunto de declarações. Por favor, não se preocupe a pensar se os outros concordam ou não com o que pensa em cada caso.

Ponha um X no quadrado que corresponde à sua situação particular.

ESCALA:

Muito em desacordo = 1
Em desacordo = 2
De acordo = 3
Muito de acordo = 4

		Muito em desacordo	Em desacordo	De acordo	Muito de acordo
1	Sinto que sou um pessoa digna de apreciação, pelo menos de igual modo que os outros.	1	2	3	4
2	Estou convencido (a) que tenho boas qualidades.	1	2	3	4
3	Sou capaz de fazer bem as coisas como a maioria das pessoas.	1	2	3	4
4	Tenho uma atitude positiva face a mim mesmo (a).	1	2	3	4
5	Em geral estou satisfeito comigo mesmo.	1	2	3	4
6	Sinto que não tenho muito para estar orgulhoso (a).	1	2	3	4
7	Em geral inclino-me a pensar que sou um fracassado (a).	1	2	3	4
8	Gostaria de sentir mais respeito por mim mesmo (a).	1	2	3	4
9	Muitas vezes penso que sou um (a) inútil.	1	2	3	4
10	Às vezes creio que não sou boa pessoa.	1	2	3	4

Escala de auto-conceito
(Vaz Serra, 1984)

Responde colocando uma X nas afirmações que melhor se coadunam com a tua opinião.

ESCALA:

- Não concordo** = 1
Concordo pouco = 2
Concordo moderadamente = 3
Concordo muito = 4
Concordo muitíssimo = 5

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática.	1	2	3	4	5
2. Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.	1	2	3	4	5
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	1	2	3	4	5
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	1	2	3	4	5
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	1	2	3	4	5
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas	1	2	3	4	5
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	1	2	3	4	5
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	1	2	3	4	5
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	1	2	3	4	5
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.	1	2	3	4	5
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	1	2	3	4	5
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	1	2	3	4	5
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	1	2	3	4	5
14. Considero-me competente naquilo que faço.	1	2	3	4	5
15. Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	1	2	3	4	5
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	1	2	3	4	5
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	1	2	3	4	5
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	1	2	3	4	5
19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	1	2	3	4	5
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	1	2	3	4	5

Consumo de tabaco

(Precioso, 2007)

1. Alguma vez fumaste tabaco (nem que tenha sido apenas “uma passa/um bufo”)?

Sim (Se respondeste **Sim**, continua na questão 9)

Não (Se respondeste **Não**, passa para a questão 16)

2. Que idade tinhas quando fumaste pela primeira vez (nem que tenha sido só uma “passa/bufo”)?

_____ anos.

3. Em que local fumaste o teu primeiro cigarro ou “deste a primeira passa/bufo”?

(1) Na escola	<input type="radio"/>	(2) No café	<input type="radio"/>	(3) Na discoteca	<input type="radio"/>
(4) No salão de jogos	<input type="radio"/>	(5) Em casa de um amigo/a	<input type="radio"/>	(6) Outro local.	<input type="radio"/>
			Qual? _____		

4. Indica como obtiveste o teu primeiro cigarro.

(1) Comprei-o numa tabacaria ou café	<input type="radio"/>	(2) Comprei-o numa máquina de tabaco	<input type="radio"/>	(3) Foi um/a amigo/a que mo deu	<input type="radio"/>
(4) Foi a(o) minha/meu irmã(o) que mo deu	<input type="radio"/>	(5) Roubei-o ao meu pai/mãe ou irmão	<input type="radio"/>	(6) Outra opção	<input type="radio"/>
			Qual? _____		

5. Das razões para teres fumado o teu primeiro cigarro, com qual ou quais te identificas?

(1) Porque via o(s) meu(s) pai(s) a fumar	<input type="radio"/>	(2) Porque via o(s) meu(s) irmão(s) a fumar	<input type="radio"/>	(3) Porque via o(s) meu(s) amigos(s) a fumar	<input type="radio"/>
(4) Porque os amigos me ofereceram um cigarro	<input type="radio"/>	(5) Queria ver/saber como era	<input type="radio"/>	(6) Queria ser igual aos que fumavam	<input type="radio"/>
(7) Outra opção	<input type="radio"/>	Qual? _____			

6. Actualmente fumas?

(1) Todos os dias	<input type="radio"/>	(Vai para a questão 6.1)
(2) Pelo menos um cigarro por semana	<input type="radio"/>	(Vai para a questão 6.2)
(3) Menos do que um cigarro por semana	<input type="radio"/>	(Vai para a questão 9)
(4) Já fumei, mas deixei de fumar	<input type="radio"/>	(Vai para a questão 9)
(5) Não, não fumo nem um cigarro	<input type="radio"/>	(Vai para a questão 9)
6.1. Quantos cigarros por dia?	_____	
6.2. Quantos cigarros por semana?	_____	

7. Preenche o círculo na afirmação que melhor se aplica a ti.

(1) Já tentei deixar de fumar mas não consegui	<input type="radio"/>	(2) Gostava de experimentar deixar de fumar	<input type="radio"/>
(3) Não sei se estou interessado em deixar de fumar	<input type="radio"/>	(4) Não estou nada interessado em deixar de fumar	<input type="radio"/>

8. Actualmente, como costumavas arranjar os cigarros que fumas?

(1) Compro-os numa tabacaria ou café	<input type="radio"/>	(2) Compro-os numa máquina de tabaco	<input type="radio"/>	(3) São os meus irmãos/ãs que mos dão	<input type="radio"/>
(4) Roubo-os ao meu pai/mãe ou irmão/ã	<input type="radio"/>	(5) Outra opção	<input type="radio"/>	Qual? _____	

9. Quais das seguintes pessoas fumam? (Preenche apenas um círculo para cada pessoa)

	<i>Fuma</i>	<i>Não fuma</i>	<i>Não sei</i>	<i>Não tenho</i>
9.1. Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.2. Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.3. Irmã(o)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.4. Outro familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.5. Namorado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Dos colegas da tua turma, quantos pensas que fumam pelo menos um cigarro por semana?

Nenhum <input type="radio"/>	Alguns <input type="radio"/>	Metade <input type="radio"/>	A maior parte <input type="radio"/>	Todos <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

11. Em 100 jovens da tua idade, quantos achas que fumam pelo menos uma vez por semana?

0 (nenhum) <input type="radio"/>	Entre 1 e 25 <input type="radio"/>	Entre 25 e 50 <input type="radio"/>	Entre 50 e 75 <input type="radio"/>	Entre 75 e 100 <input type="radio"/>	100 (todos) <input type="radio"/>
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

12. Dos teus melhores amigos, rapazes, quantos fumam?

Nenhum <input type="radio"/>	Um a três <input type="radio"/>	Mais do que três <input type="radio"/>	Não sei <input type="radio"/>	Não tenho <input type="radio"/>
------------------------------	---------------------------------	--	-------------------------------	---------------------------------

13. Das tuas melhores amigas, raparigas, quantas fumam?

Nenhuma <input type="radio"/>	Uma a três <input type="radio"/>	Mais do que três <input type="radio"/>	Não sei <input type="radio"/>	Não tenho <input type="radio"/>
-------------------------------	----------------------------------	--	-------------------------------	---------------------------------

14. Já te ofereceram cigarros?	Sim	<input type="radio"/>	Se a tua resposta é Sim , continua na questão 22.
	Não	<input type="radio"/>	Se a tua resposta é Não , passa para a questão 24.

15. As seguintes pessoas já te ofereceram cigarros?

	<i>Sim, várias vezes</i>	<i>Sim, uma ou outra vez</i>	<i>Não</i>	<i>Não tenho</i>
15.1. Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.2. Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.3. Irmã(o)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.4. Melhor amigo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.5. Amigos(as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.6. Outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Se já te ofereceram cigarros, indica em qual ou quais dos seguintes locais.

(1) Na escola.	<input type="radio"/>	(2) No café.	<input type="radio"/>	(3) Na discoteca.	<input type="radio"/>
(4) No salão de jogos.	<input type="radio"/>	(5) Outro local.	<input type="radio"/>	Qual? _____	

17. A maioria dos teus amigos pensa que devias ou que não devias começar a fumar tabaco?

Pensam que devia <input type="radio"/>	Pensam que não devia <input type="radio"/>	Não sei <input type="radio"/>
--	--	-------------------------------

18. Se os teus pais/familiares te disserem que o tabaco faz mal e que não deves fumar, a opinião deles para ti é...

Muito importante <input type="radio"/>	Bastante importante <input type="radio"/>	Indiferente <input type="radio"/>	Pouco importante <input type="radio"/>	Nada importante <input type="radio"/>
--	---	-----------------------------------	--	---------------------------------------

19. As seguintes pessoas gostavam que tu fumasses? (Preenche apenas um círculo para cada pessoa).

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não sei</i>	<i>Não tenho</i>
19.1. Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.2. Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.3. Irmã(o)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.4. Melhor amigo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.5. Namorado(as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. As seguintes pessoas já falaram contigo sobre as desvantagens de fumar? (Por exemplo, “fumar provoca cancro do pulmão”).

	<i>Sim, várias vezes</i>	<i>Sim, uma ou outra vez</i>	<i>Não</i>	<i>Não tenho</i>
20.1. Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.2. Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.3. Irmã(o)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.4. Melhor amigo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.5. Professor(as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Se um amigo te oferecer um cigarro para fumar, como irás reagir?

Recuso o cigarro. <input type="radio"/>	Aceito o cigarro. <input type="radio"/>
---	---

22. Se ele insistir contigo para fumares um cigarro, como irás reagir?

Recuso o cigarro. <input type="radio"/>	Aceito o cigarro. <input type="radio"/>
---	---

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
23. Os outros convencem-te a fazer coisas que não te apetece fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quando os amigos te pedem para fazer coisas que vão contra a tua maneira de ser e de pensar, explicas-lhes os teus motivos e não as fazes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Os outros convencem-te a fazer coisas que depois te arrependes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Fazes coisas que os teus amigos te pedem só para não os desiludir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	27. Pensas vir (ou continuar) a fumar durante o próximo ano?	28. Um dia gostavas de vir (ou de continuar) a ser fumador?	29. Quando ganhares dinheiro (da tua profissão) vais começar (ou continuar) a fumar?
(1) Tenho a certeza que virei a fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(2) Provavelmente virei a fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(3) Não sei se virei a fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(4) Provavelmente não virei a fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(5) Tenho a certeza que não virei a fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Lê atentamente cada uma das afirmações que se seguem e assinala a tua resposta, preenchendo o círculo que melhor representa a tua opinião.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) Fumar prejudica a saúde dos fumadores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Fumar só provoca doenças sem importância.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Fumar só afecta a saúde das pessoas se fumarem durante muitos anos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Fumar aumenta a probabilidade de se ter cancro no pulmão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Fumar prejudica a saúde dos jovens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Preocupo-me bastante com as consequências provocadas pelo comportamento de fumar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Os médicos exageram quando falam dos malefícios do tabaco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Fumar provoca um hálito (cheiro na boca) agradável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Fumar diminui a capacidade das pessoas para a prática desportiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Fumar durante a gravidez prejudica o feto (bebé).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l) Fumar é uma boa maneira de os jovens mostrarem que são independentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m) Fumar em casa prejudica a saúde de quem nela habita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n) O fumo do cigarro libertado pelos fumadores incomoda os não fumadores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o) Fumar só prejudica a saúde do fumador e não a saúde das outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p) Os fumadores deviam evitar fumar ao "pé" dos não fumadores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q) Fumar prejudica a economia familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r) Fumar é uma forma de poluir o ar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s) Fumar faz com que seja mais fácil entrar num grupo de colegas/fazer amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t) Fumar acalma as pessoas, quando estão ansiosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u) Quando as pessoas estão tristes, fumar faz com que se sintam mais contentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v) Fumar torna as pessoas mais bonitas e interessantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Na tua opinião, um (a) fumador (a) é um indivíduo.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) seguro de si próprio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) adulto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) dependente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) valente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) tímido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) exibicionista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) com um certo estilo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) incomodativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Obrigado pela tua colaboração.

**A
N
E
X
O
2**

**AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO
DAS ESCALAS**



RE: Pedido de Autorização de Utilização de Escala

De: **Aníbal Fonte** (afonte@mail.telepac.pt)
Enviada: segunda-feira, 27 de Junho de 2011 16:34:05
Para: 'Gonçalo Valente' (goncalo1043@hotmail.com)

Caro Gonçalo Valente

Obrigado pela suas palavras.

O questionário não necessita de autorização para ser utilizado.

Talvez já tenha visto, mas há alguns anos Rosa Cristina Lopes fez uma tese de mestrado muito interessante "Consumo de Álcool nos Jovens *Estudo da Influência das Características Psicológicas: Alexitimia, Auto-Conceito e Locus de Control*" que talvez lhe possa ser útil.

Com um abraço

Ao dispor

Aníbal fonte

e Alda Alves

Gonçalo Valente [mailto:goncalo1043@hotmail.com]

Enviada: terça-feira, 14 de Junho de 2011 21:06

Para: afonte@mail.telepac.pt

Assunto: Pedido de Autorização de Utilização de Escala

Estimado Prof. Doutor Aníbal Fonte,

Felicitações pelo trabalho científico desenvolvido e pelos saberes que nos transmite.

Na qualidade de mestrando em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu e estando a desenvolver uma investigação no âmbito dos determinantes de comportamentos de risco nos adolescentes no âmbito do consumo de álcool, é meu objectivo utilizar um instrumento validado para a população portuguesa.

Neste contexto, venho por este meio solicitar a v^ª Ex^ª a necessária autorização para aplicar a versão portuguesa da Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes (AAIS), validado por si e pela Doutora Alda Alves em 1999.

Mais informamos que pretendo aplicá-la a alunos do ensino secundário regular com idades compreendidas

entre os 15 e os 18 anos.

Agradecendo a atenção que possa dispensar ao pedido, solicito ainda uma resposta tão breve quanto possível.

Com os melhores cumprimentos

Gonçalo Valente

Licenciado em Enfermagem e Mestrando em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu -
IPV

Não foram detectados vírus nesta entrada mensagem.

Verificado por AVG - www.avg.com

Versão: 9.0.901 / Base de dados de Vírus: 271.1.1/3703 - Data de Lançamento: 06/14/11 07:34:00

RE: Autorização de Utilização de Escala

De: paulo_d@sapo.pt
Enviada: quinta-feira, 19 de Maio de 2011 08:11:34
Para: Gonçalo Valente (goncalo1043@hotmail.com)
1 anexo
SSRQ versão final da escala.doc (68,0 KB)

Caro Gonçalo,

Segue em anexo a versão adaptada do instrumento, que o autorizo a utilizar na sua investigação. Agradeço, contudo, que me envie posteriormente um pequeno resumo/síntese com os resultados que obteve.

Cumprimentos,
Paulo Dias

Citando Gonçalo Valente <goncalo1043@hotmail.com>:

Caro Prof Doutor Paulo Dias,
serve o presente e-mail para reiterar o pedido de utilização do Questionário Reduzido de Auto-regulação (Carey, Neal & Collins, 2004), validado por si e pelo Doutor José A. García del Castillo em 2009. Serve ainda o presente para solicitar a V^a EX^a um exemplar do referido Instrumento.

Agradeço toda a atenção prestada,

Cumprimentos

Gonçalo Valente

Date: Wed, 11 May 2011 20:41:08 +0100
From: paulo_d@sapo.pt
To: goncalo1043@hotmail.com
Subject: Re: Autorização de Utilização de Escala

Caro Gonçalo,

Agradeço o seu interesse pelo tema e pelo humilde trabalho que apresentamos. Neste momento estou fora do país e não tenho acesso ao material. Contudo, pedia-lhe que me contactasse no início da próxima semana (volto no dia 17) e nessa altura envio-lhe o documento.

Cumprimentos,
Paulo Dias

Citando Gonçalo Valente <goncalo1043@hotmail.com>:

Estimado Prof. Doutor Paulo Dias,
Felicitações pelo trabalho científico desenvolvido e pelos saberes que nos transmite.

Na qualidade de mestrando em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu e estando a desenvolver uma investigação no âmbito dos determinantes de comportamentos de risco nos adolescentes no âmbito do consumo de álcool, é meu objectivo utilizar um instrumento validado para a população portuguesa.

Neste contexto, venho por este meio solicitar a v^a Ex^a a necessária autorização para aplicar a versão portuguesa do Questionário Reduzido de Auto-regulação (Carey, Neal & Collins, 2004), validado por si e pelo Doutor José A. García del Castillo em 2009.

Mais informamos que pretendemos aplicá-lo a alunos do ensino secundário regular com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos.

Vinha ainda por este meio solicitar a V^a EX^a um exemplar do referido Instrumento.

Agradecendo a atenção que possa dispensar ao pedido, solicito ainda uma resposta tão breve quanto possível.

Com os melhores cumprimentos

Gonçalo Valente

Licenciado em Enfermagem e Mestrando em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu - IPV

Re: Autorización de aplicación - Cuestionario de expectativas Hacia el alcohol para los adolescentes (CEA-A)

De: **Angelina** (angepilatti@gmail.com)

Enviada: quarta-feira, 8 de Fevereiro de 2012 01:05:24

Para: Gonçalo Valente (goncalo1043@hotmail.com)

2 anexos

Protocolo CEA-A.doc (83,0 KB) , articulo publicado en Anales.pdf (562,0 KB)

Estimado Gonzalo,

Muchas gracias por tu interes en usar la escala que hemos construido.

Disculpas por no haberte respondido antes tu mail.

Adjunto te envio el articulo de construccion y validacion del instrumento y el protocolo de administracion.

Cualquier duda, no dudes en consultarme.

Muchas gracias y saludos cordiales,

Angelina

2012/2/1 Gonçalo Valente <goncalo1043@hotmail.com>

Ex^{as} Doctora Angelina Pilatti y Silvina Brussino;

Ex^o Doctor Juan Carlos Godoy,

Les felicitamos por el trabajo científico y el conocimiento que nos da.

Como un aluno de Maestrado en Educación para la Salud en la Escuela de Salud de Viseu y estando a desenvolver la investigación de los determinantes de las conductas de riesgo entre los adolescentes en el consumo de alcohol, mi objetivo es traducir y validar el portugués de Portugal " Cuestionario de expectativas Hacia el alcohol para los adolescentes (CEA-A)."

En este contexto, solicito a sus Excelencias la amabilidad si me pueden mandar este instrumento (y la cotación de puntos) y por favor qui me den la autorization de su aplicación.

Más les informamos que tengo la intención de aplicarlo a los estudiantes de secundaria entre 15 y 18 años.

Agradeciendo la atención que se puede prescindir de la petición,
solicita una respuesta lo más pronto posible.

Les agradezco su respuesta

Gonçalo Valente

Licenciatura en Enfermería y alumno de maestrado en Educación para la
Salud en la Escuela de Salud de Viseu - IPV

--

Angelina Pilatti
Laboratorio de Psicología
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Córdoba
TE: (0351) 4333064 int. 164
e-mail: apilatti@psyche.unc.edu.ar

Re: Pedido de Autorização de Utilização de Escala

De: **Adriano Vaz-Serra** (adriano.vazserra@gmail.com)

Enviada: sexta-feira, 10 de Fevereiro de 2012 13:02:37

Para: Gonçalo Valente (goncalo1043@hotmail.com)

3 anexos

Inventário de Auto Conceito.doc (66,0 KB) , Cotação das questões do ICAC.doc (82,5 KB) ,
Explicação do ICAC.DOC (53,0 KB)

Gonçalo,

De acordo com o solicitado desde já fica autorizado a utilizar a escala criada por mim, denominada "**Inventário Clínico de Auto-Conceito**".

Junto envio em anexo três documentos:

- 1) - O "**Inventário Clínico de Auto-Conceito**".
- 2) - A **Cotação das diversas questões** e
- 3) - **Um documento explicativo**.

Desejando que tudo decorra pelo melhor, com votos de um bom fim de semana,

Adriano Vaz Serra

RE: Pedido de Autorização de Utilização de Escala

De: **Ana Maria Romano** (aromano@utad.pt)
Enviada: sexta-feira, 10 de Fevereiro de 2012 13:48:28
Para: Gonçalo Valente (goncalo1043@hotmail.com)
1 anexo
E Rosenberg 2012.doc (38,0 KB)

Caro Gonçalo valente

Junto envio a Escala de Auto-Estima de Rosenberg utilizada no artigo que penso que teve acesso.

Bom trabalho

De: Gonçalo Valente [mailto:goncalo1043@hotmail.com]
Enviada: quarta-feira, 8 de Fevereiro de 2012 19:01
Para: Ana Maria Romano
Assunto: Pedido de Autorização de Utilização de Escala
Importância: Alta

Estimados Professores Ana Romano, Jorge Negreiros e Teresa Martins
Felicitações pelo trabalho científico desenvolvido e pelos saberes que nos transmitem.
Na qualidade de mestrando em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu e estando a desenvolver uma investigação no âmbito dos determinantes de comportamentos de risco nos adolescentes no âmbito do consumo de álcool, é meu objectivo utilizar um instrumento validado para a população portuguesa.
Neste contexto, venho por este meio solicitar a Vossas Excelências a necessária autorização para aplicar a versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosemberg.
Mais informamo que pretendo aplicá-la a alunos do ensino secundário (10º, 11º e 12ºanos).

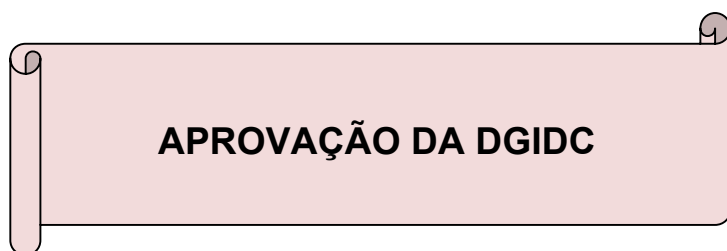
Agradecendo desde já a atenção que possam dispensar ao pedido, solicito ainda uma resposta tão breve quanto possível.

Respeitosos cumprimentos

Gonçalo Valente

Licenciado em Enfermagem e Mestrando em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu - IPV

**A
N
E
X
O
3**



Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0012100007

De: **Gonçalo Valente** (goncalo1043@hotmail.com)

Enviada: terça-feira, 3 de Abril de 2012 16:05:08

Para: goncalo1043@hotmail.com

----- Mensagem encaminhada -----

De: <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>

Data: 6 de Março de 2012 11:02

Assunto: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0012100007

Para: essvgeral@essv.ipv.pt, mmcferreira@gmail.com

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0012100007, com a designação *Desenvolvimento de competências de auto-regulação em comportamentos de risco na adolescência*, registado em 17-01-2012, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Catarina Patricia Almeida Marques

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal.

Com os melhores cumprimentos

Isabel Oliveira

Diretora de Serviços

DGE

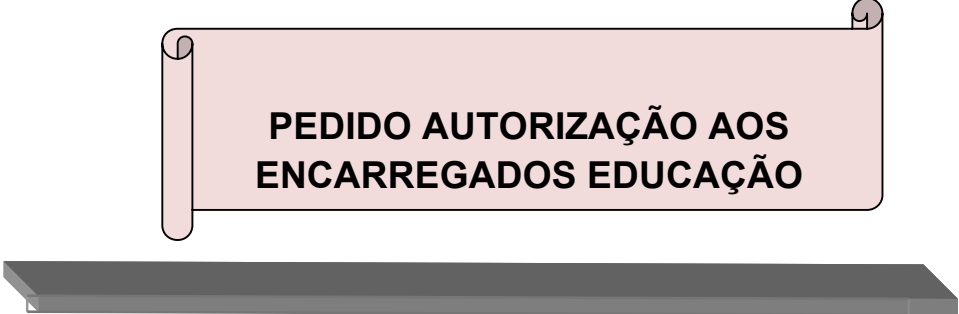
Observações:

- a) Deverá ser obtida a autorização dos encarregados de educação dos alunos a inquirir, com menos de 18 anos.
- b) Deverá ser retirado do questionário o nome da escola a fim de manter o anonimato do aluno.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

--

**A
N
E
X
O
4**



**PEDIDO AUTORIZAÇÃO AOS
ENCARREGADOS EDUCAÇÃO**



Exmo(a) Sr(a) Encarregado(a) de Educação
da Escola _____

No âmbito da dissertação do Mestrado de Educação Para a Saúde, da Escola Superior de Saúde de Viseu, um grupo de alunos estão a realizar um estudo sobre comportamentos de risco na adolescência/juventude. Os resultados obtidos com este estudo serão colocados ao dispor da comunidade educativa, assim como formação prestada pela Escola Superior de Saúde, com carácter gratuito.

A participação do seu educando é fundamental, confidencial e anónima, servindo apenas o questionário para tratamento estatístico e de intervenção formativa no meio escolar.

AUTORIZAÇÃO DO(A) ENCARREGADO(A) DE EDUCAÇÃO

Eu, _____ Encarregado(a) de educação
do(a) aluno(a) _____ n.º _____, da turma
____ do ____º ano, tenho conhecimento da realização de um questionário sobre comportamentos de
risco na adolescência/juventude e declaro que autorizo o meu educando a participar no mesmo,
durante o mês de _____.
Viseu, __/__/2012

(Assinatura do(a) encarregado(a) de educação)

