

IPV - ESSV |



# Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Manuela Ferreira por todo o incentivo à execução deste trabalho, à colaboração e disponibilidade;

Ao Professor Doutor João Duarte, pela orientação no tratamento estatístico;

Aos Presidentes do Conselho Executivo e Professores, das Escolas que colaboraram na aplicação dos questionários.

A todos os alunos que preencheram os questionários;

À minha esposa Lisdália e filha Maria, que permitiram a prossecução deste trabalho até à sua conclusão.



## RESUMO

**Enquadramento:** Emergem preocupações com todas as dimensões da sexualidade e com o contributo que cada um dos agentes educativos deve dar para a formação de adolescentes responsáveis nas suas escolhas e respeitadores da dignidade da pessoa humana.

**Objetivos:** Descrever as características sócio-demográficas, familiares e de carácter sexual da população em estudo; Identificar os conhecimentos que os adolescentes possuem acerca do planeamento familiar; Caracterizar as atitudes adotadas pelos adolescentes face ao preservativo e pílula; Analisar a influência das variáveis sociodemográficas, das variáveis contextuais à sexualidade e conhecimentos sobre planeamento familiar nas atitudes face ao preservativo e à pílula.

**Material e métodos:** Este estudo, caracteriza-se como sendo do tipo descritivo correlacional não experimental efetuado em corte transversal. A amostra não probabilística por conveniência é constituída por 1216 adolescentes que frequentam o 9º Ano de Escolaridade em Escolas Públicas Portuguesas, enquadrado no projeto PTDC/CPE-CED/103313/2008.

**Resultados:** Tiveram relações sexuais 15,1% dos rapazes e 10,5% das raparigas. Face ao preservativo, são os adolescentes com 14 anos que apresentam maior percentagem de atitudes muito adequadas (20,6%) e de atitudes inadequadas (21,3%). A maioria dos adolescentes que considera importante utilizar o preservativo apresenta atitudes inadequadas face à pílula (48,5%). A idade ( $p=0,242$ ) e a residência ( $p=0,719$ ) não influenciam as atitudes face ao preservativo; O sexo ( $p=0,038$ ) influencia as atitudes face ao preservativo; A idade ( $p=0,324$ ), a residência ( $p=0,862$ ) e a idade de início das relações sexuais ( $p=0,222$ ) não têm influência nas atitudes face à pílula; O sexo influencia as atitudes face à pílula anticoncetiva; Apresentam menor culpabilidade face ao preservativo os adolescentes que têm o pai ( $p=0,030$ ) e o namorado (a) ( $p=0,023$ ) como interlocutores sobre sexualidade; As variáveis de contexto não têm efeito significativo sobre as atitudes face à pílula anticoncetiva ( $p>0,05$ ). Verificou-se a existência de mais atitudes de culpabilidade e funcionalidade face ao preservativo e pílula anticoncetiva entre os adolescentes que possuem fracos conhecimentos sobre planeamento familiar.

**Conclusão:** A educação sexual deve constituir uma aposta dos profissionais de saúde, pois pode ser considerada a principal forma de prevenir comportamentos de risco, não devendo esta abordar unicamente os métodos contraceptivos

**Palavras-chave:** Adolescência, Sexualidade, Contraceção



## ABSTRACT

**Background:** Emerging concerns about all aspects of sexuality and the contribution that each agent must give education to train responsible teenagers in their choices and respect the dignity of the human person.

**Objectives:** Describe the socio-demographic, family and sexual character of the study population; Identify the knowledge that teens have about family planning To characterize the attitudes adopted by adolescents towards to condoms and birth control pills. Analyze the influence of sociodemographic and contextual variables and also knowledge about sexuality in family planning attitudes towards condoms and the pill.

**Methods:** A descriptive, non-experimental and cross-sectional study. The non-probabilistic convenience sample consists of 1216 adolescents attending the 9th year of study in Portuguese Public Schools and is part of the project PTDC/CPE-CED/103313/2008.

**Results:** 15.1% of boys and 10.5% of girls had sex. Teenagers aged 14 have more inadequate attitudes (21.3%) and very adequate attitudes (20,6%) towards condom. Most teenagers who believes it is important to use condoms has inappropriate attitudes against the pill (48.5%). Age ( $p = 0.242$ ) and residence ( $p = 0.719$ ) did not influence attitudes towards condoms, Sex ( $p = 0.038$ ) influences the attitudes towards condoms and pill; age ( $p=0,324$ ), residence ( $p=0,862$ ) and the age of initiation of sexual intercourse ( $p=0,222$ ) did not influence attitudes towards birth control pill. Have less culpability against the condom adolescents who have father ( $p = 0.030$ ) and boyfriend ( $p = 0.023$ ) as interlocutors about sexuality. The sexual context variables have no significant effect on attitudes towards pill ( $p > 0.05$ ).. Was verified the existence of more attitudes of guilt and functionality toward condom and birth control pill among adolescents who have weak knowledge about family planning.

**Conclusion:** Sex education should be a commitment to health professionals, it can be considered the main way to prevent risky behaviors and should not only address contraceptives methods.

**Keywords:** Adolescence, Sexuality, Contraception



## ÍNDICE

	Pág.
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b>	
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	
<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	
<b>ÍNDICE DE SÍMBOLOS</b>	
<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	
<b>2 - ADOLESCENTES E SEXUALIDADE.....</b>	<b>29</b>
<b>3 – CONHECIMENTOS E ATITUDES FACE À CONTRACEÇÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA</b>	
<b>4 – METODOLOGIA.....</b>	<b>47</b>
4.1 – MÉTODOS.....	47
4.2 – PARTICIPANTES .....	49
<b>4.2.1 – Caraterização sociodemográfica da amostra .....</b>	<b>50</b>
4.3 – INSTRUMENTOS .....	52
<b>4.3.1 – Escala de conhecimentos sobre planeamento familiar.....</b>	<b>52</b>
<b>4.3.2 – Escala de atitudes face ao preservativo.....</b>	<b>56</b>
<b>4.3.3 – Escala de atitudes face à pílula anticoncetiva .....</b>	<b>62</b>
4.4 – PROCEDIMENTOS .....	67
4.5. – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	68
<b>5 – RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA .....	71
5.2 - ANÁLISE INFERENCIAL .....	102

<b>6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>111</b>
<b>7 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES .....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO I – Instrumento de colheita de dados.....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXO II – Pedido de autorização para aplicação do questionário.....</b>	<b>141</b>

## INDÍCE DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1</b> - Estatísticas relativas à idade dos adolescentes.....	50
<b>Tabela 2</b> - Distribuição da amostra segundo a idade em função do sexo .....	51
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos adolescentes segundo a residência.....	51
<b>Tabela 4</b> - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global de conhecimentos sobre planeamento familiar.....	53
<b>Tabela 5</b> - Consistência interna do conhecimento sobre planeamento familiar.....	54
<b>Tabela 6</b> - Ordenações dos indicadores por fatores dos conhecimentos sobre planeamento familiar .....	55
<b>Tabela 7</b> -Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global de atitudes face ao preservativo .....	57
<b>Tabela 8</b> - Consistência interna das atitudes face ao preservativo .....	58
<b>Tabela 9</b> -Ordenação dos indicadores por fatores das atitudes e crenças face ao preservativo.....	60
<b>Tabela 10</b> -Valores de alfa de Cronbach por fatores da escala de atitudes face ao preservativo.....	60
<b>Tabela 11</b> - Correlação de Pearson entre os itens e sub-escalas.....	61
<b>Tabela 12</b> - Matriz de Correlação de Pearson entre funcionalidade, culpabilidade e fator global.....	61
<b>Tabela 13</b> - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global da escala de atitudes face à pílula.....	62
<b>Tabela 14</b> - Consistência interna das atitudes face à pílula .....	63
<b>Tabela 15</b> - Ordenação dos indicadores por fatores das atitudes face à pilula anticoncetiva.....	65
<b>Tabela 16</b> - Valores de alfa de Cronbach por fatores da escala de atitudes face à pílula .....	65
<b>Tabela 17</b> - Correlação de Pearson entre os itens e sub-escalas.....	66
<b>Tabela 18</b> - Matriz de Correlação de Pearson entre funcionalidade, culpabilidade e fator global .....	66
<b>Tabela 19</b> - Sexo e idade dos adolescentes para o namoro .....	71

<b>Tabela 20</b> - Duração do namoro segundo o sexo .....	72
<b>Tabela 21</b> - Interlocutores dos adolescentes segundo o sexo .....	73
<b>Tabela 22</b> - Outros interlocutores dos adolescentes segundo o sexo .....	73
<b>Tabela 23</b> - Interlocutores dos adolescentes segundo a idade .....	74
<b>Tabela 24</b> - Relações sexuais segundo o sexo.....	74
<b>Tabela 25</b> - Início da atividade sexual segundo a idade .....	75
<b>Tabela 26</b> - Estatísticas relativas à idade da primeira relação sexual .....	75
<b>Tabela 27</b> - Sexo e idade dos adolescentes segundo relações sexuais atuais .....	76
<b>Tabela 28</b> - Tempo de relacionamento para ter relações sexuais segundo o sexo .....	77
<b>Tabela 29</b> - Tempo de relacionamento para ter relações sexuais segundo a idade.....	77
<b>Tabela 30</b> - Sexo e idade dos adolescentes segundo a contraceção .....	78
<b>Tabela 31</b> - Sexo e idade dos adolescentes segundo o tipo de contraceção utilizada ...	79
<b>Tabela 32</b> - Contraceção de emergência segundo a idade.....	79
<b>Tabela 33</b> - Sexo e idade dos adolescentes segundo a importância da utilização de preservativo.....	80
<b>Tabela 34</b> - Sexo e idade dos adolescentes segundo a utilização do preservativo .....	81
<b>Tabela 35</b> - Comportamento sexual segundo o sexo.....	82
<b>Tabela 36</b> - Comportamento sexual segundo a idade.....	83
<b>Tabela 37</b> - Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre planeamento familiar .....	84
<b>Tabela 38</b> -Sexo, idade, residência, namoro, importância da utilização do preservativo e relações sexuais segundo os conhecimentos sobre Planeamento familiar.....	86
<b>Tabela 39</b> -Interlocutores dos adolescentes segundo os conhecimentos sobre planeamento familiar .....	88
<b>Tabela 40</b> - Comportamento sexual segundo os conhecimentos sobre planeamento familiar.....	90
<b>Tabela 41</b> - Sexo, idade, residência, namoro, importância de utilizar o preservativo, relações sexuais, contraceção e idade da primeira relação sexual segundo as atitudes face ao preservativo.....	92
<b>Tabela 42</b> - Interlocutores dos adolescentes segundo as atitudes face ao preservativo	94
<b>Tabela 43</b> - Estatísticas relativas às atitudes face ao preservativo .....	95
<b>Tabela 44</b> -Sexo, idade, residência, namoro, importância da utilização do preservativo, idade de início das relações sexuais, relações sexuais e contraceção segundo as Atitudes face à pílula.....	97
<b>Tabela 45</b> - Interlocutores dos adolescentes segundo as atitudes face á pílula .....	99
<b>Tabela 46</b> - Estatísticas relativas às atitudes face à pílula anticoncetiva .....	100
<b>Tabela 47</b> - Atitudes face ao preservativo segundo as Atitudes face à pílula.....	100

<b>Tabela 48</b> - Atitudes face ao preservativo e à pílula segundo os conhecimentos sobre planeamento familiar .....	102
<b>Tabela 49</b> - Resultado da aplicação do Teste de Kruskal-Wallis, funcionalidade, culpabilidade e total preservativo .....	103
<b>Tabela 50</b> - Teste T entre o sexo e atitudes face ao preservativo.....	103
<b>Tabela 51</b> - Teste T entre o sexo e as atitudes face à pílula.....	104
<b>Tabela 52</b> - Resultado da aplicação do Teste Kruskal-Wallis idade e residência e atitude face à pílula .....	104
<b>Tabela 53</b> - Resultado da aplicação do Teste U de Mann-Whitney, namoro, relações sexuais e importante utilizar preservativo e as atitudes face ao preservativo.....	105
<b>Tabela 54</b> - Resultado da aplicação do Teste U de Mann-Whitney, interlocutores e as atitudes face ao preservativo.....	106
<b>Tabela 55</b> - Resultado da aplicação do Teste de Kruskal-Wallis, idade, residência e início das relações sexuais e as atitudes face ao preservativo .....	107
<b>Tabela 56</b> - Resultado da aplicação do Teste U de Mann-Whitney, namoro e relações sexuais e atitudes face à pílula.....	108
<b>Tabela 57</b> - Resultado da aplicação do Teste U de Mann-Whitney, interlocutores e as atitudes face à pílula .....	108
<b>Tabela 58</b> - Resultado da aplicação do Teste Kruskal-Wallis, idade de início das relações sexuais e as atitudes face à pílula.....	109
<b>Tabela 59</b> - Análise da variância entre as atitudes face ao preservativo e pílula anticoncetiva e os conhecimentos sobre planeamento familiar .....	110



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>Gráfico 1</b> - Gráfico de variâncias de Scree Plot para o planeamento familiar .....	55
<b>Gráfico 2</b> - Gráfico de variâncias de Scree plot para o preservativo .....	59
<b>Gráfico 3</b> - Gráfico de variâncias de Scree Plot para a pílula anticoncetiva.....	64



## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b> - Esquema de investigação.....	49



## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Artº - Artigo

Cf. – conforme

CRP – Constituição da República Portuguesa

DIU – Dispositivo Intra Uterino

D.L – Decreto-Lei

DGS – Direção Geral de Saúde

Ex. – Exemplo

Et al. – entre outros

F – Teste F

Fem. - Feminino

K - Kurtosis

K/S – Coeficiente entre skewness e erro

Masc. – Masculino

Min. – Mínimo

Máx. - Máximo

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

OMS - Organização Mundial de Saúde

Pág. - Página

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SIU – Sistema Intra Uterino

UMW – teste U Mann-Whitney

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida

Vs - Versus



## ÍNDICE DE SÍMBOLOS

%	=	Porcentagem
N	=	Frequência
CV	=	Coeficiente de variação
$\leq$	=	Menor ou igual que
$\geq$	=	Maior ou igual que
<	=	Menor que
>	=	Maior que
=	=	Igual
$\chi^2$	=	Qui-quadrado
$\bar{X}$	=	Média
p	=	Significância
r	=	r de Pearson
s	=	desvio padrão
$\alpha$	=	Alfa de Cronbach
% V.E.	=	Porcentagem de variância explicada



## 1 – INTRODUÇÃO

A consolidação do conceito de Saúde Sexual e de Saúde Reprodutiva, a partir da segunda metade dos anos 90 contribuiu para que a necessidade de discussões sobre a importância da educação sexual nas escolas, conteúdos, metodologias e projetos de implementação e até novas dinâmicas curriculares. Emergem preocupações com todas as dimensões da sexualidade e com o contributo que cada um dos agentes educativos deve dar para a formação de adolescentes responsáveis nas suas escolhas e respeitadores da dignidade da pessoa humana.

Para CAMARGO e BOTELHO (2007) a adolescência é uma fase da vida onde o indivíduo se encontra em situação de aprendizagem, estando mais aberto que os adultos à adoção de novos comportamentos, o que justifica a pessoa com menos de 20 anos ser considerada parte de um público prioritário para a educação para a saúde.

Segundo BALLEATO (2009) a adolescência inicia-se com a puberdade, sensivelmente aos 12 anos no sexo feminino e aos 14 no sexo masculino. É possível marcar biologicamente o início da adolescência através das mudanças pubertárias, não o sendo no que diz respeito aos múltiplos e complexos comportamentos que envolvem este período.

A sexualidade é uma das dimensões do ser humano que envolve, género, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, amor e reprodução. É experimentada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos. (ABRAMOVAY, CASTRO e SILVA, 2004).

A liberdade na vivência da sexualidade implica informação sobre as várias dimensões da sexualidade incluindo a componente biológica, contraceção e doenças sexualmente transmissíveis, funcionamento biológico do corpo humano e a valorização dos aspetos de saúde numa perspetiva salutogénica. A Educação Sexual deve em nosso entender contribuir para uma vivência informada, mais gratificante, mais autónoma e mais responsável da sexualidade. Também a legislação portuguesa que regula a Educação Sexual em Meio Escolar aponta nesse sentido. Contudo continuamos a ouvir relatos de jovens a reivindicar educação sexual na escola, Jovens que engravidam por acidente, jovens com comportamentos sexuais de risco, sem consciência do risco que correm.

Como enfermeiros, e no contacto que temos com grupos de adolescentes, temos vivenciado a experiência de abordar assuntos como a gravidez, a contraceção, as IST/VIH, e deparamo-nos com grande falta de informação e por vezes informação incorreta acerca

destas temáticas. Por outro lado, sabemos que os adultos que cercam o adolescente, pais e professores, têm dificuldade em abordar estas questões no dia-a-dia, não permitindo com isso que os jovens tenham uma fonte segura de informação.

Assim sentimos necessidade de saber quais são as atitudes face á sexualidade dos adolescentes portugueses e que variáveis a influenciam. Para tal realizamos um estudo, do tipo descritivo correlacional não experimental efetuado em corte transversal. integrado no projeto de investigação a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, denominado “Monitorização de indicadores de Saúde Infanto-Juvenil: Impacto na Educação para a Saúde”.

Pretendemos:

⇒ Descrever as características sócio-demográficas, de relacionamento e namoro da população em estudo.

⇒ Identificar os conhecimentos que os adolescentes possuem acerca do planeamento familiar.

⇒ Caracterizar as atitudes adotadas pelos adolescentes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva.

⇒ Analisar a influência das variáveis sociodemográficas nas atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva.

⇒ Analisar a influência das variáveis contextuais à sexualidade e conhecimentos sobre planeamento familiar nas atitudes face ao preservativo e à pílula.

Tendo em conta o enquadramento teórico, elaboraram-se as seguintes questões de investigação:

- Que Conhecimentos possuem os adolescentes do 9º ano sobre planeamento familiar?
- Quais as atitudes adotadas pelos adolescentes face ao preservativo e pílula?
- De que modo as variáveis sociodemográficas (idade, sexo e residência) influenciam as atitudes face ao preservativo e à pílula?
- Em que medida as variáveis de contexto (interlocutores dos adolescentes, idade da 1ª relação sexual, contraceção, comportamento sexual, namorar, importância da utilização de preservativo e as relações sexuais) e conhecimentos sobre planeamento familiar têm efeito significativo sobre as atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva (funcionalidade e culpabilidade)?

Para dar resposta às questões de investigações e objetivos formulados estruturamos o nosso estudo em duas partes. A primeira apresenta a fundamentação teórica, onde analisamos a diversa literatura relevante e está dividida em três capítulos. No primeiro

capítulo, fazemos uma abordagem à sexualidade e às alterações que ocorrem durante a adolescência. No segundo capítulo, abordamos os conhecimentos e atitudes face à contraceção, os métodos contraceptivos a que os adolescentes podem ter acesso e diversos estudos centrados na temática por nós abordada.

Na segunda parte descrevemos a contribuição empírica, delineando no primeiro capítulo a metodologia implementada para a sua consecução, desde a conceptualização do estudo, passando pela enunciação e operacionalização das variáveis, formulação das hipóteses, apresentação do instrumento de recolha de dados, respectivos procedimentos na seleção da amostra, caracterização da amostra e procedimentos estatísticos. No segundo capítulo expomos os resultados obtidos, ao terceiro capítulo corresponde a discussão dos resultados e por fim, no quarto capítulo apresentamos as conclusões/ sugestões. O terceiro capítulo apresenta a discussão dos resultados e as conclusões/sugestões. Por fim apresentamos a bibliografia consultada e utilizada durante a elaboração do presente trabalho.

Esta investigação foi baseada em três tipos de informação de carácter científico: informação primária e secundária, tais como artigos científicos, teses e livros, algumas delas adquiridas via web



**PARTE I**

---

**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



## 2 – ADOLESCENTES E SEXUALIDADE

Os adolescentes têm sido classificados como um grupo potencial de risco, nomeadamente pelos seus comportamentos sexuais, incluindo o início precoce da atividade sexual, o uso incorreto do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.

A palavra adolescência vem do latim *adolescere* que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade”, sendo que somente a partir do final do século XIX a expressão foi vista como uma etapa distinta do desenvolvimento. A adolescência, período de vida compreendido entre 10 e 20 anos, é uma fase conflituosa. Ocorrem transformações físicas e emocionais importantes, preparando a criança para assumir um novo papel perante a família e a sociedade. A fase onde há modificações no corpo chama-se de puberdade. Ocorre a primeira menstruação nas meninas (menarca), as ejaculações espontâneas, sem coito, o crescimento de pêlos no corpo, a mudança de voz nos rapazes, o amadurecimento da genitália, com aumento do tamanho do pênis e das mamas, entre outros PEREIRA et al (2007).

Esta fase singular da vida, está associada a experiências da infância e às potencialidades inerentes ao indivíduo adulto, o que a caracteriza como um período de significativas transformações. Os adolescentes vivem o seu próprio tempo, participam da vida social, onde estão integrados e vão sofrendo um amplo redimensionamento de papéis sociais. É preciso, portanto, ao trabalhar com os adolescentes, considerar as condições econômicas, políticas, sociais e culturais que determinam seus comportamentos individuais e grupais.

Nas atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde com adolescentes, devem inserir-se elementos éticos, biológicos, culturais e sociais nas discussões coletivas e no diálogo individualizado. Estas ações devem envolver a família, uma vez que essa instituição é a principal promotora da singularização do indivíduo na sociedade. No decorrer da infância e parte da adolescência é que se firmam os valores culturais para homens e mulheres. É no convívio com os pais e restantes familiares que se marca o padrão cultural da sexualidade. A partir daí, o comportamento feminino e o masculino são construídos em função dos valores do seu grupo social.

Segundo VIEIRA (2009) antes de definirmos o conceito de adolescência convém que se distinga claramente adolescência de outros dois conceitos geralmente associados:

puberdade e pubescência. Assim sendo, a puberdade é vista como o conjunto de modificações físicas que transformam o corpo infantil, durante a segunda década de vida, num corpo adulto, capaz de reproduzir. Por seu lado, a pubescência é o período que antecipa a puberdade e as mudanças físicas nela ocorridas.

Para o Grupo de Trabalho de Educação Sexual (2007) a puberdade: inicia o processo de desenvolvimento da adolescência e estende-se por um período variável, em regra durante dois ou três anos. Com uma produção das hormonas sexuais e com o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, a curiosidade sexual intensifica-se. É uma época de profundas alterações biológicas e psicológicas, onde são inevitáveis mudanças de humor e de comportamento. Na puberdade, desenvolve-se uma sexualidade interiorizada em que as fantasias sexuais, os impulsos desconhecidos e a possibilidade de concretização física do ato sexual invadem o imaginário adolescente.

Na realidade entende-se por puberdade o período durante o qual se faz a maturidade sexual. No homem esta realiza-se progressivamente, por graus, e dura muito tempo, e termina com o aparecimento de espermatozoides no esperma. Na rapariga esta termina com o aparecimento da primeira ovulação. A puberdade determina uma série de transformações nos aspetos morfológicos e do funcionamento do corpo, psíquicas e comportamentais que marcam o início da adolescência. Com estas modificações também se despoletam importantes alterações nas relações interpessoais do adolescente, o que implica uma intensa reestruturação da auto imagem e impulsiona decisivamente a formação da identidade adulta. VIEIRA (2009)

DIAS (2002) diz-nos que, a adolescência é um fenómeno novo com determinantes complexas. Entre estas podem apontar-se a melhoria das condições gerais de vida e nutrição, que terão contribuído para uma significativa antecipação da idade média de início da puberdade.

Freud (citado por VIEIRA 2009) caracteriza a adolescência como um período turbulento e os adolescentes como imprevisíveis, inconstantes e atormentados. O período é turbulento porque as mudanças físicas da puberdade aumentam os seus desejos sexuais, e os adolescentes sentem a necessidade de encontrar objetos apropriados para investir a sua sexualidade.

Durante a adolescência a afetividade, que até então apenas se circunscrevia essencialmente à família, alarga-se e pode orientar-se para amigos e amigas da mesma idade e outros adultos. Mais do que aprender coisas novas, o adolescente anseia por ser um ser social, é uma pessoa que procura descobrir alguém com quem se relacionar.

É necessário conhecer e associar as componentes biológica, psicológica, sociológica e antropológica da sexualidade a fim de compreender melhor as preocupações, dúvidas e

angústias dos jovens, relacionadas com o corpo sexuado e a sua normalidade, o seu potencial sexual e as relações que estabelecem com os outros (PELÈGE E PICOD, 2006).

### ALTERAÇÕES BIOLÓGICAS

Segundo VIEIRA (2009) o início da adolescência é assinalado pelas significativas transformações físicas relativas à puberdade. No entanto, emergem dificuldades quando pretendemos identificar o fim desta fase de desenvolvimento humano. É durante a puberdade, que ocorre, normalmente entre os 10 e os 16 anos, que essas transformações são maiores, no sentido de preparar os indivíduos para a reprodução. Como consequência dessas transformações, surgem os caracteres sexuais secundários, que acentuam as diferenças entre os rapazes e as raparigas.

Nos rapazes, os primeiros indícios das transformações consistem:

- Mudança de voz (torna-se mais grave);
- Alargamento dos ombros e desenvolvimento dos músculos;
- Aparecimento de pêlos nos órgãos genitais, axilas, na face e noutras regiões do corpo;
- Aparecimento do acne;
- Aumento dos órgãos genitais (pénis e testículos);
- Aumento da transpiração e oleosidade da pele;
- Acontecem as primeiras ejaculações;

A ejaculação pode ser um indicador de maturação sexual nos rapazes, uma vez que os testículos são ativados por influência das hormonas produzidas na hipófise e lançadas na corrente sanguínea e que vão produzir a produção de testosterona, inicia-se a produção de espermatozoides. Por seu lado, nas raparigas o indicador que assinala o alcance completo da maturidade reprodutiva é o início da menstruação. Antes de ocorrer a menstruação, dá-se o desenvolvimento de um número importante de características secundárias:

- Desenvolvimento dos seios;
- Alargamento das ancas e crescimento mais rápido;
- Aparecimento de pêlos nos órgãos genitais e nas axilas;
- Aparecimento do acne;
- Aumento da transpiração e oleosidade da pele;

Numa abordagem mais centrada na dimensão biológica da adolescência, associa-se a definição da maturidade sexual à capacidade de reprodução. Porém, é necessário indagar sobre qual é o impacto das mudanças físicas na dimensão psicológica do adolescente (LUCAS, 2009). A autora refere ainda que é necessário encarar a integração do seu “exterior” (a forma como se apresenta e como os outros o encaram) com o seu “interior”

(como se identifica e integra na sua dimensão psicológica). Aqui, o adolescente tem um duplo desafio: “mostrar-se” com um “novo” corpo aos outros e integrar-se nesse corpo, ou seja, tomá-lo e aceitá-lo como a base da sua identidade”

### ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS

As transformações na adolescência verificam-se também pelo movimento psicológico de afastamento do adolescente face aos pais, e pela procura fora do espaço familiar de novas e diferentes formas de satisfação. No plano psicológico, cada indivíduo adquire a identidade sexual no decorrer dos primeiros anos de vida, seguindo-se um caminho distinto para os dois sexos. A formação da identidade do adolescente tem uma função psicológica e social. BRÁS (2008) diz que a função psicológica implica que a construção da identidade surja da necessidade que o indivíduo tem em organizar e compreender a sua individualidade de uma forma consistente e sem contradições. A função social caracteriza-se por um processo social que surge das pressões externas para que o indivíduo escolha e invista em papéis familiares, profissionais e sociais, o que lhe dá um estatuto na sociedade. A tarefa do adolescente é duplamente complexa, porque serve estas duas funções. O adolescente tem de possuir um desenvolvimento psicológico adequado e a construção da sua identidade tem de ser adaptada à sociedade em que está inserido.

Durante a adolescência a afetividade alarga-se e pode orientar-se para amigos da mesma idade e outros adultos. Mais do que aprender coisas novas, o adolescente anseia por ser um ser social, procurando alguém com quem se relacionar. Neste período da vida os adolescentes vivem também mudanças afetivas, cognitivas, de valores e de relações sociais, sendo os três principais agentes de socialização a família, o grupo de pares e a escola. VIEIRA (2009)

Para RAMOS et al (2008) a sexualidade define-se por uma rede totalizante e irreduzível de condutas, atitudes, afetos e sobretudo pela modelagem sociocultural legitimadora desses mesmos comportamentos. Compreender a sexualidade juvenil é compreender a cultura e a comunidade onde se inscrevem esses comportamentos, permitindo conhecer o normal e o desviante. Assim, a Sexualidade é perspectivada como uma experiência social que se insere num determinado sistema de significado, designado Cultura Sexual. Em cada cultura sexual existem certos analisadores ou componentes que estruturam o sentido atribuído à Sexualidade. 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. A Sexualidade transforma-se assim numa experiência com sentido social. A noção de representação social da Sexualidade é

entendida como um esquema de conhecimento partilhado pelos diversos elementos dos grupos que compõem o campo social. Em suma, a Sexualidade é uma experiência cultural, mas socialmente reconstruída pelo universo simbólico dos grupos, dado serem verdadeiros agentes de ação social.

“Sendo a sexualidade uma dimensão vivencial, onde interagem os contextos biológico, psicológico, social e cultural, torna-se importante perceber até que ponto os comportamentos sexuais estão codificados por variáveis construídas em universos multidimensionais. Esta multidimensionalidade torna-se particularmente importante no caso da sexualidade dos adolescentes. De facto, é neste período que se vão estruturar as bases comportamentais que modelarão os comportamentos sexuais futuros. (LEVAY, 2002 citado por FONSECA e LUCAS, 2009)”

A perspetiva construcionista rejeita a sexualidade como um fenómeno universal ou como uma força natural concebendo-a, fundamentalmente, como um sistema de significados que organiza as interações e o acesso ao poder e aos recursos. Mais do que uma experiência resultante de variáveis biológicas e psicológicas, a sexualidade é concebida como resultante das particularidades da sociedade local e do modo como esta define expectativas e oportunidades. Esta perspetiva chama a atenção para o modo como as autoridades científicas e os meios de comunicação social, por exemplo, promovem determinadas construções da sexualidade, definindo qual o período etário de maior atividade sexual, como a sexualidade se relaciona com o casamento, como se delimita o que é apropriado para a mulher e para o homem em termos sexuais e quais as condições sociais que definiram a sexualidade como uma questão de saúde. SAAVEDRA et al (2007)

O resultado de várias décadas de pesquisa sobre as diferenças de género diz-nos que homens e mulheres são um grupo psicologicamente muito semelhante (CONNELL, 2002). KIMMEL (2000) defende mesmo que as diferenças entre mulheres e homens não são tão grandes como as diferenças que existem entre homens e entre mulheres.

Segundo PLUMER (2005), a sexualidade masculina é geralmente carregada de estereótipos relacionados com a ideia de uma sexualidade que responde a impulsos naturais poderosos, que é incontável, centrada no pénis, que procura ter relações sexuais sempre que puder, e que tem uma necessidade constante de ter orgasmos. Deste modo, os homens são pressionados para ter relações sexuais, como se de uma necessidade natural se tratasse.

As mudanças nos comportamentos transformaram as normas sociais existentes que regulam as práticas sexuais. Estas são cada vez menos absolutas e inatingíveis, fundadas sobre as regras de uma religião ou de uma comunidade; deixando de servir para controlar ou censurar a juventude, vigiar o casamento ou prescrever os atos contranatura (BOZON, 2005).

As normas sexuais são cada vez menos transmitidas pela família, pelo grupo social ou pela escola e cada vez mais elaboradas em conversas entre pares, entre confidentes e mesmo entre parceiros. Cada vez mais flexíveis e evolutivas, as orientações normativas acompanham o processo de individualização dos comportamentos: os indivíduos referem-se àquilo que conhecem, a vulgarizações psicológicas, ao que vêm na televisão e no cinema, aos resultados de inquéritos ou estatísticas sobre os comportamentos sexuais que possam conhecer. Os atores tendem a interpretar cada vez mais os seus comportamentos sexuais em função de situações e de contextos relacionais, mais do que de princípios absolutos.

KIMMEL e PLANTE (2004) dizem-nos ainda que quanto mais informação tivermos sobre a sexualidade “melhor para nós enquanto indivíduos, como parceiros sexuais, como culturas”. O aumento da informação sobre a sexualidade parece levar a um aumento do sexo seguro, com menos doenças sexualmente transmissíveis, menos gravidezes indesejadas e menos violência sexual.

As relações interpessoais interferem mais na componente afetiva do adolescente, enquanto as fontes de informação interferem mais na componente cognitiva, enquanto a relação familiar interfere nas três componentes (BASTOS, 2001).

Uma vivência sexual segura e prazerosa leva ao bem-estar emocional do adolescente, ao qual a saúde sexual e reprodutiva também diz respeito.

As atividades de Planeamento Familiar são uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva. A consulta de planeamento familiar deve assegurar a informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das infeções sexualmente transmissíveis, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concecionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas. A DGS (2008) definiu como objetivos da consulta de planeamento familiar:

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura
- Regular a fecundidade segundo o desejo do casal;
- Preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis;
- Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil;
- Reduzir a incidência das infeções sexualmente transmissíveis e as suas consequências, designadamente, a infertilidade;
- Melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família.

Existem atualmente várias consultas gratuitas, às quais os adolescentes podem recorrer para obter apoio na área da contraceção, planeamento familiar ou da sexualidade, tais como a consulta de planeamento familiar nos centros de saúde, nos gabinetes de Saúde Juvenil do Instituto Português da Juventude e nas consultas para adolescentes

disponíveis em diversas associações não-governamentais, freguesias e/ ou câmaras municipais.

Para SANTOS LEITE et al (1997) citado por BRÁS (2008) a contraceção na adolescência deve ser encarada como uma necessidade premente no sentido da prevenção, uma vez que a gravidez na adolescência é um problema relevante na saúde pública a nível mundial.



### 3 – CONHECIMENTOS E ATITUDES FACE À CONTRACEÇÃO

A legislação Portuguesa contempla alguns aspetos fundamentais no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, garantindo o acesso a consultas de planeamento familiar a todos que a procuram (Art.º 67/2, d da CRP), tal como a disponibilização dos métodos anticoncetivos (D.L. – 259/2000 de 17 de Outubro), o acesso a consultas fora de área em qualquer serviço a qualquer jovem (D.L.-120/99 de 11 de Agosto) e o acesso livre à contraceção de emergência (D.L. - 12/2001 de 29 de Maio)

Os jovens que receberam uma educação centrada na informação sobre sexualidade e contraceção, iniciaram a sua vida sexual mais tarde e de uma forma mais consciente (VAZ, 2011).

A contraceção veio permitir a vivência de uma sexualidade mais responsável, partilhada, favorecendo relações estáveis e modificar os dados da nossa sociedade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, “a saúde sexual é um estado de bem-estar físico, mental e social relacionado com a sexualidade. Implica uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das interações sexuais, comportando experiências sexuais seguras e prazenteiras, livres de coerção, discriminação e violência” (WHO, 2010).

No sentido de melhorar a saúde sexual dos adolescentes, é essencial entender as especificidades desta faixa etária, a complexidade que envolve uma temática tão ligada à intimidade e se traduz por comportamentos sexuais diferentes de indivíduo para indivíduo (LUCAS, 1993), mas igualmente as consequências do comportamento de risco (não utilização do preservativo), nomeadamente as infeções sexualmente transmissíveis com maior incidência em adolescentes.

Em 2005 foi criado um Grupo de Trabalho para a Educação Sexual / Educação para a Saúde em Meio Escolar, que determinou que a educação sexual será abordada no âmbito de um programa de promoção da saúde, os assuntos a abordar devem envolver, entre outros o entendimento da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que englobe valores e uma dimensão ética, a compreensão dos aspetos relacionados com as principais IST's (incluindo o VIH/SIDA), a maternidade na adolescência e a interrupção voluntária da gravidez, assim como os aspetos relacionados com o uso de métodos contraceptivos e de preservativos. MATOS et al (2009).

Num estudo realizado no Brasil, por ABRAMOVAY, CASTRO e SILVA (2004), onde foram inquiridos dez mil adolescentes, pode observar-se que 66,5% dos adolescentes tiveram a primeira relação sexual até aos 16 anos.

Segundo VAZ (2011) os adolescentes que participaram na sua investigação, falaram a primeira vez sobre sexualidade (52,5%) com amigos.

Alguns estudos realizados em Portugal indicam que cerca de 23% da população jovem se inicia sexualmente com menos de 16 anos e cerca de 24% dos adolescentes não utiliza os contraceptivos de forma consistente (NODIN, 2001).

Num inquérito realizado aos jovens, os dados relativos à iniciação sexual apontam para que a maioria dos jovens (cerca de 49%) comece a ter relações sexuais no intervalo que vai dos 15 aos 17 anos (FERREIRA, 2003).

Segundo BRÁS (2008) citando MAIA et al (2001), que efetuou um estudo baseado no conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade, concluiu que o início da atividade sexual nos rapazes foi aos 14 anos, sendo a média de 16 anos, enquanto as raparigas iniciaram a atividade sexual aos 16 anos, sendo a média de 16,6 anos. Os rapazes raramente utilizam algum método contraceptivo e quando utilizam, o preservativo é o método escolhido, 87% das raparigas que tiveram relações sexuais utilizam a pílula com método contraceptivo. 78% dos adolescentes apresentam fracos conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos.

Para avaliar os conhecimentos sobre métodos contraceptivos, SAMPAIO e SILVA (2006), aplicaram o Questionário sobre conhecimentos específicos e atitudes na adolescência – QCEASA. Sendo a amostra constituída por 204 adolescentes portugueses, residentes no norte de Portugal. Puderam constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do conhecimento de métodos contraceptivos, entre os jovens sexualmente ativos e os não ativos. Nesta amostra 20% eram sexualmente ativos, 83% usava sempre métodos contraceptivos e 17% referiu usar ocasionalmente métodos contraceptivos.

CASTRO e RODRIGUES (2009) realizaram um estudo no norte de Portugal com o intuito de averiguar o conhecimento dos adolescentes sobre contraceção de emergência, onde constataram que 68% não eram sexualmente ativos, daqueles que iniciaram a atividade sexual verificaram que a idade de início foi de 16 anos nas raparigas e 14 nos rapazes, somente 18% referiu utilizar métodos anticoncepcionais constantemente. Apenas 8% mencionaram já ter recorrido à contraceção de emergência, verificaram também que os adolescentes que utilizaram a contraceção de emergência, a maioria não possuíam conhecimento acerca deste tipo de contraceção.

RAMIRO et al (2011) elaboraram um estudo, “Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes, tendo uma amostra de 3331 jovens, puderam observar que a maioria (77,3%) afirma nunca ter tido relações sexuais, dos que referem ter iniciado a sua vida sexual (22,7%), 27,4% são rapazes e 18,6% são raparigas. Dos jovens que iniciaram a atividade sexual, 71,1% referem ter tido a sua primeira relação sexual aos 14 anos ou mais tarde, 24,6% dos rapazes referem ter iniciado a relação sexual entre os 12 e 13 anos e 83,8% das raparigas aos 14 anos de idade. 87,8% utilizou contraceção na última relação sexual, designadamente o preservativo (94,1%).

Num trabalho realizado por SAMPAIO e SILVA (2006), que teve como objetivo avaliar os conhecimentos sobre métodos contraceptivos, bem como condutas e atitude sexuais, puderam observar que 80% dos adolescentes não são sexualmente ativos, que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do conhecimento dos métodos anticoncetivos entre os adolescentes sexualmente ativos e não ativos.

GONÇALVES et al (2005) citado por LUCAS (2009), verificaram num estudo, em que a média de idades se situou nos 15,2, verificou-se que 7,1% não tinham usado preservativo na sua última relação sexual. Na abordagem *focus-groups* os adolescentes reconhecem a importância do uso do preservativo mas poucos afirmam que o usem sempre que têm relações sexuais.

RAMOS et al (2008), ao estudarem as atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população jovem de Matosinhos, com uma amostra de 1792 jovens, tendo por idade média 15,2 anos, puderam observar que aos 14 anos, 4,5% dos jovens já teriam experienciado relações sexuais coitais. No que diz respeito aos métodos anticoncetivos 76,8% dos inquiridos com experiência sexual coital utiliza sempre métodos anticoncetivos, sendo as raparigas onde se observa maior predominância de utilização, 25% dos inquiridos não usa sistematicamente qualquer método anticoncetivo e 11,9% usa como método o coito interrompido. Verificaram também que em relação às atitudes face à prevenção e métodos anticoncetivos, são os rapazes que mais atitudes negativas possuem face ao preservativo. Observaram também que os jovens se estimam como sendo agentes de risco face às infeções sexualmente transmissíveis, são conhecedores das principais vias de transmissão do VIH e sabem que só o preservativo o previne.

ANASTÁCIO (2010), ao realizar um estudo intitulado “Sexualidade na fase intermédia da adolescência: relacionamentos, comportamentos e conhecimentos”, pode observar que os adolescentes apresentam baixo nível de diálogo acerca da sexualidade com as várias pessoas com quem se relacionam, sendo os interlocutores privilegiados os amigos.

TORRES (2011) pode concluir que níveis mais elevados de conhecimentos sobre métodos contraceptivos, surgem relacionados como: ser do sexo feminino, frequentar escolaridade mais avançada, pertencer à classe alta e ter apenas um parceiro sexual.

LE GALL (2004), diz-nos que nem sempre a iniciação sexual lembrada pelos jovens corresponde ao momento da primeira relação sexual completa. Quando esta primeira relação é associada apenas a um desempenho físico, “dissociado de todo o investimento afetivo” pode não ser considerada enquanto tal. Pelo contrário, as trocas corporais sem penetração, pelos sentimentos envolvidos, podem ser escolhidas para simbolizar o momento da primeira relação sexual. Deste modo, não é possível considerar que a primeira vez se reduz apenas ao momento da relação com penetração.

Na sua dissertação de mestrado, LUCAS (2009), intitulada “Adolescência e Sexualidade – Sintomas depressivos e comportamentos sexuais de risco na adolescência, concluiu que 75,35% dos adolescentes já tiveram relações sexuais, 63,68% afirmaram que na sua atividade sexual utilizavam o preservativo e 6,97% afirma nunca ter utilizado o preservativo.

COSSERMELLI (2007) considerou alarmante a percentagem de adolescentes (10,3%), na faixa dos 15-18 anos, que utilizam o coito interrompido como método contraceptivo. No que diz respeito à contraceção de emergência, constatou que foram as raparigas na faixa etária dos 15-18 anos as que mais fizeram uso da mesma (60%), tendo feito uso da mesma mais que uma vez 20%.

A atividade sexual, sem proteção, expõe as adolescentes à gravidez não desejada e às infeções de transmissão sexual. É fundamental na adolescente sexualmente ativa a utilização de métodos contraceptivos eficazes de forma correta e consistente, sempre em associação com o preservativo para prevenção simultânea das infeções de transmissão sexual. (CONSENSOS SOBRE CONTRACEÇÃO, 2011)

A contraceção na adolescência deve ser encarada frontalmente como uma necessidade premente no sentido da prevenção e num quadro integrante de uma educação para a vida, uma vez que a gravidez na adolescência é tida como um problema relevante na área da saúde pública a nível mundial, sendo Portugal o segundo país da Europa com maior número de mães adolescentes (SAMPAIO, 2006 citado por BRÀS, 2008)

Para CORDEIRO (2009) o grau de eficiência dos métodos contraceptivos ia, a pílula e a esterilização são vistos como tendo um elevado grau de eficácia.

Segundo BOUZAS et al (2004) nem todos os métodos contraceptivos são indicados para adolescentes. Embora o coito interrompido não seja considerado um método contraceptivo, aparece como uma conduta sexual frequente entre adolescentes no início da atividade sexual. O coito interrompido exige um grande autocontrolo e rigor por parte do

rapaz, apresentando valores elevados de risco, não sendo por isso aconselhado como método contraceptivo em adolescentes

A contraceção de emergência é o método utilizado para prevenir a gravidez após relações sexuais desprotegidas ou em que haja falha do método contraceptivo utilizado. Deve ser usada apenas em situações de emergência (CONSENSOS DE CONTRACEÇÃO, 2011).

Para VAZ (2011) as atitudes são predisposições para avaliar favoravelmente ou desfavoravelmente os objetos e vão-se formando ao longo da vida em resultado de experiências e comportamentos aprendidos com os outros

A atitude é uma consequência direta do processo de conhecimento do ambiente social que nos rodeia, através de sentimentos pró ou contra pessoas e coisas com as quais entramos em contato. Esta é formada por três componentes ou elementos que interagem entre si na sua formação, sendo elas:

- Componente cognitiva: representa o conhecimento, informações, opiniões acerca do objeto da atitude. Para que haja uma carga positiva, negativa ou neutra é necessário antes uma representação cognitiva deste objeto;

- Componente afetiva ou emocional: representam os sentimentos pró ou contra um determinado objeto social;

- Componente comportamental: refere-se ao componente ativo, resultante da combinação de cognição e afeto, que instiga o comportamento, uma predisposição para a ação (RODRIGUES et al, 2000).

NODIN (2001) diz-nos que as atitudes e crenças específicas da sexualidade são muito importantes, uma vez que são fatores que podem influenciar a saúde dos indivíduos e desta forma também a sua integridade a vários níveis.

As atitudes sexuais dos adolescentes sofreram uma evolução e uma aceleração constante durante os últimos anos, traduzindo-se esta evolução por uma permissividade crescente em relação a questões relacionadas com a sexualidade, como por exemplo a importância da virgindade antes do casamento e a homossexualidade. (SOUSA, 2000)

Analisando alguns estudos efetuados no âmbito da utilização dos métodos contraceptivos, verifica-se que os jovens, no geral, não utilizam qualquer método contraceptivo ou então utilizam de forma irregular a contraceção, expondo-se a uma gravidez não desejada para além, claro, do risco de contração de uma infeção sexualmente transmissível. (REIS e MATOS, 2007).

A adolescente sexualmente ativa deve utilizar métodos contraceptivos eficazes, de forma correta e consiste, associando sempre o preservativo para prevenção simultânea das infeções de transmissão sexual. De acordo com os CONSENSOS SOBRE CONTRACEÇÃO (2011) a idade por si só não constitui contraindicação à utilização de qualquer método

contracetivo, sendo que a maioria dos métodos pode ser utilizada sem restrições. Existe uma grande variedade de métodos contracetivos, sendo eles:

- **Contraceção hormonal combinada** (oral, transdérmica, anel vaginal): apresenta eficácia elevada, possuindo também benefícios não contracetivos (regularização dos ciclos menstruais, diminuição da dismenorreia, melhoria do acne e prevenção de quistos funcionais). Não protege das infeções sexualmente transmissíveis.

- **Implante**: Apresenta elevada eficácia, com comodidade posológica, representa uma alternativa viável, particularmente nas adolescentes que pretendam um contraceção eficaz de longa duração e ou que têm dificuldade na utilização de outros métodos.

- **Progestativo injetável**: não é aconselhado antes dos 18 anos, devido à diminuição mineral óssea associada. A utilização por períodos superiores a dois anos deve limitar-se às situações em que outros métodos não podem ser utilizados ou não estão disponíveis. Não protege das infeções sexualmente transmissíveis.

- **Dispositivo intra-uterino de cobre ou SIU com levonorgestrel**: alternativa contracetiva a considerar particularmente em mães adolescentes. Nas nulíparas pode existir maior dificuldade de colocação e taxa de expulsão mais elevada, a indicação deve ser individualizada. Não protegem das infeções sexualmente transmissíveis.

- **Preservativo**: é o único método de proteção contra as infeções sexualmente transmissíveis, deve sempre associar-se outro método.

- **Métodos naturais (coito interrompido, método calendário)**: não recomendados a adolescentes, apresentam baixa eficácia. Não protegem das infeções sexualmente transmissíveis.

- **Contraceção de emergência**: segura e bem tolerada nas adolescentes. Deve constituir uma oportunidade para iniciar uma contraceção regular. Não protege das infeções sexualmente transmissíveis.

- **Contraceção definitiva**: considerada em situações especiais quando outros métodos não são aceitáveis e existe uma contraíndicação absoluta à gravidez.

- **Dupla proteção**: consiste no uso simultâneo de um método contracetivo eficaz associado ao preservativo masculino, sendo esta a melhor forma de evitar a gravidez indesejada e as infeções de transmissão sexual entre adolescentes.

BRYTANT (2009) concluiu no seu estudo que 46,7% dos estudantes utilizaram métodos contracetivos, o método mais utilizado foi o preservativo masculino (48,2%), seguido da pílula (22,4%) e coito interrompido (10,6%). As razões da escolha do método anticoncepcional foram a fiabilidade (17,6%), a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (17,6%) e poucos efeitos secundários (15,7%).

Educação e reforço são importantes ferramentas para ajudar os adolescentes a utilizarem corretamente os contraceptivos, sendo o envolvimento dos pais e profissionais de saúde fundamental. De acordo com HOLCOMB et al (2009) os pais deveriam participar ativamente em todo este processo, apesar da responsabilidade crítica recair sobre os profissionais de saúde e nos professores.

A contraceção assume especial importância quando diz respeito aos adolescentes, ao verificar-se que a atividade sexual se inicia cada vez mais cedo, também se inicia mais cedo o uso de contraceção, desta forma considera-se de extrema importância que os jovens possuam conhecimentos adequados bem como uma atitude positiva face ao uso de métodos contraceptivos e à prevenção das infeções sexualmente transmissíveis. Só assim poderão realizar escolhas conscientes e viverem a sua sexualidade de forma saudável.



**PARTE II**

---

**CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA**



## 4 – METODOLOGIA

A segunda parte desta pesquisa inicia com as considerações metodológicas.

Depois da apresentação da fundamentação teórica, cabe-nos agora apresentar a fase metodológica do trabalho.

Este capítulo inicia-se com os métodos, onde serão expostas as questões de investigação, objetivos e o esquema de investigação, seguindo-se a caracterização sociodemográfica da amostra, a validade das escalas utilizadas no instrumento de colheita de dado, os procedimentos utilizados na sua aplicação e para finalizar uma breve descrição dos procedimentos estatísticos utilizados.

### 4.1 – MÉTODOS

O tema “**Adolescentes e sexualidade: conhecimentos e atitudes**” surge da necessidade de conhecer as atitudes e os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade, está integrado no projeto de investigação a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, denominado “Monitorização de indicadores de Saúde Infanto-Juvenil: Impacto na Educação para a Saúde”.

Para LÓPEZ e OROZ (1999) citados por VAZ (2011) a sexualidade na adolescência surge com resultado das alterações ocorridas na puberdade, em que os fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais vão condicionar o pensamento, sentimentos e sexualidade do adolescente. Os adolescentes muitas vezes não são capazes de avaliar e assumir as consequências de uma vida sexual ativa, o início precoce da atividade sexual pode colocar muitos problemas aos adolescentes.

Nomeadamente a gravidez na adolescência, apesar de os adolescentes iniciarem a atividade sexual cada vez mais cedo verifica-se que existe uma grande lacuna nos conhecimentos que possuem sobre os métodos contraceptivos (VASCONCELOS, 1999; NODIN, 2000; ZAPIAN, 2002 citados por VAZ, 2011).

Segundo BRÁS (2008) citando MAIA et al (2001), que efetuou um estudo baseado no conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade, concluiu que o início da atividade sexual nos rapazes foi aos 14 anos, sendo a média de 16 anos, enquanto as raparigas iniciaram a atividade sexual aos 16 anos, sendo a média de 16,6 anos. Os rapazes

raramente utilizam algum método contraceptivo e quando utilizam, o preservativo é o método escolhido, 87% das raparigas que tiveram relações sexuais utilizam a pílula com método contraceptivo. 78% dos adolescentes apresentam fracos conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos.

Com a elaboração deste estudo pretendemos avaliar a realidade da problemática dos conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade, no sentido de se criarem intervenções preventivas na sexualidade dos adolescentes.

Face ao exposto questionamos:

- Que conhecimentos possuem os adolescentes do 9º ano sobre planeamento familiar?
- Quais as atitudes adotadas pelos adolescentes face ao preservativo e pílula?
- De que modo as variáveis sociodemográficas (idade, sexo e residência) influenciam as atitudes face ao preservativo e à pílula?
- Em que medida as variáveis de contexto e os conhecimentos sobre planeamento familiar têm efeito significativo sobre as atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva?

O presente trabalho tem como objetivos:

☞ Descrever as características sócio-demográficas, relacionamento, namoro e de carácter sexual da população em estudo.

☞ Identificar os conhecimentos que os adolescentes possuem acerca do planeamento familiar

☞ Caracterizar as atitudes adotadas pelos adolescentes face ao preservativo e pílula

☞ Analisar a influência das variáveis sociodemográficas nas atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva.

☞ Analisar a influência das variáveis contextuais à sexualidade e conhecimentos sobre planeamento familiar nas atitudes face ao preservativo e à pílula.

Este estudo, caracteriza-se como sendo do tipo descritivo correlacional não experimental efetuado em corte transversal.

O estudo descritivo correlacional tem como objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las, são as questões de investigação que guiam o estudo e não as hipóteses. O estudo transversal serve para medir a frequência de um acontecimento numa população (FORTIN, 2009).

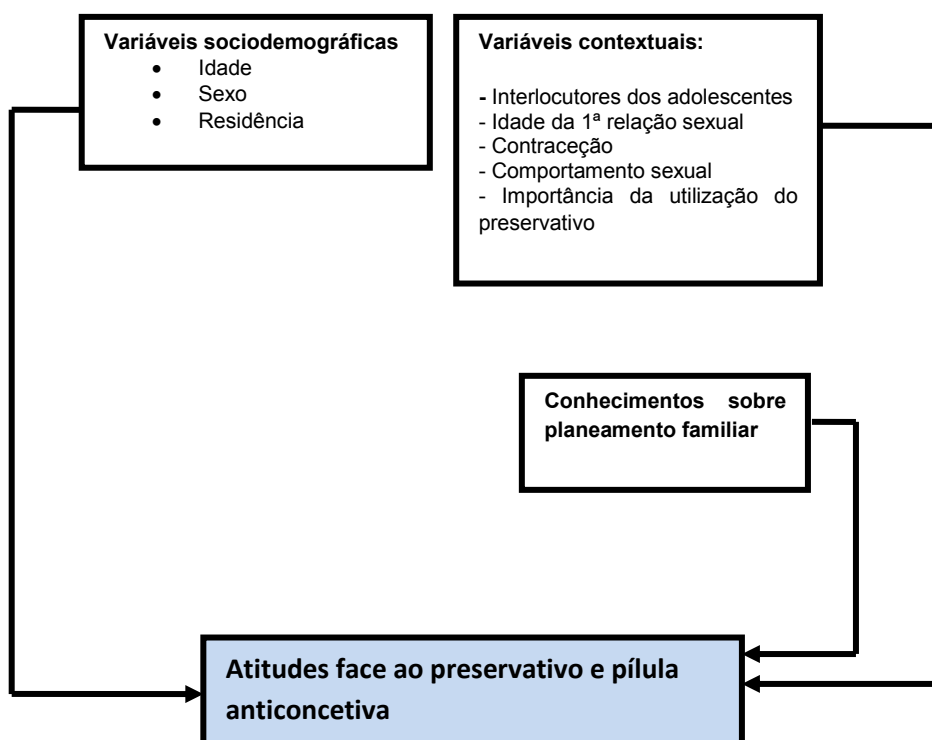
O tipo e a natureza do problema de investigação são quem determina a escolha do método de pesquisa. Neste contexto optámos por uma estratégia metodológica do tipo quantitativo, utilizando o questionário.

Segundo FORTIN (2009) o objetivo da investigação quantitativa é estabelecer fatos, visa a generalização a populações alvo dos resultados obtidos com amostras, sendo os resultados susceptíveis de serem utilizados no plano prático e fornecerem melhorias em situações particulares.

Consideramos como variável dependente do nosso estudo As Atitudes Face ao Preservativo e à Pílula. As variáveis independentes foram divididas em três grupos: variáveis sociodemográficas, variáveis contextuais e conhecimentos sobre planeamento familiar.

De acordo com os objetivos e as questões de investigação, elaborámos o seguinte esquema de investigação:

**Figura 1 - Esquema de investigação**



#### 4.2 – PARTICIPANTES

Sendo a amostra uma fração de uma população sobre a qual se faz o estudo (FORTIN, 2009), o método de amostragem por nós selecionado, tendo em consideração o estudo pretendido, foi a amostra não probabilística por conveniência. Este método de amostragem apresenta a vantagem de ser rápido. Segundo PATTON (2001) é utilizada no

sentido de poupar tempo, na medida em que da sua racionalização dependia a viabilidade do estudo.

A amostra deste trabalho é constituída por 1216 adolescentes que frequentam o 9º Ano de Escolaridade em Escolas Públicas Portuguesas.

A entrega e recolha dos questionários decorreram no período compreendido entre os meses de Fevereiro e Junho do Ano 2012.

O critério de inclusão estabelecido foi frequentar o 9º Ano de Escolaridade em Escolas Públicas.

#### 4.2.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Analisando a tabela 1, podemos observar que a idade dos adolescentes inquiridos oscila entre os 14 e os 18 anos, correspondendo-lhe uma média de 14.69 anos e um desvio padrão (s) de 0,836 anos. Para os rapazes que representam 45.23% da amostra e raparigas (54,77%) as idades mínimas e máximas são também de 14 e 18 anos mas os rapazes são mais velhos que as raparigas (média=14,76 anos  $\pm$  0.875 dp) e (média= 14.63  $\pm$  0.798) sendo a diferença estatisticamente significativa ( $t=2,725$ ;  $p=0,007$ ).

Quanto às medidas de simetria ou enviesamento e achatamento ou curtose, observamos que a distribuição da idade é assimétrica e leptocúrtica, com o teste Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors a apresentar significância estatística o que nos indica que a variável não tem distribuição normal. Os coeficientes de variação revelam uma dispersão baixa em torno do valor médio.

**Tabela 1** – Estatísticas relativas à idade dos adolescentes

Idade	N	%	Min.	Máx.	Média	s	CV	SK/ERRO	K/ERRO	KS
Masculino	550	45,23	14	18	14,76	0,875	5,92	9,61	7,38	0,000
Feminino	666	54,77	14	18	14,63	0,798	5,45	13,87	9,40	0,000
Total	1216	100	14	18	14,69	0,836	5,69	19,33	12,07	0,000

Para uma melhor interpretação e visualização dos resultados agrupámos os dados em classes homogéneas tendo por base as frequências absolutas. Os resultados apresentados na tabela 2, permitem-nos constatar que a maior percentagem dos adolescentes (46,5%) do sexo masculino tem 14 anos de idade, apenas 17,5 % têm idade igual ou superior a dezasseis anos. Relativamente às raparigas, 53,2% tem 14 anos e apenas 12,6% tem idade igual ou superior a dezasseis anos.

O teste do Qui-quadrado ( $\chi^2=7,661$ ;  $p=0,022$ ) e os resíduos ajustados indicam que existe significância estatística situada ao nível do grupo com idade de 14 anos pertencentes ao sexo feminino e dos adolescentes com idade igual ou superior a dezasseis anos do sexo masculino.

**Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a idade em função do sexo**

Idade	Sexo						Resíduos Ajustados	
	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		1	2
	N	%	N	%	N	%		
14 Anos	256	46,5	354	53,2	610	50,2	-2,3	2,3
15 Anos	198	36,0	228	34,2	426	35,0	0,6	-0,6
≥16 Anos	96	17,5	84	12,6	180	14,8	2,4	-2,4
Total	550	100,0	666	100,0	1216	100,0		

Acerca da residência dos adolescentes (cf. tabela 3), é de salientar que moram numa aldeia a maior percentagem dos rapazes (47,5%) e das raparigas (50,0%). Moram numa vila apenas 17,1% das raparigas e 20% dos rapazes. Na cidade moram 32,9% das raparigas e 32,5% dos rapazes. O teste do Qui-quadrado ( $\chi^2=1,769$ ;  $p=0,413$ .) e os resíduos ajustados indicam a inexistência de significância estatística.

Realizando a observação da residência dos adolescentes por grupos de idade, observamos que residem numa aldeia 49,5% dos adolescentes com 14 anos, 49,1% com 15 anos e 46,1% com 16 ou mais anos. Moram numa vila 15,6% dos jovens com 14 anos, 17,8% com 15 anos e 29,4% com 16 anos ou mais. Na cidade moram 34,9% dos adolescentes com 14 anos, 33,1% com 15 anos e 24,4% com 16 ou mais anos. O teste de qui quadrado ( $\chi^2=19,656$ ;  $p=0,001$ ) e os resíduos ajustados indicam que existe significância estatística, localizando-se no grupo de adolescentes com 16 anos que residem numa vila

**Tabela 3 – Distribuição dos adolescentes segundo a residência**

	Residência						TOTAL	RESÍDUOS AJUSTADOS	$\chi^2$	p			
	Aldeia (1)		Vila (2)		Cidade (3)								
	N	%	N	%	N	%							
	(594)	(48,8)	(224)	(18,4)	(398)	(32,7)	(1216)	(100,0)	1	2	3		
<b>Sexo</b>												1,769	0,413
Masculino	261	47,5	110	20,0	179	32,5	550	100,0	-0,9	1,3	-0,1		
Feminino	333	50,0	114	17,1	219	32,9	666	100,0	0,9	-1,3	0,1		
<b>Grupos de Idade</b>												19,656	0,001

14 Anos	302	49,5	95	15,6	213	34,9	610	100,0	0,5	-2,6	1,6
15 Anos	209	49,1	76	17,8	141	33,1	426	100,0	0,1	-0,4	0,2
≥16 Anos	83	46,1	53	29,4	44	24,4	180	100,0	-0,8	4,1	-2,6

### 4.3 - INSTRUMENTOS

Tendo em consideração as questões de investigação e os objetivos definidos, o instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário de auto preenchimento, voluntário e anónimo (Anexo I).

O questionário foi elaborado para o projeto descrito na metodologia e dele se extraiu o que fará parte deste trabalho. É constituído por quatro partes, a primeira parte tem em vista a caracterização sociodemográfica, informação sobre o namoro, com quem falam sobre sexualidade, o início das relações sexuais, contraceção utilizada e experiência de relacionamento íntimo e sexual, a segunda parte é constituída pela escala de conhecimentos sobre planeamento familiar, a terceira pela escala de atitudes face ao preservativo e a quarta parte pela escala de atitudes face à pílula.

A Escala de Conhecimentos sobre Planeamento Familiar, construída por NELAS et al (2010), consta de perguntas autoaplicadas que analisam diferentes aspetos a ter em consideração quando se aborda a problemática do planeamento familiar.

A escala de atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva são um instrumento construído por RAMOS et al (2008), de auto-resposta e pretende avaliar o nível de conhecimentos e atitudes dos estudantes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva.

#### 4.3.1 - Escala de conhecimentos sobre planeamento familiar

A escala de conhecimentos sobre planeamento familiar consta de 22 perguntas, elaborada em escala de Likert. Cada pergunta tem três alternativas de resposta, Verdadeiro, Falso e Não sei. Os itens 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12, 17, 18, 20 e 22 são cotados inversamente.

Foram efetuadas duas correlações (cf. Tabela 4), tendo sido eliminados os itens com uma correlação inferior a 0,20. Na primeira correlação com a nota global, por apresentar valor correlacional inferior a 0,2, foi eliminado o item 11 (O período fértil na mulher ocorre no 15º dia do ciclo menstrual), na segunda correlação dos itens existentes com a nota global os resultados demonstram um valor correlacional superior a 0,2 para os restantes itens.

O estudo de fiabilidade demonstra que os valores médios oscilam entre 0,42 no item 10 (O método do gráfico das temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é

aconselhado em adolescentes) e 0,89 no item 18 (O uso de contraceptivos é apenas da responsabilidade da rapariga pois é ela que engravida). A correlação mais elevada ( $r=0,660$ ) encontra-se no item 19 (A informação sobre contraceptivos é acessível a todos os jovens), sendo a sua variabilidade de 43.6% e a correlação mais baixa ( $r=0,342$ ) no item 20 (O uso de preservativo diminui o prazer sexual) com uma variabilidade de 11.69%.

**Tabela 4 – Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global de conhecimentos sobre planeamento familiar**

Nº	Item	Média	s	1ª	2ª
				Correlação	Correlação
1	O planeamento familiar evita gravidezes indesejáveis	0,74	0,439	0,427	0,429
2	O planeamento familiar evita a menstruação	0,85	0,361	0,584	0,585
3	Os métodos contraceptivos evitam a menstruação	0,78	0,417	0,515	0,512
4	A pílula é um método contraceptivo de barreira	0,60	0,490	0,412	0,412
5	O dispositivo intra-uterino é recomendado a adolescentes	0,60	0,489	0,506	0,504
6	É muito difícil engravidar na primeira relação	0,76	0,430	0,440	0,444
7	Há cuidados especiais na colocação do preservativo	0,85	0,361	0,453	0,457
8	A pílula evita uma gravidez não desejada	0,82	0,384	0,438	0,440
9	O preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração	0,83	0,379	0,568	0,573
10	O método do gráfico de temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é aconselhado em adolescentes	0,42	0,493	0,395	0,396
11	O período fértil na mulher ocorre no 15º dia do ciclo menstrual	0,23	0,423	0,172	
12	O preservativo só se deve usar se não se conhecer bem o parceiro	0,86	0,343	0,563	0,574
13	A laqueação das trompas não é aconselhada a adolescentes	0,69	0,463	0,548	0,550
14	A duração mais frequente do ciclo endometrial é de 28 a 30 dias	0,56	0,497	0,403	0,397
15	O início da vida sexual deve ser precedido de uma consulta de um profissional de saúde	0,77	0,423	0,533	0,538
16	Antes de se utilizar o preservativo deve-se verificar a sua validade	0,85	0,357	0,500	0,506
17	As raparigas só engravidam se tiverem um orgasmo	0,75	0,432	0,545	0,547
18	O uso de contraceptivos é apenas da responsabilidade da rapariga pois é ela que engravida	0,89	0,316	0,637	0,644
19	A informação sobre métodos contraceptivos é acessível aos jovens	0,88	0,320	0,651	0,660
20	O uso de preservativo diminui o prazer sexual	0,50	0,500	0,347	0,342
21	A relação sexual não protegida implica a toma da pílula do dia seguinte para não engravidar	0,67	0,471	0,454	0,458
22	O uso de preservativo não é necessário sempre que se tenha o(a) mesmo (a) namorado (a)	0,82	0,386	0,549	0,553

Na tabela 5 podemos observar os parâmetros de validade e precisão dos conhecimentos sobre planeamento familiar. Os valores de alfa de Cronbach situam-se entre 0,826 no item 19 (A informação sobre métodos contraceptivos é acessível aos jovens) e

0,839 no item 14 (A duração mais frequente do ciclo endometrial é de 28 a 30 dias) e no item 10 (O método do gráfico das temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é aconselhado em adolescentes). O coeficiente de correlação item total corrigido indica que o item 20 (O uso de preservativo diminui o prazer) apresenta menor valor correlacional ( $r=0,329$ ) podendo por isso torna-lo não homogêneo face a outros itens, a correlação máxima ( $r=0,619$ ) é obtida no item 19 (A informação sobre métodos contraceptivos é acessível aos jovens).

O índice de fiabilidade de Split half mostra-nos que os valores de alfa de Cronbach são mais baixos do que o valor de alfa para a globalidade da escala, a primeira metade obteve um valor de 0,720 e a segunda metade 0,736, o que nos permite afirmar que a consistência dos itens é razoável para ambas as metades, tendo sido eliminado o item 11 (O período fértil na mulher ocorre no 15º dia do ciclo menstrual).

**Tabela 5 – Consistência interna do conhecimento sobre planeamento familiar**

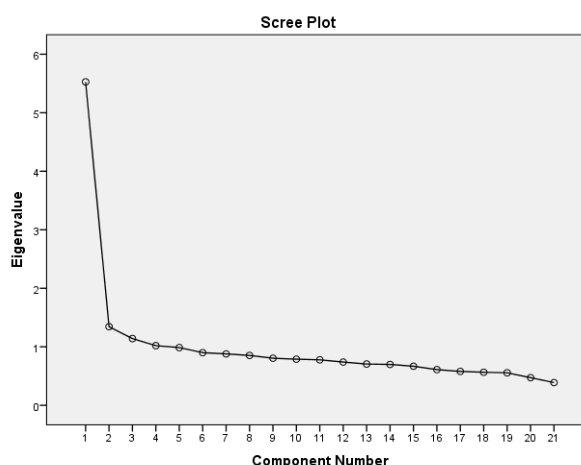
Nº	Item	R/item	Alpha s/ item
1	O planeamento familiar evita gravidezes indesejáveis	0,340	0,836
2	O planeamento familiar evita a menstruação	0,526	0,829
3	Os métodos contraceptivos evitam a menstruação	0,436	0,832
4	A pílula é um método contraceptivo de barreira	0,311	0,838
5	O dispositivo intra-uterino é recomendado a adolescentes	0,412	0,833
6	É muito difícil engravidar na primeira relação	0,359	0,835
7	Há cuidados especiais na colocação do preservativo	0,387	0,834
8	A pílula evita uma gravidez não desejada	0,364	0,835
9	O preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração	0,509	0,829
10	O método do gráfico de temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é aconselhado em adolescentes	0,293	0,839
12	O preservativo só se deve usar se não se conhecer bem o parceiro	0,517	0,829
13	A laqueação das trompas não é aconselhada a adolescentes	0,468	0,830
14	A duração mais frequente do ciclo endometrial é de 28 a 30 dias	0,293	0,839
15	O início da vida sexual deve ser precedido de uma consulta de um profissional de saúde	0,462	0,830
16	Antes de se utilizar o preservativo deve-se verificar a sua validade	0,441	0,832
17	A s raparigas só engravidam se tiverem um orgasmo	0,471	0,830
18	O uso de contraceptivos é apenas da responsabilidade da rapariga pois é ela que engravida	0,598	0,827
19	A informação sobre métodos contraceptivos é acessível aos jovens	0,615	0,826
20	O uso de preservativo diminui o prazer sexual	0,234	0,642
21	A relação sexual não protegida implica a toma da pílula do dia seguinte para não engravidar	0,365	0,835
22	O uso de preservativo não é necessário sempre que se tenha o(a) mesmo (a) namorado (a)	0,486	0,830
<b>Coefficiente Split-half</b>		<b>1ª Avaliação</b>	
		Primeira metade	0,720

	Segunda metade	0,736
Coeficiente alfa Cronbach global		0,852

Realizámos o estudo psicométrico da escala com a extração dos fatores pelo método dos componentes principais, utilizando a rotação ortogonal de tipo varimax. As raízes latentes superiores a 1 que explicam 43,00% da variância total após rotação. O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,921) é suficientemente elevado para continuarmos com o processo de validação da escala, apresentando o teste de esfericidade de Bartlett ( $p=0,000$ ) significância estatística.

O gráfico 1 permite-nos observar que a inflexão da curva tende a reter dois componentes, pelo que procedemos a nova análise fatorial, forçando a dois fatores.

**Gráfico 1** - Gráfico de variâncias de Scree Plot para o planeamento familiar



Designamos por funcionalidade o fator 1, que saturou os itens 6, 7, 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 e 22 e explica 26,32% da variância total. O fator 2, designado por culpabilidade, que explica 13,95% da variância, saturou os itens 1, 2, 3, 4, 5, 10, 13 e 14 (cf. tabela 6).

**Tabela 6** – Ordenações dos indicadores por fatores dos conhecimentos sobre planeamento familiar

Nº	Item	Fatores	
		Fator 1	Fator 2
1	O planeamento familiar evita gravidezes indesejáveis		0,472
2	O planeamento familiar evita a menstruação		0,490
3	Os métodos contraceptivos evitam a menstruação		0,405
4	A pílula é um método contraceptivo de barreira		0,514

5	O dispositivo intra-uterino é recomendado a adolescentes		0,653
6	É muito difícil engravidar na primeira relação	0,462	
7	Há cuidados especiais na colocação do preservativo	0,502	
8	A pílula evita uma gravidez não desejada	0,373	
9	O preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração	0,569	
10	O método do gráfico de temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é aconselhado em adolescentes		0,610
12	O preservativo só se deve usar se não se conhecer bem o parceiro	0,618	
13	A laqueação das trompas não é aconselhada a adolescentes		0,611
14	A duração mais frequente do ciclo endometrial é de 28 a 30 dias		0,324
15	O início da vida sexual deve ser precedido de uma consulta de um profissional de saúde	0,438	
16	Antes de se utilizar o preservativo deve-se verificar a sua validade	0,633	
17	As raparigas só engravidam se tiverem um orgasmo	0,551	
18	O uso de contraceptivos é apenas da responsabilidade da rapariga pois é ela que engravida	0,677	
19	A informação sobre métodos contraceptivos é acessível aos jovens	0,720	
20	O uso de preservativo diminui o prazer sexual	0,292	
21	A relação sexual não protegida implica a toma da pílula do dia seguinte para não engravidar	0,393	
22	O uso de preservativo não é necessário sempre que se tenha o(a) mesmo (a) namorado (a)	0,619	
<b>Fatores</b>		<b>Eigenvalue</b>	<b>% Variância</b>
	Fator 1	5,527	26,320
	Fator 2	1,344	13,957

Depois de efetuarmos a depuração dos diferentes itens, no sentido de reter aqueles que se mostraram mais consistentes, optámos por trabalhar com o resultado global da mesma, como de uma escala unifatorial se tratasse. Dado que não encontramos consistência conceptual na forma como os diferentes itens se agruparam após a extração.

#### 4.3.2 - Escala de atitudes face ao preservativo

A escala de atitudes face ao preservativo, que tem 24 itens elaborados em escala ordinal tipo Likert, onde cada item possui cinco alternativas de resposta e a sua cotação processa-se por ordem decrescente, isto é, a primeira opção de resposta em cada item é cotada de 5 (concordo plenamente) e a última de 1 (discordo plenamente). Os itens 3,7,9,14, 16,19, 22 são cotados inversamente.

Pela análise da tabela 7, observamos que os valores médios oscilam entre 2,19 do item “Interrompem o ato sexual” e os 4,44 no item “Previnem a gravidez”. Realizámos a correlação de Pearson com os itens e a nota global, tendo os resultados demonstrado que todos eles apresentavam um valor correlacional superior a 0,2, logo nenhum item foi eliminado. A correlação mais baixa encontra-se no item 18 “São simples e fáceis de usar” ( $r=0,206$ ) e a mais elevada no item 13 “Diminuem o prazer” ( $r=0,465$ ).

**Tabela 7 – Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global de atitudes face ao preservativo**

Nº	Item	Média	s	R
1	Previnem a gravidez	4,44	0,838	0,303
2	Há que saber onde os comprar	4,26	0,935	0,283
3	Embaraçosos; incómodos, complicados de usar	2,47	1,079	0,411
4	Tranquilizam e dão segurança à relação	4,07	0,972	0,309
5	Podem estar defeituosos	3,37	1,039	0,366
6	Não têm contraindicações	2,95	1,066	0,369
7	Rompem com o romantismo da situação	2,45	1,082	0,421
8	Permitem ter relações sexuais com várias pessoas, sem correr riscos	3,12	1,339	0,342
9	Interrompem o ato sexual	2,19	1,082	0,451
10	Não são naturais, são artificiais	3,55	1,180	0,423
11	São baratos	3,02	1,111	0,254
12	Previnem doenças sexualmente transmissíveis	4,35	0,957	0,302
13	Diminuem o prazer	2,64	1,096	0,465
14	Sinto-me incomodado/a e culpado/a por andar com eles	2,44	1,057	0,423
15	São fáceis de obter	3,88	1,029	0,275
16	São inseguros, tenho dúvidas da sua eficácia	2,47	1,086	0,313
17	Preocupa-me que os encontrem em minha casa	2,82	1,213	0,426
18	São simples e fáceis de utilizar	3,72	0,936	0,206
19	Rompem-se com facilidade, são frágeis	2,81	1,021	0,408
20	A sua colocação é um jogo erótico	3,06	0,996	0,407
21	Tenho vergonha de os comprar	2,82	1,180	0,411
22	Se os tenho, dá a sensação eu tenho relações com qualquer pessoa	2,76	1,219	0,434
23	Tem que se saber usá-lo, pô-lo	4,15	0,954	0,277
24	Previnem a sida	4,29	0,976	0,322

Na primeira avaliação os valores de alfa de Cronbach (cf. tabela 8) situam-se entre 0,691 no item 9 “Interrompem a ato sexual” e 0,710 no item 18 “São simples e fáceis de utilizar”. O coeficiente de correlação item total corrigido indica que o item 18 “São simples e fáceis de utilizar” é o que apresenta menor valor correlacional ( $r=0,106$ ) e a correlação máxima é obtida no item 13 “Diminuem o prazer” com um valor de  $r=0,364$ . Os itens 1, 2, 4, 8, 11, 12, 15, 18, 23 e 24 foram eliminados.

Para a segunda avaliação os valores de alfa de Cronbach situam-se entre 0,753 no ítem 9 “Interrompem o ato sexual” e 0,788 no item 10 “Não são naturais, são artificiais”. O coeficiente de correlação indica que o item 10 “Não são naturais, são artificiais” apresenta o menor valor correlacional ( $r=0,155$ ) e a correlação máxima ( $r=0,529$ ) é obtida no item 9 “Interrompem o ato sexual”. Foi eliminado o item 10.

Relativamente à terceira avaliação, pode observar-se que os valores de alfa de Cronbach variam entre 0,762 no item 3 “Embaraçosos, incómodos, complicados de usar” e 0,792 no item 6 “Não têm contraindicações”. Apresenta menor valor correlacional ( $r=0,086$ ) o item 6 “Não têm contraindicações” e maior valor correlacional ( $r=0,387$ ) o item 9 “Interrompem o ato sexual”.

Calculamos o índice de fiabilidade de split half, notando-se pelos resultados obtidos que os valores de alfa de Cronbach se revelam mais baixos, do que o valor de alfa para a globalidade da escala já que para a primeira metade se obteve um valor  $r=0,720$  e para a segunda de  $r=0,758$ , o que nos permite afirmar que a consistência dos itens é razoável para a primeira e segunda metades.

**Tabela 8 –** Consistência interna das atitudes face ao preservativo

Nº	Item	1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação		
		R	$\alpha$	R	$\alpha$	R	$R^2$	A
1	Previnem a gravidez	0,218	0,702					
2	Há que saber onde os comprar	0,188	0,704					
3	Embaraçosos; incómodos, complicados de usar	0,307	0,695	0,524	0,754	0,542	0,357	0,762
4	Tranquilizam e dão segurança à relação	0,210	0,703					
5	Podem estar defeituosos	0,262	0,699	0,242	0,778	0,230	0,094	0,790
6	Não têm contraindicações	0,263	0,699	0,222	0,780	0,215	0,086	0,792
7	Rompem com o romantismo da situação	0,317	0,694	0,485	0,757	0,486	0,307	0,768
8	Permitem ter relações sexuais com várias pessoas, sem correr riscos	0,205	0,705					
9	Interrompem o ato sexual	0,350	0,691	0,529	0,753	0,529	0,387	0,764
10	Não são naturais, são artificiais	0,310	0,694	0,155	0,788			
11	São baratos	0,136	0,709					
12	Previnem doenças sexualmente transmissíveis	0,203	0,703					
13	Diminuem o prazer	0,364	0,690	0,495	0,756	0,478	0,305	0,768
14	Sinto-me incomodado/a e culpado/a por andar com eles	0,322	0,694	0,524	0,754	0,539	0,344	0,763
15	São fáceis de obter	0,168	0,706					
16	São inseguros, tenho dúvidas da sua eficácia	0,201	0,704	0,463	0,759	0,489	0,312	0,767
17	Preocupa-me que os encontrem em minha casa	0,310	0,694	0,397	0,765	0,407	0,267	0,775
18	São simples e fáceis de utilizar	0,106	0,710					
19	Rompem-se com facilidade, são	0,309	0,695	0,415	0,764	0,411	0,203	0,775

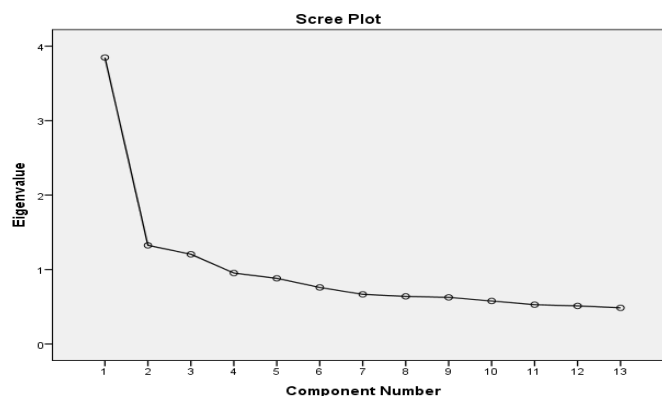
	frágeis							
20	A sua colocação é um jogo erótico	0,311	0,695	0,247	0,777	0,235	0,094	0,789
21	Tenho vergonha de os comprar	0,296	0,696	0,403	0,765	0,408	0,272	0,775
22	Se os tenho, dá a sensação eu tenho relações com qualquer pessoa	0,318	0,694	0,431	0,762	0,439	0,244	0,772
23	Tem que se saber usá-lo, pô-lo	0,177	0,705					
24	Previnem a sida	0,222	0,702					
<b>Coefficiente Split-half</b>						Primeira metade	0,720	
						Segunda metade	0,758	
<b>Alfa Global</b>							0,788	

Procedeu-se a uma análise de nova consistência com os 13 itens restantes, foram retidos 3 fatores com raízes latentes superiores a 1, que explicam 49,04% da variância total após rotação.

O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,863) é suficientemente elevado para continuarmos com o processo de validação da escala, acrescido do teste de esfericidade de Bartlett apresentar significância estatística ( $p=0,000$ ).

Ao analisarmos o gráfico das variâncias (cf. gráfico 2), designado por Scree plot, observamos a inflexão da curva tende a reter dois componentes, pelo que iremos proceder a nova análise fatorial forçando a dois fatores.

**Gráfico 2** – Gráfico de variâncias Scree plot para o preservativo



Obtendo uma percentagem de variância explicada de 39,77%, o fator 1 que designamos por funcionalidade saturou os itens 3, 5, 6, 7, 9, 13, 16 e 19 e explica 22,92% da variância total após rotação e o fator 2 designado por culpabilidade explica 16,84% da variância total, saturou os itens 14, 17, 20, 21 e 22. O item 14, dado apresentar correlação positiva e próxima, optámos por fazer a sua leitura no fator 2, uma vez que o seu constructo teórico está mais relacionado com o fator culpabilidade (cf. tabela 9).

**Tabela 9** – Ordenação dos indicadores por fatores das atitudes e crenças face ao preservativo

Nº	Item	Fatores		h <sup>2</sup>
		Fator 1	Fator 2	
3	Embaraçosos; incômodos, complicados de usar	0,700		0,527
5	Podem estar defeituosos	0,273		0,087
6	Não têm contraindicações	0,313		0,099
7	Rompem com o romantismo da situação	0,700		0,497
9	Interrompem o ato sexual	0,738		0,563
13	Diminuem o prazer	0,700		0,498
14	Sinto-me incomodado/a e culpado/a por andar com eles	0,550	0,396	0,459
16	São inseguros, tenho dúvidas da sua eficácia	0,516		0,397
17	Preocupa-me que os encontrem em minha casa		0,771	0,599
19	Rompem-se com facilidade, são frágeis	0,402		0,269
20	A sua colocação é um jogo erótico		0,265	0,096
21	Tenho vergonha de os comprar		0,759	0,582
22	Se os tenho, dá a sensação eu tenho relações com qualquer pessoa		0,687	0,498
<b>Fatores</b>		<b>Eigenvalue</b>	<b>% Variância</b>	
	<b>Fator 1</b>	3,847	22,929	
	<b>Fator 2</b>	1,324	16,849	

Os valores de alfa de Cronbach por fatores (cf. tabela 10) para a escala de atitudes face ao preservativo, podem considerar-se razoáveis para os dois fatores.

**Tabela 10** – Valores de alfa de Cronbach por fatores da escala de atitudes face ao preservativo

Fatores	Alfa de Cronbach Global	Splitt half	
		1ª Metade	2ª Metade
Fator 1 - Funcionalidade	0,724	0,615	0,527
Fator 2 - Culpabilidade	0,645		

Conforme a tabela 11, observamos que os valores de r para o fator 1 oscilam entre 0,226 no item “Não têm contraindicações” e 0,532 no item “Embaraçosos, incômodos, complicados de usar”. Os valores de r para o fator oscilam entre 0,185 no item “a sua colocação é um jogo erótico” e 0,493 no item “Sinto-me incomodado/a e culpado/a por andar com eles”. Relativamente aos valores de alfa, verificamos que no fator 1 estes variam entre 0,657 no item “Interrompem o ato sexual” e 0,729 para o item “Não têm contraindicações”.

No fator 2 os valores de alfa variam entre 0,543 no item “Preocupa-me que os encontrem em minha casa” e 0,679 no item “A sua colocação é um jogo erótico”.

**Tabela 11 – Correlação de Pearson entre os itens e sub-escalas**

Item	R	R <sup>2</sup>	Alpha
<b>Fator 1</b>			
Embaraçosos; incômodos, complicados de usar	0,532	0,333	0,674
Podem estar defeituosos	0,250	0,091	0,725
Não têm contraindicações	0,226	0,082	0,729
Rompem com o romantismo da situação	0,514	0,304	0,678
Interrompem o ato sexual	0,529	0,367	0,657
Diminuem o prazer	0,489	0,288	0,682
São inseguros, tenho dúvidas da sua eficácia	0,436	0,274	0,692
Rompem-se com facilidade, são frágeis	0,393	0,192	0,700
<b>Fator 2</b>			
Sinto-me incomodado/a e culpado/a por andar com eles	0,382	0,155	0,601
Preocupa-me que os encontrem em minha casa	0,493	0,254	0,543
A sua colocação é um jogo erótico	0,185	0,045	0,679
Tenho vergonha de os comprar	0,473	0,265	0,554
Se os tenho, dá a sensação eu tenho relações com qualquer pessoa	0,461	0,220	0,560

Efetuiu-se uma Matriz de Correlação de Pearson entre a funcionalidade, culpabilidade e total preservativo (cf. Tabela 12), onde se observa a existência de correlações positivas em todas as associações e  $p=0,000$ , o que nos diz que, o aumento do fator global está associado a um aumento de culpabilidade e funcionalidade.

**Tabela 12 – Matriz de Correlação de Pearson entre funcionalidade, culpabilidade e fator global**

		Funcionalidade	Culpabilidade
<b>Culpabilidade</b>	r	0,496	
<b>Fator global</b>	r	0,924	0,791

A escala de atitudes face ao preservativo ficou constituída por 13 itens. Somados os valores, determina-se o índice de atitudes face ao preservativo e de acordo com a pontuação obtida é possível identificar três grupos de coorte tendo por base a fórmula apresentada por PESTANA e GAGEIRO (2008) **Mediana  $\pm$  0,25 x Amplitude Inter-quartil ou Média  $\pm$  0,25 Desvio padrão**, adotar-se-á a seguinte classificação: Inadequada, Adequada e Muito Adequada.

### 4.3.3 - Escala de atitudes face à pílula anticoncetiva

A Escala de atitudes face à pílula anticoncetiva é constituída por vinte itens elaborados em escala tipo Likert, é atribuída uma pontuação que oscila entre 5 (Concordo totalmente) e 1 (Discordo totalmente). Os itens 3, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20 são cotados inversamente.

Interpretando a tabela 13, onde se encontram os estudos de fiabilidade, notamos que os itens 3, 7, 10, 19 e 20 não se encontram bem centrados, uma vez que se desviam dos valores médios. Em relação às correlações, na primeira correlação com a nota global, foram eliminados os itens 1, 2, 12 e 16 por apresentarem correlações inferiores a 0,20, o que levou à execução de uma nova correlação dos itens existentes com a nota global. Na segunda correlação foi rejeitado o item 4, por apresentar um valor correlacional inferior a 0,2, o que forçou a uma terceira correlação, em que os resultados obtidos mostram que todos os itens apresentam um valor correlacional superior a 0,20. A correlação mais baixa encontra-se no item 8 “Não é natural, é artificial” com um valor  $r=0,211$  e a mais elevada no item 3 “Embaraçosa, incómoda, complicada de usar” com  $r=0,681$ .

**Tabela 13** – Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global da escala de atitudes face à pílula

Nº	Item	Média	s	1ª Correlação	2ª Correlação	3ª Correlação
1	Previne a gravidez	4,13	0,994	0,178		
2	Há que saber onde a comprar	4,16	0,934	0,117		
3	Embaraçosa, incómoda, complicada de usar	2,38	1,127	0,593	0,673	0,681
4	Tranquiliza e dá segurança á relação	3,49	1,028	0,255	0,150	
5	Pode estar defeituosa	2,74	1,026	0,498	0,534	0,534
6	Não tem contra-indicações	2,61	1,035	0,517	0,545	0,544
7	Permite ter relações sexuais com várias pessoas, sem correr riscos	2,38	1,191	0,544	0,571	0,563
8	Não é natural, é artificial	3,35	1,136	0,271	0,220	0,211
9	É barata	2,96	0,970	0,296	0,266	0,265
10	Previne doenças sexualmente transmissíveis	2,28	1,274	0,533	0,583	0,585
11	Sinto-me incomodado (a) e culpado (a) por andar com elas	2,54	1,043	0,586	0,640	0,656
12	É fácil de obter	3,42	1,026	0,093		
13	É insegura, tenho dúvidas da sua eficácia	2,81	0,963	0,404	0,432	0,448
14	Faz engordar	2,95	1,064	0,346	0,321	0,326
15	Preocupa-me que a encontrem em minha casa	2,68	1,140	0,560	0,591	0,598
16	É simples e fácil de utilizar	3,57	1,067	0,076		

17	Tenho vergonha de a comprar	2,75	1,158	0,536	0,564	0,568
18	Se a tenho, dá a sensação que tenho relações com qualquer pessoa	2,59	1,136	0,574	0,613	0,616
19	Utiliza-se só no momento da relação sexual	2,19	1,191	0,589	0,663	0,674
20	Previne a sida	2,22	1,302	0,576	0,636	0,638

Na tabela 14, podemos observar os parâmetros de validade e de precisão das atitudes face à pílula. Foram efetuadas três avaliações, na primeira foram eliminados os itens 8 e 9, na segunda avaliação foi eliminado o item 14.

Os valores de alfa de Cronbach variam dentro dos intervalos classificados como bons, situando-se todos acima de 0,80, verificando-se o mais baixo no item 19 (0,824) “Utiliza-se só no momento da relação sexual” e o mais elevado no item 13 (0,844) “É insegura, tenho dúvidas da sua eficácia”. O coeficiente de correlação item total corrigido indica que o item 13 “É insegura, tenho dúvidas da sua eficácia” apresenta o menor valor correlacional ( $r=0,340$ ) e o item 19 “Utiliza-se só no momento da relação sexual” apresenta o maior valor correlacional ( $r=0,625$ ).

Os valores de alfa de Cronbach através do índice de fiabilidade de *split half* indicam que os valores para a primeira metade (0,735) e segunda metade (0,828) são mais baixos do que o valor de alfa para a globalidade da escala (0,741), o que nos permite afirmar que a consistência dos itens é razoável para a primeira e segunda metade.

**Tabela 14 – Consistência interna das atitudes face à pílula**

Nº	Item	1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação		
		R	$\alpha$	R	$\alpha$	R	R <sup>2</sup>	$\alpha$
3	Embaraçosa, incómoda, complicada de usar	0,604	0,795	0,618	0,818	0,621	0,416	0,825
5	Pode estar defeituosa	0,444	0,807	0,433	0,831	0,432	0,231	0,838
6	Não tem contra-indicações	0,454	0,806	0,451	0,829	0,447	0,226	0,837
7	Permite ter relações sexuais com várias pessoas, sem correr riscos	0,461	0,805	0,470	0,828	0,472	0,280	0,836
8	Não é natural, é artificial	0,086	0,830					
9	É barata	0,160	0,823					
10	Previne doenças sexualmente transmissíveis	0,479	0,804	0,493	0,827	0,507	0,460	0,834
11	Sinto-me incomodado (a) e culpado (a) por andar com elas	0,581	0,798	0,576	0,821	0,576	0,384	0,829
13	É insegura, tenho dúvidas da sua eficácia	0,356	0,812	0,355	0,835	0,340	0,174	0,844
14	Faz engordar	0,214	0,821	0,207	0,845			
15	Preocupa-me que a encontrem em minha casa	0,506	0,802	0,518	0,825	0,509	0,371	0,833
17	Tenho vergonha de a comprar	0,470	0,805	0,477	0,828	0,471	0,369	0,836

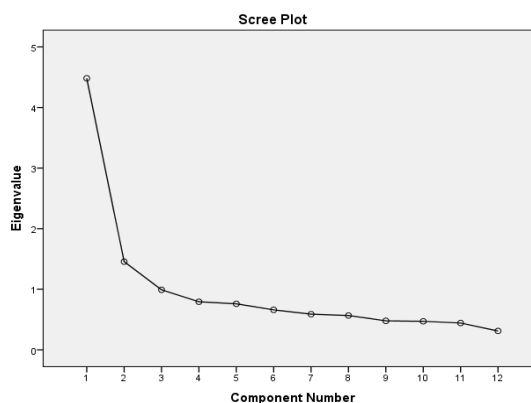
18	Se a tenho, dá a sensação que tenho relações com qualquer pessoa	0,527	0,801	0,543	0,823	0,540	0,378	0,831
19	Utiliza-se só no momento da relação sexual	0,591	0,796	0,609	0,818	0,625	0,453	0,824
20	Previne a sida	0,539	0,799	0,560	0,821	0,577	0,539	0,828
<b>Coefficiente Split-half</b>							Primeira metade	0,735
							Segunda metade	0,741
<b>Coefficiente alfa Cronbach global</b>		0,818	0,838	0,845				

Para os 12 itens da escala, foram retidos 2 fatores com raízes latentes superiores a 1, que explicam 49,48% da variância total após rotação.

O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,877) é suficientemente elevado para continuarmos com o processo de validação da escala, acrescido do teste de esfericidade de Bartlett apresentar significância estatística ( $p=0,000$ ).

Ao analisarmos o gráfico das variâncias (cf. gráfico 3), designado por Scree plot, observamos a inflexão da curva tende a reter dois componentes, pelo eu iremos proceder a nova análise fatorial forçando a dois fatores.

**Gráfico 3** – Gráfico de variâncias de Scree Plot para a pílula anticoncetiva



Observamos que os dois fatores com raízes latentes superiores a 1 vieram explicar 49,48% da variância total (cf. tabela 15). O fator 1, designado por funcionalidade saturou os itens 6, 7, 10, 19 e 20, explicando 24,89% da variância total após rotação. O fator 2, que designamos por culpabilidade, explica 24,58% da variância, saturou os itens 3, 5, 11, 13, 15, 17 e 18.

**Tabela 15** – Ordenação dos indicadores por fatores das atitudes face à pilula anticoncetiva

Nº	Item	Fatores		h <sup>2</sup>
		Fator 1	Fator 2	
3	Embaraçosa, incômoda, complicada de usar		0,550	0,519
5	Pode estar defeituosa		0,378	0,281
6	Não tem contra-indicações	0,498		0,317
7	Permite ter relações sexuais com várias pessoas, sem correr riscos	0,645		0,440
10	Previne doenças sexualmente transmissíveis	0,813		0,661
11	Sinto-me incomodado (a) e culpado (a) por andar com elas		0,651	0,517
13	É insegura, tenho dúvidas da sua eficácia		0,530	0,288
15	Preocupa-me que a encontrem em minha casa		0,720	0,546
17	Tenho vergonha de a comprar		0,748	0,564
18	Se a tenho, dá a sensação que tenho relações com qualquer pessoa		0,700	0,533
19	Utiliza-se só no momento da relação sexual	0,665		0,563
20	Previne a sida	0,835		0,709
<b>Fatores</b>				
	Fator 1		<b>Eigenvalue</b> 4,482	<b>% Variância</b> 24,89
	Fator 2		1,456	24,58

A tabela 16 permite inferir que os valores de alfa de Cronbach por fatores para a escala de atitudes face à pílula se podem considerar bons.

**Tabela 16** – Valores de alfa de Cronbach por fatores da escala de atitudes face à pilula anticoncetiva

Fatores	Alfa de Cronbach
Fator 1	0,735
Fator 2	0,741

Conforme a tabela 17, podemos observar que os valores de r para o fator 1, oscilam entre 0,396 para o item “Não tem contra-indicações” e 0,685 no item “Previne a sida”. Quanto ao fator 2, observamos que o r varia entre 0,381 no item “É insegura, tenho dúvidas na sua eficácia” e 0,589 no item “Sinto-me incomodado (a) e culpado (a) por andar com elas”.

Relativamente aos valores de alfa, no fator 1 oscilam entre 0,693 para o item “Previne a sida” e 0,786 para o item “Não tem contra-indicações”, no fator 2 oscilam entre

0,748 para o item “Sinto-me incomodado (a) e culpado (a) por andar com elas” e 0,785 no item “É insegura, tenho dúvidas da sua eficácia”.

**Tabela 17 – Correlação de Pearson entre os itens e sub-escalas**

Item	R	R <sup>2</sup>	$\alpha$
<b>Fator 1</b>			
Não tem contraindicações	0,396	0,162	0,786
Permite ter relações sexuais com várias pessoas, sem correr riscos	0,500	0,253	0,758
Previne doenças sexualmente transmissíveis	0,626	0,457	0,715
Utiliza-se só no momento da relação sexual	0,574	0,361	0,734
Previne a sida	0,685	0,531	0,693
<b>Fator 2</b>			
Embaraçosa, incômoda, complicada de usar	0,568	0,350	0,751
Pode estar defeituosa	0,393	0,196	0,784
Sinto-me incomodado (a) e culpado (a) por andar com elas	0,589	0,366	0,748
É insegura, tenho dúvidas da sua eficácia	0,381	0,163	0,785
Preocupa-me que a encontrem em minha casa	0,561	0,367	0,753
Tenho vergonha de a comprar	0,544	0,361	0,756
Se a tenho, dá a sensação que tenho relações com qualquer pessoa	0,568	0,362	0,751

Efetou-se uma Matriz de Correlação de Pearson entre a funcionalidade, culpabilidade e o fator global (cf. Tabela 18), onde se observa a existência de correlações positivas em todas as associações, o que nos diz que, o aumento do fator global está associado a um aumento de culpabilidade e funcionalidade.

**Tabela 18 – Matriz de Correlação de Pearson entre funcionalidade, culpabilidade e fator global**

		Funcionalidade	Culpabilidade
<b>Culpabilidade</b>	<b>r</b>	0,496*	
<b>Fator global</b>	<b>r</b>	0,924*	0,791*

\*p=0,000

A escala de atitudes face à pílula anticoncetiva ficou constituída por 12 itens. Somados os valores, determina-se o índice de atitudes face ao preservativo e de acordo com a pontuação obtida é possível identificar três grupos de coorte tendo por base a fórmula

apresentada por Pestana e Gageiro (2008) **Mediana  $\pm$  0,25 x Amplitude Inter-quartil ou Média  $\pm$  0,25 Desvio padrão**, adotar-se-á a seguinte classificação: Inadequada, Adequada e Muito adequada

#### 4.4 – PROCEDIMENTOS

Este trabalho, envolve a recolha de dados junto de adolescentes a frequentar Escolas Públicas, a nível nacional, utilizando para tal um instrumento de colheita de dados construído para o efeito. Este, foi aprovado pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGDIC), com o número de registo 0071200008.

As instituições foram contactadas, de forma a obter as autorizações necessárias para a realização do estudo (Anexo II).

O pedido estava acompanhado do instrumento de colheita de dados, da metodologia de investigação e dos objetivos do estudo.

Para obtermos a autorização dos encarregados de educação/ pais foi remetido o pedido de consentimento informado

De forma a garantir o anonimato dos inquiridos e a confidencialidade das respostas, adotaram-se um conjunto de garantias éticas, nomeadamente a ausência de identificação pessoal no questionário e a atribuição de códigos às escolas onde foram aplicados os questionários. A confidencialidade dos dados foi garantida.

Em cada escola, selecionada aleatoriamente, pretendemos recolher dados de adolescentes a frequentar o 9º ano de escolaridade.

Todo o processo de colheita de dados decorreu no ano letivo 2011/2012

A cada agrupamento de escolas foi entregue em envelopes os questionários, sendo estes fornecidos aos alunos por um professor que ficou responsável pela entrega e pela recolha destes.

A colheita de dados foi feita em sala de aula, durante um tempo letivo, tendo a duração de trinta minutos. Com o intuito de minimizar possíveis vieses, antes da administração foi explicado o objetivo do estudo, garantido o anonimato. Foram os professores da escola que acompanharam os estudantes durante o tempo em que estes preencheram o questionário. Os questionários foram recolhidos e selados num envelope que apenas tinha a identificação da turma.

O investigador forneceu o número de telemóvel e o endereço de e-mail, para os professores o contactarem sempre que necessitassem.

#### 4.5 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Ao longo desta etapa da investigação recorreremos a diversos procedimentos quer de estatística descritiva, no sentido de apresentar e descrever os dados obtidos, quer através da estatística inferencial, que permitirá efetuar testes de hipóteses, determinando através da comparação de grupos, a probabilidade de existirem diferenças entre eles podendo ser confirmadas ou não as questões de investigação enunciadas.

Os dados obtidos através da aplicação do questionário, foram submetidos ao tratamento estatístico através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0 para o Windows (2012). Apresentaremos os resultados analisados, recorrendo a tabelas e quadros, onde serão demonstrados os dados mais relevantes, facilitando uma melhor comparação dos dados.

Serão omissas as fontes, dado que o estudo é de natureza transversal.

Quanto à estatística descritiva, utilizámos as frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (desvio padrão), coeficiente de variação, medidas de simetria (Skewness) e achatamento (Curtose) e medidas de associação como o Coeficiente de Correlação Pearson. Este mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais; varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos maior será a associação linear entre as variáveis. Para avaliar os resultados obtidos, considerámos os propostos por PESTANA e GAGEIRO (2008) que são os seguintes:

- $R < 0.2$  – associação linear muito baixa;
- $0.2 < R < 0.39$  – associação linear baixa;
- $0.4 < R < 0.69$  – associação linear moderada;
- $0.7 < R < 0.89$  – associação linear alta;
- $0.9 < R < 1$  – associação linear muito alta

Relativamente à estatística Inferencial, serão utilizados os seguintes testes:

• **O Teste de Wilcoxon** – aplica-se para analisar diferenças entre duas condições no mesmo grupo de sujeitos; dá-se maior peso aos pares que apresentam maiores diferenças do que aqueles que apresentam menores diferenças.

• **O Teste U de Mann-Whitney** (U de M-W) – compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes.

• **O Teste de Kruskal-Wallis** – aplica-se a variáveis de nível pelo menos ordinal, usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização.

É a alternativa não paramétrica ao One-Way Anova e permite generalizar o teste de Mann-Whitney a mais dois grupos.

- O **Teste t para Amostras Emparelhadas** – permite inferir sobre a igualdade de médias de duas amostras emparelhadas.

- O **Teste do Qui-Quadrado** – compara frequências observadas. É um teste que permite analisar a relação de independência entre variáveis qualitativas. Ainda com o objetivo de controlar o erro estatístico, principalmente o de rejeitar a hipótese nula ( $H_0$ ), quando esta é, de facto verdadeira (erro tipo I), fixámo-lo em 5%. Seleccionámos os seguintes valores de significância:

- $p > 0.05$  - não significativo
- $p < 0.05$  – significativo
- $p < 0.01$  – bastante significativo
- $p < 0.001$  – altamente significativo

- O **Teste One-Way Anova** – analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si.

O capítulo que seguidamente se inicia respeita à apresentação e análise dos resultados.



## 5 – RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os dados obtidos na aplicação do instrumento de colheita de dados. As análises estatísticas descritivas servem para descrever as características da amostra e para encontrar resposta às questões de investigação.

A apresentação dos dados em tabelas de análise uni e bivariada será precedida do respectivo comentário.

### 5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Relativamente ao namoro, segundo a tabela 19, não namoram a maioria dos adolescentes do sexo masculino (74,2%) e feminino (75,1%). Apenas 25,3% dos adolescentes namoram, sendo a percentagem nos dois sexos semelhante, 25,8% do sexo masculino e 24,9% do sexo feminino. Pelo Teste do Qui-quadrado ( $\chi^2=0,127$ ;  $p=0,721$ ) e resíduos ajustados nota-se que não existe significância estatística.

Deduzimos que a maioria de adolescentes que não namoram têm 14 anos (80,7%), e a maior percentagem dos que namoram tem 16 ou mais anos (39,4%). Pelo teste do qui quadrado ( $\chi^2=32,043$ ;  $p=0,000$ ) e resíduos ajustados observamos a existência de significância estatística, a nível do grupo de adolescentes com 14 anos que não namoram e no grupo de adolescentes com 16 anos que namoram.

**Tabela 19** – Sexo e idade dos adolescentes para o namoro

	Namora				TOTAL		RESÍDUOS AJUSTADOS		X <sup>2</sup>	P
	NÃO (1)		SIM (2)				1	2		
	N	%	N	%	N	%				
	(908)	(74,47)	(308)	(25,3)	(1216)	(100,0)				
<b>Sexo</b>									0,127	0,721
Masculino	408	74,2	142	25,8	550	100,0	-0,4	0,4		
Feminino	500	75,1	166	24,9	666	100,0	0,4	-0,4		
<b>Idade</b>									32,043	0,000
14 Anos	492	80,7	118	19,3	610	100,0	4,8	-4,8		

15 Anos	307	72,1	119	27,9	426	100,0	-1,5	1,5
≥16 Anos	109	60,6	55	39,4	180	100,0	-4,7	4,7

Pela análise da tabela 20 podemos verificar que 32,4 % dos adolescentes do sexo masculino namora há 1-6 meses, 29,6% há menos de um mês, 18,3% há 6 meses - 1 ano, 7,7% entre 1-2 anos e 12% há mais de dois anos. No que diz respeito às adolescentes, a maior percentagem namora há 1-6 meses (39,2%), 21,1% namora há 6 meses -1 ano, 19,3% há menos de um mês, 13,3% há 1 ano-2 anos e 7,2% há mais de dois anos.

Entre os grupos não se verificou significância estatística ( $\chi^2=8,643$ ;  $p=0,071$ ).

**Tabela 20 – Duração do namoro segundo o sexo**

	Sexo				Total	Resíduos Ajustados			
	Masculino (1)		Feminino (2)			N	%	1	2
	N	%	N	%					
<b>Grupos para a duração do namoro</b>									
< 1 mês	42	29,6	32	19,3	74	24,0	2,1	-2,1	
1 – 6 meses	46	32,4	65	39,2	111	36,0	-1,2	1,2	
6 meses-1 ano	26	18,3	35	21,1	61	19,8	-0,6	0,6	
1 ano- 2 anos	11	7,7	22	13,3	33	10,7	-1,6	1,6	
≥ 2 anos	17	12,0	12	7,2	29	9,4	1,4	-1,4	
Total	142	100,0	166	100,0	308	100,0			

Analisando a tabela 21, observamos que 49,3% dos adolescentes falam sobre sexualidade com a mãe, 45% com o pai, 42,1% com o irmão(a), falando a maioria (53,3%) com amigos, 2,9% refere falar com outros. São as raparigas que mais falam com amigos (53,8%), com a mãe (49,5%) e com outros (3,8%). Os rapazes são os que mais falam com o pai (50,0%), com o irmão (a) (45,6%), com a namorada (41,6%), com professores (40,9%) e com o médico (a)/ enfermeiro (a) (42,0%).

Após a aplicação do teste de qui quadrado, observamos que existe significância estatística na opção “Pai” ( $p=0,001$ ) e “Irmão” ( $p=0,023$ ). Os resíduos ajustados indicam-nos que essas diferenças ocorrem nos adolescentes do sexo masculino que falam com o “Pai” e com “Irmão”.

**Tabela 21 – Interlocutores dos adolescentes segundo o sexo**

	Sexo				Total		Resíduos Ajustados		X <sup>2</sup>	P
	Masculino (1)		Feminino (2)				1	2		
	N	%	N	%	N	%				
<b>Interlocutores</b>										
Mãe	269	48,9	330	49,5	599	49,3	-0,2	0,2	0,049	0,824
Pai	275	50,0	272	40,8	547	45,0	3,2	-3,2	10,211	0,001
Amigos	290	52,7	358	53,8	648	53,3	-0,4	0,4	0,128	0,721
Namorado(a)	229	41,6	253	38,0	482	39,6	1,3	-1,3	1,676	0,195
Professores	225	40,9	243	36,5	468	38,5	1,6	-1,6	2,489	0,115
Irmão (a)	251	45,6	261	39,2	512	42,1	2,3	-2,3	5,136	0,023
Médico/ Enfermeiro (a)	231	42,0	262	39,3	493	40,5	0,9	-0,9	0,885	0,347
Outro	10	1,8	25	3,8	35	2,9	-2,0	2,0	4,037	0,45

Pela análise da tabela 22, observamos que quando os adolescentes se referem a “outro”, 50% dos rapazes falam com primos, 20% com os avós e 10% com tios, padrinho/ madrinha e melhor amigo. No que diz respeito às raparigas, 29,2% falam com o melhor amigo(a), 33,% com a madrinha/ padrinho, 16,7% com tios, 12,5% com primos e 8,3% com o psicólogo.

**Tabela 22 – Outros interlocutores dos adolescentes segundo o sexo**

	Sexo				Total		Resíduos Ajustados		X <sup>2</sup>	P
	Masculino (1)		Feminino (2)				1	2		
	N	%	N	%	N	%				
<b>Outros interlocutores</b>									4,037	0,045
Avós	2	20,0	0	0,0	2	5,9	2,3	-2,3		
Madrinha/Padrinho	1	10,0	8	33,3	9	26,5	-1,4	1,4		
Primo (a)	5	50,0	3	12,5	8	23,5	2,3	-2,3		
Melhor Amigo (a)	1	10,0	7	29,2	8	23,5	-1,2	1,2		
Tio (a)	1	10,0	4	16,7	5	14,7	-0,5	0,5		
Psicólogo	0	0,0	2	8,3	2	5,9	-0,9	0,9		
Total	10	100,0	24	100,0	34	100,0				

Relacionando o grupo de idade e com quem falam os adolescentes sobre sexualidade (cf. tabela 23), verificamos que no grupo de adolescentes com 14 anos, a maioria (54,6%) conversa sobre sexualidade com os amigos e a minoria (2,2%) com

“outros”. Os adolescentes com 15 anos também conversam majoritariamente sobre sexualidade com os amigos (52,8%) e apenas 4,5% com “outros”. A maioria dos adolescentes com 16 ou mais anos (50,6%) conversam com a mãe. Verificou-se a existência de significância estatística no grupo de adolescentes com 15 anos ( $\chi^2= 5,976$ ;  $p=0,050$ ) que conversa com “Outro” sobre sexualidade. Importa referir que estes dados só se reportam aos que disseram que sim.

**Tabela 23 – Interlocutores dos adolescentes segundo a idade**

	Grupos de Idade						Total	Resíduos Ajustados			X <sup>2</sup>	P		
	14 Anos (1)		15 Anos (2)		≥16 Anos (3)			N	%	1			2	3
	N	%	N	%	N	%								
<b>Interlocutores</b>														
Mãe	301	49,3	207	48,6	91	50,6	599	49,3	0,1	-0,3	0,4	0,199	0,905	
Pai	282	46,2	185	43,4	80	44,4	547	45,0	0,9	-0,8	-0,2	0,821	0,663	
Amigos	333	54,6	225	52,8	90	50,0	648	53,3	0,9	-0,2	-1,0	1,235	0,539	
Namorado(a)	238	39,0	165	38,7	79	43,9	482	39,6	-0,4	-0,5	1,3	1,604	0,448	
Professores	236	38,7	154	36,2	78	43,3	468	38,5	0,1	-1,2	1,4	2,779	0,249	
Irmão (a)	253	41,5	176	41,3	83	46,1	512	42,1	-0,4	-0,4	1,2	1,393	0,498	
Médico/ Enfermeiro (a)	250	41,0	163	38,3	80	44,4	493	40,5	0,3	-1,2	1,2	2,104	0,349	
Outro	13	2,1	19	4,5	3	1,7	35	2,9	-1,6	2,4	-1,1	5,976	0,050	

Pela análise da tabela 24, podemos observar que os 84,9% dos rapazes e 89,5% das raparigas não tiveram relações sexuais. 15,1% dos rapazes e 10,5% das raparigas tiveram relações sexuais. O teste qui quadrado ( $\chi^2=5,746$ ;  $p=0,017$ ) e os resíduos ajustados indicam que existe significância estatística, estando essas diferenças ao nível do grupo de rapazes que já tiveram relações sexuais e de raparigas que não tiveram relações sexuais.

**Tabela 24 – Relações sexuais segundo o sexo**

	Sexo						Resíduos Ajustados	
	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		1	2
	N	%	N	%	N	%		
	(550)	(100,0)	(666)	(100,0)	(1216)	(100,0)		
<b>Relações Sexuais</b>								
Não	467	84,9	596	89,5	1063	87,4	-2,4	2,4
Sim	83	15,1	70	10,5	153	12,6	2,4	-2,4

Relativamente ao início da atividade sexual, por grupos de idade, analisando a tabela 25 observamos que 93,9% dos adolescentes com 14 anos não iniciou a atividade sexual, tendo já iniciado 6,1%. No grupo de adolescentes com 15 anos 86,6% já iniciaram a

atividade sexual e 13,4% ainda não a iniciaram. Relativamente ao grupo com 16 ou mais anos, 32,8% já iniciaram a atividade sexual e 67,2% não iniciaram esta atividade.

O teste qui quadrado ( $\chi^2=90,545$ ;  $p=0,000$ ) e os valores dos resíduos ajustados indicam que existe significância estatística, essas diferenças são ao nível do grupo de adolescentes com 14 anos que não iniciaram a atividade sexual e no grupo de adolescentes com 16 ou mais anos que já iniciaram a atividade sexual.

**Tabela 25 – Início da atividade sexual segundo a idade**

	Idade						Total	Resíduos Ajustados				
	14 anos (1)		15 anos (2)		≥ 16 anos (3)			N (1216)	%	1	2	3
	N (610)	% (100,0)	N (426)	% (100,0)	N (180)	% (100,0)						
<b>Atividade sexual</b>												
Não	573	93,9	369	86,6	121	67,2	1063	87,4	6,9	-0,6	-8,9	
Sim	37	6,1	57	13,4	59	32,8	153	12,6	-6,9	0,6	8,9	

Pela observação da tabela 26, vemos que alguns adolescentes tiveram a sua primeira relação sexual entre os 10 e os 18 anos de idade, correspondendo-lhe uma média de 13,83 anos, um desvio padrão (s) de 1,508 e um coeficiente de variação de 10,90%, o que denota uma dispersão fraca, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ( $t=1,722$ ;  $p=0,087$ ).

Quanto às medidas de simetria ou enviesamento e achatamento ou curtose, observamos que a distribuição da idade é assimétrica e leptocúrtica, mas o teste Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors ao apresentar significância estatística indica-nos que a variável não tem distribuição normal.

**Tabela 26 – Estatísticas relativas à idade da primeira relação sexual**

Idade 1ª relação sexual	N	Min.	Máx.	Média	s	CV	SK/ERRO	K/ERRO	SIG
<b>Sexo</b>									
Masculino	83	10	17	13,64	1,679	12,30	-2,856	0,319	0,000
Feminino	70	10	18	14,06	1,250	8,89	-0,226	2,427	0,000
Total	153	10	18	13,83	1,508	10,90	-3,505	2,264	0,000

Não têm relações sexuais atualmente (cf. Tabela 27) 87,8% dos rapazes e 91,4% das raparigas. Têm relações sexuais atualmente 12,2% dos rapazes e 8,6% das raparigas O teste qui quadrado ( $\chi^2=4,318$ ;  $p=0,038$ ) e os valores dos resíduos ajustados indicam a

existência de significância estatística, localizando-se essas diferenças no grupo de raparigas que não têm relações sexuais atualmente e no grupo de rapazes que têm relações sexuais atualmente.

Distribuindo os adolescentes por grupos de idade, observamos que a maior parte dos adolescentes que tem relações sexuais atualmente têm 16 anos de idade ou mais (26,1%). Relativamente aos que não têm relações sexuais atualmente, é no grupo de adolescentes com 14 anos que se situa a maior percentagem (94,8%). O teste qui quadrado ( $\chi^2=66,172$ ;  $p=0,000$ ) e os resíduos ajustados indicam a existência de significância estatística, ocorrendo essas diferenças ao nível do grupo de adolescentes que não têm relações sexuais atualmente com 14 anos e do grupo de adolescentes que têm relações sexuais atualmente com 16 ou mais.

**Tabela 27 – Sexo e idade dos adolescentes segundo relações sexuais atuais**

	Atualmente tens relações sexuais				Total		Resíduos		X <sup>2</sup>	P
	Não (1)		Sim (2)				1	2		
	N	%	N	%	N	%				
	(1092)	(100,0)	(124)	(100,0)	(1216)	(100,0)				
<b>Sexo</b>									4,318	0,038
Masculino	483	87,8	67	12,2	550	100,0	-2,1	2,1		
Feminino	609	91,4	57	8,6	666	100,0	2,1	-2,1		
<b>Grupos de Idade</b>									66,172	0,000
14 Anos	578	94,8	32	5,2	610	100,0	5,7	-5,7		
15 Anos	381	89,4	45	10,6	426	100,0	-0,3	0,3		
≥16 Anos	133	73,9	47	26,1	180	100,0	-7,6	7,6		

No que diz respeito ao fim de quanto tempo de namoro tiveram relações sexuais, de acordo com a tabela 28, tiveram relações sexuais 23,9% dos rapazes e 7% das raparigas com uma semana ou menos de namoro, 31,3% dos rapazes e 15,8% das raparigas com menos de um mês de namoro, de um a três meses 23,4% dos adolescentes, entre três a seis meses 21,8%, de seis meses a um ano 10,5% dos adolescentes e de um a dois anos 1,4% dos rapazes e 7,0% das raparigas.

**Tabela 28** – Tempo de relacionamento para ter relações sexuais segundo o sexo

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
<b>Ao fim de quanto tempo de relacionamento</b>						
1 semana ou menos	16	23,9	4	7,0	20	16,1
< 1 mês	21	31,3	9	15,8	30	24,2
1 – 3 meses	17	25,4	12	21,1	29	23,4
3 – 6 meses	10	14,9	17	29,8	27	21,8
6 meses – 1 ano	2	3,0	11	19,3	13	10,5
1 – 2 anos	1	1,5	4	7,0	5	4,0

A tabela 29 permite observar que a maior percentagem dos adolescentes (24,2%) teve relações sexuais no primeiro mês de namoro, sendo o grupo de adolescentes com 16 anos ou mais com uma percentagem mais elevada (24,2%). Só 4,0% dos adolescentes tiveram relações sexuais após namorarem um a dois anos, aparecendo o grupo com 14 anos em maior percentagem (9,4%). Entre os grupos não se verificou significância estatística ( $\chi^2=12,366$ ;  $p=0,261$ ).

**Tabela 29** – Tempo de relacionamento para ter relações sexuais segundo a idade

	Idade						Total		Resíduos Ajustados		
	14 anos (1)		15 anos (2)		≥ 16 anos (3)		N	%	1	2	3
	N	%	N	%	N	%					
<b>Relações sexuais ao fim de quanto tempo de namoro</b>											
1 semana ou menos	6	18,8	5	11,1	9	19,1	20	16,1	0,5	-1,1	-0,7
< 1 mês	6	18,8	10	22,2	14	29,8	30	24,2	-0,8	-0,4	1,1
1 – 3 meses	9	28,1	13	28,9	7	14,9	29	23,4	0,7	1,1	-1,7
3 – 6 meses	6	18,8	8	17,8	13	27,7	27	21,8	-0,5	-0,8	1,2
6 meses – 1 ano	2	6,2	8	17,8	3	6,4	13	10,5	-0,9	2,0	-1,2
1 – 2 anos	3	9,4	1	2,2	1	2,1	5	4,0	1,8	-0,8	-0,8

Com base na análise da tabela 30, observamos que a maioria dos adolescentes (81,0%) não faz contraceção, apenas 19,0% faz contraceção. Fazem mais contraceção os rapazes (25,5%) que as raparigas (13,7%).

O teste qui quadrado ( $\chi^2=27,215$ ;  $p=0,000$ ) e os resíduos ajustados, indicam a existência de significância estatística, essas diferenças são ao nível do grupo de raparigas que não faz contraceção e do grupo de rapazes que faz contraceção.

Distribuindo os adolescentes por grupos de idade, verificamos que não fazem contraceção 88,4% dos adolescentes com 14 anos, 80,0% com 15 anos e 58,3% com 16 ou mais anos. Verifica-se uma maior (41,7%) utilização da contraceção no grupo de adolescentes com 16 anos ou mais. Existe significância estatística ( $\chi^2=81,828$ ;  $p=0,000$ ), ocorrendo essas diferenças no grupo que não faz contraceção com 14 anos e no grupo que faz contraceção com 16 ou mais anos.

**Tabela 30 – Sexo e idade dos adolescentes segundo a contraceção**

	CONTRACEÇÃO				TOTAL		RESÍDUOS AJUSTADOS		X <sup>2</sup>	P
	NÃO (1)		SIM (2)		N	%	1	2		
	N	%	N	%						
	(985)	(100,0)	(231)	(100,0)	(1216)	(100,0)				
<b>Sexo</b>									27,215	0,000
Masculino	410	74,5	140	25,5	550	100,0	-5,2	5,2		
Feminino	575	86,3	91	13,7	666	100,0	5,2	-5,2		
<b>Grupos de Idade</b>									81,828	0,000
14 Anos	539	88,4	71	11,6	610	100,0	6,6	-6,6		
15 Anos	341	80,0	85	20,0	426	100,0	-0,6	0,6		
≥16 Anos	105	58,3	75	41,7	180	100,0	-8,4	8,4		

Dos adolescentes que fazem contraceção, utilizam o preservativo 62,8% e a pílula 37,2%. Utilizam o preservativo apenas 5,5% das raparigas e as restantes (94,5%) utilizam a pílula (cf. tabela 31). O teste qui quadrado ( $\chi^2=210,780$ ;  $p=0,000$ ) e os valores dos resíduos ajustados indicam-nos a existência de significância estatística, verificando-se essas diferenças a nível das raparigas que utilizam a pílula e dos rapazes que usam o preservativo.

Utilizam a pílula 32,4% dos adolescentes com 14 anos, 32,9% com 15 anos e 46,7% com 16 ou mais anos. O preservativo é utilizado por 71% dos jovens com 14 anos, 85% com 15 anos e 75% com 16 ou mais anos. Entre os grupos não se verificou significância estatística ( $\chi^2=4,237$ ;  $p=0,120$ ).

**Tabela 31 – Sexo e idade dos adolescentes segundo o tipo de contraceção utilizada**

	Contraceção utilizada						RESÍDUOS AJUSTADOS		X <sup>2</sup>	P
	Pílula (1)		Preservativo (2)		TOTAL		1	2		
	N (86)	% (100,0)	N (145)	% (100,0)	N (231)	% (100,0)				
<b>Sexo</b>									210,780	0,000
Masculino	0	0,0	140	100	140	100,0	-14,5	14,5		
Feminino	86	94,5	5	5,5	91	100,0	14,5	-14,5		
<b>Grupos de Idade</b>									4,237	0,120
14 Anos	23	32,4	48	67,6	71	100,0	-1,0	1,0		
15 Anos	28	32,9	57	67,1	85	100,0	-1,0	1,0		
≥16 Anos	35	46,7	47	54,3	75	100,0	2,1	-2,1		

Através da tabela 32, podemos observar que dois jovens com 16 ou mais anos utilizaram contraceção de emergência. Os adolescentes pertencentes aos outros grupos de idade não utilizaram a contraceção de emergência. Existe significância estatística ( $\chi^2=11,530$ ;  $p=0,003$ ) no grupo de adolescentes com 16 ou mais anos que utilizaram a contraceção de emergência.

**Tabela 32 – Contraceção de emergência segundo a idade**

	Idade						Total		Resíduos Ajustados		
	14 anos (1)		15 anos (2)		≥ 16 anos (3)		N	%	1	2	3
	N (610)	% (100,0)	N (426)	% (100,0)	N (180)	% (100,0)	(1216)	(100,0)			
<b>Contraceção de emergência</b>											
Não	610	100,0	426	100,0	178	98,9	1214	99,8	1,4	1,0	-3,4
Sim	0	0,0	0	0,0	2	1,1	2	0,2	-1,4	-1,0	3,4

Comentando a tabela 33, não consideram importante a utilização do preservativo 4,4% dos rapazes 1,4% das raparigas. Consideram importante a utilização do preservativo 95,6% dos rapazes e 98,6% das raparigas.

O teste qui quadrado ( $\chi^2= 10,353$ ;  $p=0,001$ ) indica a existência de significância estatística, verificando-se essas diferenças no grupo que não considera importante a utilização do preservativo pertencentes ao sexo masculino e no grupo que considera importante a utilização do preservativo pertencente ao sexo feminino

Não consideram importante utilizar o preservativo 3,0% dos jovens com 14 anos, 2,6% com 15 anos e 2,2% com 16 ou mais anos. Consideram importante utilizar o preservativo 97,0% dos jovens com 14 anos, 97,4% com 15 anos e 97,8% com 16 ou mais anos. O teste qui quadrado ( $\chi^2=0,323$ ;  $p=0,851$ ) indica-nos a inexistência de significância estatística.

**Tabela 33** – Sexo e idade dos adolescentes segundo a importância da utilização de preservativo

	Consideras importante a utilização de preservativo				TOTAL		RESIDUOS AJUSTADOS		$\chi^2$	P
	NÃO (1)		SIM (2)							
	N (33)	% (100,0)	N (1183)	% (100,0)	N (1216)	% (100,0)	1	2		
<b>Sexo</b>									10,353	0,001
Masculino	24	4,4	526	95,6	550	100,0	3,2	-3,2		
Feminino	9	1,4	657	98,6	666	100,0	-3,2	3,2		
<b>Idade</b>									0,323	0,851
14 Anos	18	3,0	592	97,0	610	100,0	0,5	-0,5		
15 Anos	11	2,6	415	97,4	426	100,0	-0,2	0,2		
≥16 Anos	4	2,2	176	97,8	180	100,0	-0,4	0,4		

#### Utilizas o preservativo em todas as relações

Os dados estatísticos referentes às diferenças entre sexo para a utilização do preservativo em todas as relações sexuais (cf. tabela 34), demonstram que não utilizam o preservativo em todas as relações 12,9% dos rapazes e 17,8% das raparigas. Utilizam o preservativo em todas as relações 71,9% dos rapazes e 63,7% das raparigas. Referem utilizar o preservativo às vezes 15,2% dos rapazes e 18,5% das raparigas. Não existe significância estatística ( $\chi^2=4,237$ ;  $p=0,101$ ).

Por grupos de idade, observamos que não utilizam o preservativo 20,0% dos jovens com 14 anos, 14,0% com 15 anos e 9,8% com 16 ou mais anos. Utilizam sempre o preservativo 69,1% dos jovens com 14 anos, 68,4% com 15 anos e 67,1% com 16 ou mais anos. Utilizam o preservativo às vezes 10,9% com 14 anos, 17,55 com 15 anos e 23,2% com 16 ou mais anos. De acordo com o teste qui quadrado ( $\chi^2=7,750$ ;  $p=0,101$ ) não existe significância estatística.

**Tabela 34 – Sexo e idade dos adolescentes segundo a utilização do preservativo**

	Se tiveres relações utilizas o preservativo em todas elas						TOTAL		RESÍDUOS AJUSTADOS			X <sup>2</sup>	p
	NAO (1)		SIM (2)		AS VEZES (3)				N	%	1		
	N	%	N	%	N	%	(306)	(100,0)					
<b>Sexo</b>												4,237	0,120
Masculino	22	12,9	123	71,9	26	15,2	171	100,0	-1,2	1,5	-0,8		
Feminino	24	17,8	86	63,7	25	18,5	135	100,0	1,2	-1,5	0,8		
<b>Grupos de Idade</b>												7,750	0,101
14 Anos	22	20,0	76	69,1	12	10,9	110	100,0	1,8	0,2	-2,0		
15 Anos	16	14,0	78	68,4	20	17,5	114	100,0	-0,4	0,0	0,3		
≥16 Anos	8	9,8	55	67,1	19	23,2	82	100,0	-1,6	-0,3	1,8		

Seguidamente são apresentados os resultados obtidos (cf. tabela 35) acerca do comportamento sexual segundo o sexo e a idade.

### Sexo

Relativamente à experiência sexual, 40,2% dos rapazes e 32,6% das raparigas já tiveram experiência sexual. 59,8% dos rapazes e 63,7% das raparigas referem não ter tido experiência sexual. O teste qui quadrado indica-nos a ausência de significância estatística ( $\chi^2=7,548$ ;  $p=0,006$ ).

Os resultados mostram que 64,7% rapazes e 61,6% raparigas já beijaram e abraçaram alguém com carícias por cima da roupa e que 35,3% dos rapazes e 38,4% das raparigas não beijaram e abraçaram alguém com carícias por cima da roupa. Entre grupos verifica-se a inexistência de significância estatística ( $\chi^2=1,295$ ;  $p=0,255$ ).

A maioria dos jovens, 56,9% dos rapazes e 66,1% das raparigas, refere não ter tido intimidade, próxima do coito, incluindo carícias diretas em qualquer parte do corpo, incluindo genitais. Verifica-se a existência de significância estatística ( $\chi^2=10,713$ ;  $p=0,001$ ), a nível do grupo de rapazes que já tiveram intimidade e do grupo de raparigas que não teve intimidade.

Apenas 8,4% dos rapazes e raparigas referem ter tido a experiência de ter chegado ao coito com apenas uma pessoa. Verificou-se a inexistência de significância estatística ( $\chi^2=0,001$ ;  $p=0,978$ ).

No que diz respeito às relações sexuais coitais com mais que uma pessoa, 7,1% dos rapazes e 2,1% das raparigas referem que já tiveram esta experiência. 92,9% dos rapazes e

97,9% das raparigas não tiveram esta experiência. Verifica-se a existência de significância estatística ( $\chi^2=17,985$ ;  $p=0,000$ ), observando-se essas diferenças no grupo de rapazes que já tiveram relações sexuais coitais com mais que uma pessoa e no grupo de raparigas que referem que não.

**Tabela 35 – Comportamento sexual segundo o sexo**

	SEXO				Total		Resíduos Ajustados		X <sup>2</sup>	P
	Masculino (1)		Feminino (2)				1	2		
	N	%	N	%	N	%				
	(550)	(100,0)	(666)	(100,0)	(1216)	(100,0)				
<b>Já tive experiência sexual</b>									7,548	0,006
Sim	221	40,2	217	32,6	438	36,0	2,7	-2,7		
Não	329	59,8	449	63,7	778	64,0	-2,7	2,7		
<b>Beije nos lábios e abracei alguém, com carícias por cima da roupa</b>									1,295	0,255
Sim	356	64,7	410	61,6	766	63,0	1,1	-1,1		
Não	194	35,3	256	38,4	450	37,0	-1,1	1,1		
<b>Já tive intimidade, próxima do coito, incluindo carícias diretas em qualquer parte do corpo incluindo os genitais</b>									10,713	0,001
Sim	237	43,1	226	33,9	463	38,1	3,3	-3,3		
Não	313	56,9	440	66,1	753	61,9	-3,3	3,3		
<b>Já tive experiência de ter chegado ao coito, com apenas uma pessoa</b>									0,001	0,978
Sim	46	8,4	56	8,4	102	8,4	0,0	0,0		
Não	504	91,6	610	91,6	1114	91,6	0,0	0,0		
<b>Já tive relações sexuais coitais com mais que uma pessoa</b>									17,985	0,000
Sim	39	7,1	14	2,1	53	4,4	4,2	-4,2		
Não	511	92,9	652	97,9	1163	95,6	-4,2	4,2		

### Idade

A análise da tabela 36 permite verificar que já tiveram experiência sexual com 14 anos 30,5% dos adolescentes, com 15 anos 35,2% e com 16 anos ou mais 56,7%. Existe significância estatística ( $\chi^2= 41,506$ ;  $p=0,000$ ), os resíduos ajustados indicam-nos que essas diferenças ocorrem no grupo com 14 anos que já teve relações sexuais, no grupo de 15 anos que não teve relações sexuais e no grupo com 16 anos ou mais que já teve relações sexuais.

A maioria dos adolescentes de todos os grupos de idade (63,0%) afirma que já beijou nos lábios e abraçou alguém com carícia por cima da roupa. Não existe significância estatística ( $\chi^2= 4,506$ ;  $p=0,105$ ).

Em todos os grupos de idade verifica-se que a maioria (61,9%) não teve intimidade próxima do coito, incluindo carícias diretas em qualquer parte do corpo incluindo genitais.

Verifica-se a existência de significância estatística ( $\chi^2=10,002$ ;  $p=0,007$ ). Essas diferenças ocorrem no grupo de adolescentes com 14 anos que não teve a experiência anteriormente referida e no grupo de adolescentes com 16 anos ou mais que já teve a referida experiência.

É no grupo de adolescentes com 16 anos ou mais que aparece uma maior percentagem dos que já tiveram a experiência (20,6%) de ter chegado ao coito com apenas uma pessoa. Pode observar-se ainda a existência de significância estatística ( $\chi^2=46,177$ ;  $p=0,000$ ), ocorrendo essas diferenças no grupo de 14 anos que não teve esta experiência e no grupo de 16 anos ou mais que já teve experiência.

Mais de 90,0% dos adolescentes afirmam não ter tido relações sexuais coitais com mais que uma pessoa. Com 14 anos já tiveram relações sexuais coitais com mais que uma pessoa 2,6% dos adolescentes, com 15 anos 4,5% e com 16 anos ou mais 10,0%. Existe significância estatística ( $\chi^2= 18,161$ ;  $p=0,000$ ), observando-se essas diferenças no grupo de 14 anos que não teve relações sexuais coitais com mais que uma pessoa e no grupo de 16 ou mais anos que já teve a experiência referida anteriormente.

**Tabela 36 – Comportamento sexual segundo a idade**

	IDADE						Total	Resíduos Ajustados	$\chi^2$	p			
	14 anos (1)		15 anos (2)		≥ 16 anos (3)						Resíduos Ajustados		
	N (610)	% (100,0)	N (426)	% (100,0)	N (180)	% (100,0)							
						N (1216)	% (100,0)	1	2	3			
<b>Já teve experiência sexual</b>											41,506	0,000	
Sim	186	30,5	150	35,2	102	56,7	438	36,0	-4,0	-0,4	6,3		
Não	424	69,5	276	64,8	78	43,3	778	64,0	4,0	0,4	-6,3		
<b>Beijei nos lábios</b>											4,506	0,105	
Sim	368	60,3	275	64,6	123	68,3	766	63,0	-1,9	0,8	1,6		
Não	242	39,7	151	35,4	57	31,7	450	37,0	1,9	-0,8	-1,6		
<b>Já teve intimidade</b>											10,002	0,007	
Sim	209	34,3	170	39,9	84	46,7	463	38,1	-2,7	1,0	2,6		
Não	401	65,7	256	60,1	96	53,3	753	61,9	2,7	-1,0	-2,6		
<b>Já teve experiência</b>											46,177	0,000	
Sim	28	4,6	37	8,7	37	20,6	102	8,4	-4,8	0,3	6,4		
Não	582	95,4	389	91,3	143	79,4	1114	91,6	4,8	-0,3	-6,4		
<b>Já teve relações coitais</b>											18,161	0,000	
Sim	16	2,6	19	4,5	18	10,0	53	4,4	-3,0	0,1	4,0		

---

Não      594      97,4      407      95,5      162      90,0      1163      95,6      3,0      -0,1      -4,0

---

### Conhecimentos sobre ao planeamento familiar

Analisando a tabela 37, podemos observar que o conhecimento sobre planeamento familiar dos adolescentes inquiridos oscila entre os 14,05 e 62,88, correspondendo-lhe uma média de 50,00 e um desvio padrão (s) de 10,02. Para os rapazes e raparigas as pontuações mínimas e máximas são 14,05 e 62,88, mas as raparigas têm mais conhecimentos que os rapazes (média=52,16 ± 8,56 dp) e (média= 47,39 ± 10,99 dp) sendo a diferença estatisticamente significativa ( $t=-8,504$ ;  $p=0,000$ ). Para alguns valores não serem tão elevados calculou-se os valores padronizados (score – média score)/desvio padrão score).

Quanto às medidas de assimetria ou enviesamento e achatamento ou curtose, observamos que a distribuição do conhecimento dos rapazes e das raparigas e do total dos conhecimentos sobre planeamento familiar é assimétrica enviesada à direita e leptocúrtica. O teste Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors apresenta significância estatística o que nos indica que a variável não tem distribuição normal. Os coeficientes de variação revelam uma dispersão baixa em torno do valor médio.

**Tabela 37** – Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre planeamento familiar

	N	%	Min.	Máx.	Média	CV	s	SK/ERRO	K/ERRO	SIG
<b>Sexo</b>										
Masculino	550	45,23	14,05	62,88	47,39	23,19	10,99	-11,423	5,673	0,000
Feminino	666	54,77	14,05	62,88	52,16	16,41	8,56	-20,747	28,867	0,000
ztotplanfan	1216	100	14,05	62,88	50,00	20,04	10,02	-22,157	19,185	0,000

A tabela 38 mostra-nos as relações entre sexo, grupo de idade, residência, namoro, importância de utilizar o preservativo e relações sexuais com os conhecimentos sobre planeamento familiar.

Observamos que a maior percentagem dos rapazes (19,2%) apresenta fracos conhecimentos sobre planeamento familiar, enquanto a maior percentagem das raparigas (32,2%) apresenta bons conhecimentos. Observa-se a existência de significância estatística ( $X^2=64,285$ ;  $p=0,000$ ), ocorrendo essas diferenças no grupo de rapazes com fracos conhecimentos e no grupo de raparigas que apresentam bons conhecimentos.

Em relação à idade, possuem fracos conhecimentos sobre planejamento familiar 14,7% dos adolescentes com 14 anos, 11,3% com 15 anos e 5,1% com 16 anos ou mais. Possuem conhecimentos razoáveis sobre planejamento familiar 10,0% com 14 anos, 5,8% com 15 anos e 5,8% com 16 ou mais anos. Com bons conhecimentos sobre planejamento familiar encontramos 25,4% dos adolescentes com 14 anos, 35,6% com 15 anos e 6,9% com 16 anos ou mais. Observa-se a inexistência de significância estatística ( $X^2=3,494$ ;  $p=0,479$ ).

Quanto à residência, a tabela 36 permite observar que possuem fracos conhecimentos sobre planejamento familiar 15,3% dos jovens que moram numa aldeia, 6,3% dos que moram numa vila e 9,5% dos que moram na cidade. Com conhecimentos razoáveis, 9,9% mora numa aldeia, 2,6% numa vila e 6,2% na cidade. Possuem bons conhecimentos 23,7% dos adolescentes que moram numa aldeia, 9,5% que moram numa vila e 17,0% numa cidade. Não se verificou a existência de significância estatística entre os grupos ( $X^2=4,991$ ;  $p=0,288$ ).

No referente ao namoro, possuem fracos conhecimentos sobre planejamento familiar 24,1% dos que não namoram e 7,1% dos que namoram. Possuem conhecimentos razoáveis 13,2% que não namoram e 5,4% dos que namoram. Com bons conhecimentos, 37,3% não namoram e 12,8% namoram. Verificou-se a inexistência de significância estatística ( $x^2=3,098$ ;  $p=0,213$ ).

Quanto à importância da utilização do preservativo, possuem fracos conhecimentos 1,4% que não consideram importante a utilização do preservativo e 29,8% que consideram importante a utilização deste método contraceptivo. Com conhecimento razoáveis, 0,3% não considera importante a utilização do preservativo e 18,3% considera importante a utilização do preservativo. Possuem bons conhecimentos sobre planejamento familiar 1,0% que não consideram importante a utilização do preservativo e 49,2% dos que consideram importante a sua utilização. Observou-se a existência significância estatística ( $X^2=6,572$ ;  $p=0,037$ ), ocorrendo essas diferenças no grupo de adolescentes com fracos conhecimentos que não consideram importante a utilização do preservativo e no grupo de adolescentes com bons conhecimentos que consideram importante a utilização do preservativo.

Com fracos conhecimentos sobre planejamento familiar, 27,1% não têm relações sexuais e 4,0% refere ter relações sexuais. Dos adolescentes com conhecimentos razoáveis (18,7%), 16,5% não têm relações sexuais e 3,2% têm relações sexuais. A maior percentagem dos adolescentes com bons conhecimentos não tem relações sexuais (43,8%) e 6,4% refere ter relações sexuais. Verificou-se a inexistência de significância estatística ( $X^2=0,327$ ;  $p=0,849$ ).

**Tabela 38** – Sexo, idade, residência, namoro, importância da utilização do preservativo e relações sexuais segundo os conhecimentos sobre Planejamento familiar

	Conhecimento planejamento familiar						TOTAL	RESIDUOS AJUSTADOS	X <sup>2</sup>	P				
	Fracos (1)		Razoáveis (2)		Bons (3)									
	N	%	N	%	N	%								
	(379)	(100,0)	(227)	(100,0)	(610)	(100,0)					(1216)	(100,0)	1	2
<b>Sexo</b>												64,285	0,000	
Masculino	234	19,2	98	8,1	218	17,9	550	45,2	7,8	-0,7	-6,7			
Feminino	145	11,9	129	10,6	392	32,2	666	54,8	-7,8	0,7	6,7			
<b>Grupos de Idade</b>													3,494	0,479
14 Anos	179	14,7	122	10,0	309	25,4	610	50,2	-1,4	1,2	0,3			
15 Anos	138	11,3	71	5,8	217	35,6	426	35,0	0,7	-1,3	0,4			
≥16 Anos	62	5,1	34	2,8	84	6,9	180	14,8	1,0	0,1	-1,0			
<b>Residência</b>													4,991	0,288
Aldeia	186	15,3	120	9,9	288	23,7	594	48,8	0,1	1,3	-1,1			
Vila	77	6,3	32	2,6	115	9,5	224	18,4	1,1	-1,9	0,4			
Cidade	116	9,5	75	6,2	207	17,0	398	32,7	-1,1	0,1	0,9			
<b>Namoras</b>													3,098	0,213
Não	293	24,1	161	13,2	454	37,3	908	74,7	1,4	-1,4	-0,2			
Sim	86	7,1	66	5,4	156	12,8	308	25,3	-1,4	1,4	0,2			
<b>Importante utilizar preservativo</b>													6,572	0,037
Não	17	1,4	4	0,3	12	1,0	33	2,7	2,6	-1,0	-1,6			
Sim	362	29,8	223	18,3	598	49,2	1183	97,3	-2,6	1,0	1,6			
<b>Relações sexuais</b>													0,327	0,849
Não	330	27,1	201	16,5	532	43,8	1063	87,4	-0,2	0,6	-0,2			
Sim	49	4,0	26	2,2	78	6,4	153	12,6	0,2	-0,6	0,2			

A relação entre os conhecimentos sobre planejamento familiar e interlocutores é apresentada de seguida.

No que se refere à mãe como interlocutora (cf. tabela 39), observamos que 31,2% dos adolescentes possuem fracos conhecimentos sobre planejamento familiar, destes 16,2% falam com a mãe sobre sexualidade e 15,0% não fala com a mãe sobre a temática anteriormente referida. Dos 18,7% que possuem conhecimentos razoáveis, 9,2% fala com a mãe e 9,5% não fala com a mãe. Quanto aos que possuem bons conhecimentos sobre

planeamento familiar (50,2%), 23,8% fala com a mãe sobre sexualidade e 26,3% não fala com a mãe sobre sexualidade. Verificou-se a inexistência de significância estatística ( $X^2=1,843$ ;  $p=0,398$ ).

No referente ao pai como interlocutor, observamos que possuem fracos conhecimentos sobre planeamento familiar 15,2% dos que falam com o pai sobre sexualidade e 16,0% que não falam com o pai sobre esta temática. Possuem conhecimentos razoáveis 7,5% que falam com o pai e 11,2% que não falam com o pai sobre sexualidade. Com bons conhecimentos encontramos 22,3% que falam sobre sexualidade com o pai e 27,9% que falam. Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=4,520$ ;  $p=0,104$ ).

Relativamente aos amigos como interlocutores, podemos verificar que possuem fracos conhecimentos 16,1% dos adolescentes que têm os amigos como interlocutores e 15,0% que não os têm como interlocutores. Com conhecimentos razoáveis encontramos 10,5% que têm os amigos como interlocutores e 8,1% que não os têm. Apresentam bons conhecimentos 26,6% que têm os amigos como interlocutores e 23,5% que não têm os amigos como interlocutores. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $X^2=1,260$ ;  $p=0,533$ ).

A maioria dos adolescentes não tem o namorado(a) como interlocutor (60,3%), possuindo fracos conhecimentos 18,0% possuem fracos conhecimentos, 11,5% conhecimentos razoáveis e 30,8% bons conhecimentos. Têm como interlocutor o namorado 39,7%, apresentando fracos conhecimentos sobre planeamento familiar 13,2%, conhecimentos razoáveis 7,2% e bons conhecimentos 19,3%. Não se verificou a existência de significância estatística entre os grupos ( $X^2=1,532$ ;  $p=0,465$ ).

Dos 38,6% dos adolescentes que têm os professores como interlocutores, têm fracos conhecimentos sobre planeamento familiar 13,7%, conhecimentos razoáveis 5,8% e bons conhecimentos 18,9%. A maioria dos adolescentes (61,4%) não tem os professores como interlocutores, 17,4% possuem fracos conhecimentos sobre planeamento familiar, 12,8% conhecimentos razoáveis e bons conhecimentos 31,2%. Existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $X^2=10,119$ ;  $p=0,006$ ), indicando os valores dos resíduos ajustados que essas diferenças se situam no grupo de adolescentes com fracos conhecimentos que têm como interlocutores os professores e no grupo de adolescentes com conhecimentos razoáveis que não têm os professores como interlocutores.

Relativamente aos amigos como interlocutores, a maioria dos adolescentes não fala com irmão(a) (57,9%) sobre sexualidade, apresentando fracos conhecimentos sobre planeamento familiar 16,6%, conhecimentos razoáveis 11,6% e bons conhecimentos 29,7%. Falam sobre sexualidade com irmão (a) 42,1% dos adolescentes, destes possuem fracos conhecimentos sobre planeamento familiar 14,6%, conhecimentos razoáveis 7,1% e bons

conhecimentos 20,5%. Não se verificou a existência de significância estatística ( $X^2=5,357$ ;  $p=0,069$ ).

A maioria dos adolescentes (59,5%) não tem como interlocutor o médico/ enfermeiro, apresentando fracos conhecimentos sobre planeamento familiar 17,6%, conhecimentos razoáveis 11,8% e bons conhecimentos 30,1%. O médico/ enfermeiro (a) é tido como interlocutor para 40,5% dos adolescentes, 13,6% tem fracos conhecimentos sobre planeamento familiar, 6,9% conhecimentos razoáveis e 20,1% bons conhecimentos. Verifica-se a inexistência de significância estatística ( $X^2= 2,662$ ;  $p=0,264$ ).

**Tabela 39** – Interlocutores dos adolescentes segundo os conhecimentos sobre planeamento familiar

	Conhecimento planeamento familiar						TOTAL		RESÍDUOS AJUSTADOS			X <sup>2</sup>	p
	Fracos (1)		Razoáveis (2)		Bons (3)				1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
	(379)	(100,0)	(227)	(100,0)	(610)	(100,0)							
<b>Interlocutores</b>													
<b>Mãe</b>												1,843	0,398
Sim	197	16,2	112	9,2	290	23,8	599	49,3	1,3	0,0	-1,2		
Não	182	15,0	115	9,5	320	26,3	617	50,7	-1,3	0,0	1,2		
<b>Pai</b>												4,520	0,104
Sim	185	15,2	91	7,5	271	22,3	547	45,0	1,8	-1,6	-0,4		
Não	194	16,0	136	11,2	339	27,9	669	55,0	-1,8	1,6	0,4		
<b>Amigos</b>												1,260	0,533
Sim	196	16,1	128	10,5	324	26,6	648	53,3	-0,7	1,0	-0,1		
Não	183	15,0	99	8,1	286	23,5	568	46,7	0,7	-1,0	0,1		
<b>Namorado (a)</b>												1,532	0,465
Sim	160	13,2	87	7,2	235	19,3	482	39,7	1,2	-0,4	-0,8		
Não	219	18,0	140	11,5	375	30,8	734	60,3	-1,2	0,4	0,8		
<b>Professores</b>												10,119	0,006
Sim	167	13,7	71	5,8	230	18,9	468	38,6	2,7	-2,5	-0,6		
Não	212	17,4	156	12,8	380	31,2	748	61,4	-2,7	2,5	0,6		
<b>Irmão</b>													
Sim	177	14,6	86	7,1	249	20,5	512	42,1	2,2	-1,4	-0,9	5,357	0,069
Não	202	16,6	141	11,6	361	29,7	704	57,9	-2,2	1,4	0,9		
<b>Médico/ Enfermeiro</b>												2,662	0,264
Sim	165	13,6	84	6,9	244	20,1	493	40,5	1,4	-1,2	-0,4		
Não	214	17,6	143	11,8	366	30,1	723	59,5	-1,4	1,2	0,4		

A relação entre conhecimentos sobre planeamento familiar e o comportamento sexual é descrita seguidamente.

A análise da tabela 40 permite verificar que dos 36% dos adolescentes que já tiveram experiência sexual, apresentam fracos conhecimentos sobre planeamento familiar

12,4%, conhecimentos razoáveis 6,7% e bons conhecimentos 16,9%. Dos 64,0% que não tiveram experiência sexual, apresentam bons conhecimentos sobre planejamento familiar 33,2%, conhecimentos razoáveis 12,0% e fracos conhecimentos 18,8%. Não existe significância estatística ( $\chi^2= 3,753$ ;  $p=0,153$ ).

A maioria dos adolescentes que já beijou nos lábios e abraçou alguém com carícias por cima da roupa 63,0%, têm bons conhecimentos sobre planejamento familiar 32,2%, conhecimentos razoáveis 11,2% e fracos conhecimentos 19,3%. No grupo de adolescentes que não teve a experiência anteriormente referida, 11,8% apresenta fracos conhecimentos sobre planejamento familiar, 7,2% conhecimentos razoáveis e 18,0% bons conhecimentos. Não existe significância estatística ( $\chi^2= 0,648$ ;  $p=0,723$ ).

No que se refere à intimidade, pode observar-se que possuem fracos conhecimentos sobre planejamento familiar 11,8% dos adolescentes que não tiveram intimidade e 19,8% dos que já tiveram intimidade. Possuem conhecimentos razoáveis 7,3% dos adolescentes que já tiveram intimidade e 11,3% dos que não tiveram intimidade. Relativamente aos adolescentes que possuem bons conhecimentos sobre planejamento familiar 18,9% já tiveram intimidade e 31,2% não tiveram intimidade. Verifica-se a inexistência de significância estatística ( $\chi^2=0,160$ ;  $p=0,923$ ).

Relativamente a experiência de ter chegado ao coito apenas com uma pessoa, apresentam fracos conhecimentos 2,1% dos adolescentes que já tiveram esta experiência e 29,0% que não tiveram esta experiência. Possuem conhecimentos razoáveis 1,5% dos adolescentes que já tiveram a experiência referida anteriormente e 17,2% que não tiveram a experiência. Com bons conhecimentos encontram-se 4,8% dos adolescentes que já tiveram a experiência e 45,4% que não tiveram experiência. Pode observar-se ainda a inexistência de significância estatística ( $\chi^2=2,209$ ;  $p=0,331$ ).

Com conhecimentos razoáveis encontramos 0,9% dos adolescentes. Verificamos que possuem fracos conhecimentos sobre planejamento familiar 1,8% dos adolescentes que já tiveram relações coitais com mais que uma pessoa e 29,4% dos que não tiveram relações coitais com mais que uma pessoa. que já tiveram relações coitais com mais que uma pessoa e 17,8% dos que não tiveram relações sexuais coitais com mais que uma pessoa. Apresentam bons conhecimentos sobre planejamento familiar 1,6% dos adolescentes que já tiveram relações sexuais coitais e 48,5% dos que não tiveram relações sexuais coitais. Observa-se a inexistência de significância estatística ( $\chi^2=3,737$ ;  $p=0,154$ ).

**Tabela 40 – Comportamento sexual segundo os conhecimentos sobre planejamento familiar**

	Conhecimentos sobre Planejamento Familiar								Resíduos Ajustados			X <sup>2</sup>	P
	Fracos (1)		Razoáveis (2)		Bons (3)		Total						
	N (379)	% (100,0)	N (227)	% (100,0)	N (610)	% (100,0)	N (1216)	% (100,0)	1	2	3		
<b>Já tive experiência sexual</b>												3,753	0,153
Sim	151	12,4	81	6,7	206	16,9	438	36,0	1,9	-0,1	-1,6		
Não	228	18,8	146	12,0	404	33,2	778	64,0	-1,9	0,1	1,6		
<b>Beije nos lábios</b>												0,648	0,723
Sim	235	19,3	140	11,5	391	32,2	766	63,0	-0,5	-0,5	0,8		
Não	144	11,8	87	7,2	219	18,0	450	37,0	0,5	0,5	-0,8		
<b>Já tive intimidade</b>												0,160	0,923
Sim	144	11,8	89	7,3	230	18,9	463	38,1	0,0	0,4	-0,3		
Não	235	19,3	138	11,3	380	31,2	753	61,9	0,0	-0,4	0,3		
<b>Já tive experiência</b>												2,209	0,331
Sim	26	2,1	18	1,5	58	4,8	102	8,4	-1,3	-0,3	1,4		
Não	353	29,0	209	17,2	552	45,4	1114	91,6	1,3	0,3	-1,4		
<b>Já tive relações coitas</b>												3,737	0,154
Sim	22	1,8	11	0,9	20	1,6	53	4,4	1,7	0,4	-1,9		
Não	357	29,4	216	17,8	590	48,5	1163	95,6	-1,7	-0,4	1,9		

### Atitudes face ao preservativo

A tabela 41 permite-nos observar que dos adolescentes que apresentam atitude inadequadas face ao preservativo 19,6% são rapazes e 23,3% são raparigas, com atitude adequada 7,0% são rapazes e 9,7% são raparigas. Apresentam atitude muito adequada 18,7% dos rapazes e 21,8% das raparigas. Verifica-se a inexistência de significância estatística ( $X^2=1,131$ ;  $p=0,568$ ).

Quanto à idade, apresentam atitudes inadequadas face ao preservativo 21,3% dos adolescentes com 14 anos, 14,8% com 15 anos e 6,7% com 16 ou mais anos. As atitudes adequadas são tidas por 8,2% dos adolescentes com 14 anos, por 6,2% com 15 anos e por 2,2% com 16 anos. Apresentam atitudes muito adequadas 8,2% dos adolescentes com 14 anos, 14,0% com 15 anos e 5,8% com 16 ou mais anos. Não se verificou a existência de significância estatística ( $X^2=1,192$ ;  $p=0,879$ ).

No referente à residência, observamos que têm atitudes inadequadas face ao preservativo 20,5% dos adolescentes moram numa aldeia, 7,1% numa vila e 15,3% numa cidade. Os que apresentam atitudes adequadas face ao preservativo, 8,8% moram numa aldeia, 2,9% numa vila e 5,0% na cidade. Relativamente aos adolescentes que apresentam atitudes muito adequadas face ao preservativo, 19,6% moram na aldeia, 8,5% na vila e

12,4% na cidade. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $X^2=6,114$ ;  $p=0,191$ ).

Quanto ao namoro, têm atitudes inadequadas face ao preservativo 31,0% dos adolescentes que não namora e 11,8% dos que namoram. Apresentam atitude adequada 12,8% dos adolescentes que namoram e 3,9% que não namoram. Com atitude muito adequada 30,8% namora e 9,6% não namora. Verifica-se a inexistência de significância estatística ( $X^2=2,602$ ;  $p=0,272$ ).

Relativamente à importância de utilizar o preservativo, verificamos que apresentam atitudes inadequadas 0,8% que não consideram importante a utilização do preservativo e 42,0% que consideram importante a sua utilização. Com atitudes adequadas 0,5% que não consideram importante e 16,2% que consideram importante. Apresentam atitudes muito adequadas 1,4% que não consideram importante a utilização do preservativo e 39,1% que consideram importante a sua utilização. Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=2,315$ ;  $p=0,314$ ).

No que diz respeito às relações sexuais, podemos observar que apresentam atitudes inadequadas face ao preservativo 36,5% que não tiveram relações sexuais e 6,3% que já tiveram relações sexuais. Apresentam atitudes adequadas 14,6% que não tiveram relações sexuais e 2,1% que já tiveram relações sexuais. Com atitude muito adequada face ao preservativo encontramos 36,3% que não tiveram relações sexuais e 4,2% que já tiveram relações sexuais. Não existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=4,497$ ;  $p=0,106$ ).

No referente à contraceção, apresentam atitudes inadequadas face ao preservativo 33,2 % que não fazem contraceção e 9,6% que fazem contraceção. Têm atitudes adequadas 13,8% que não fazem contraceção e 2,9% que fazem contraceção. Com atitudes muito adequadas 34,0% não faz contraceção e 6,5% faz contraceção. Verifica-se a existência de significância estatística ( $X^2=7,223$ ;  $p=0,027$ ), de acordo com os valores dos resíduos ajustados essas diferenças localizam-se no grupo de adolescentes com atitudes muito adequadas face ao preservativo que não fazem contraceção e no grupo de adolescentes com atitudes inadequadas face ao preservativo que fazem contraceção.

Apresentam atitudes inadequadas face ao preservativo 16,3%% dos adolescentes que tiveram a 1ª relação sexual com idade igual ou inferior a 13 anos, 12,4% com 14 anos, 17,0% com 15 anos e 4,6% com 16 ou mais anos. Com atitudes adequadas face ao preservativo encontramos 5,9% dos adolescentes que tiveram a primeira relação sexual com 13 ou menos anos, 6,5% com 14 anos, 2,0% com 15 anos, 2,0% com 16 ou mais anos de idade. As atitudes muito adequadas face ao preservativo são tidas por 13,7% dos adolescentes que tiveram a primeira relação sexual com 13 ou menos anos, 10,5% com 14 anos, 6,5% com 15 anos e 2,6% com 16 ou mais anos de idade. Verifica-se a inexistência de significância estatística ( $X^2=7,118$ ;  $p=0,310$ ).

**Tabela 41** – Sexo, idade, residência, namoro, importância de utilizar o preservativo, relações sexuais, contraceção e idade da primeira relação sexual segundo as atitudes face ao preservativo

	Atitudes face ao preservativo						TOTAL	RESÍDUOS AJUSTADOS	X <sup>2</sup>	P					
	Inadequada (1)		Adequada (2)		Muito adequada (3)						N	%	1	2	3
	N	%	N	%	N	%									
	(521)	(100,0)	(203)	(100,0)	(492)	(100,0)	(1216)	(100,0)							
<b>Sexo</b>												1,131	0,568		
Masculino	238	19,6	85	7,0	227	18,7	550	45,2	0,3	-1,1	0,5				
Feminino	283	23,3	118	9,7	265	21,8	666	54,8	-0,3	1,1	-0,5				
<b>Grupos de Idade</b>												1,192	0,879		
14 Anos	259	21,3	100	8,2	251	20,6	610	50,2	-1,4	1,2	0,3				
15 Anos	180	14,8	76	6,2	170	14,0	426	35,0	0,7	-1,3	0,4				
≥16 Anos	82	6,7	27	2,2	71	5,8	180	14,8	1,0	0,1	-1,0				
<b>Residência</b>												6,114	0,191		
Aldeia	249	20,5	107	8,8	238	19,6	594	48,8	-0,6	1,2	-0,3				
Vila	86	7,1	35	2,9	103	8,5	224	18,4	-1,5	-0,5	1,9				
Cidade	186	15,3	61	5,0	151	12,4	398	32,7	1,9	-0,9	-1,2				
<b>Namoras</b>												2,602	0,272		
Não	377	31,0	156	12,8	375	30,8	908	74,7	-1,6	0,8	1,0				
Sim	144	11,8	47	3,9	117	9,6	308	25,3	1,6	-0,8	-1,0				
<b>Importante utilizar preservativo</b>												2,315	0,314		
Não	10	0,8	6	0,5	17	1,4	33	2,7	-1,5	0,2	1,3				
Sim	511	42,0	197	16,2	475	39,1	1183	97,3	1,5	-0,2	-1,3				
<b>Relações sexuais</b>												4,497	0,106		
Não	444	36,5	178	14,6	441	36,3	1063	87,4	-2,0	0,1	1,9				
Sim	77	6,3	25	2,1	51	4,2	153	12,6	2,0	-0,1	-1,9				
<b>Fazes contraceção</b>												7,223	0,027		
Não	404	33,2	168	13,8	413	34,0	985	81,0	-2,7	0,7	2,2				
Sim	117	9,6	35	2,9	79	6,5	231	19,0	2,7	-0,7	-2,2				
<b>Idade da primeira relação sexual</b>												7,118	0,310		
≤13 Anos	25	16,3	9	5,9	21	13,7	55	35,9	-0,9	0,0	1,0				
14 Anos	19	12,4	10	6,5	16	10,5	45	29,4	-1,3	1,3	0,4				
15 Anos	26	17,0	3	2,0	10	6,5	39	25,5	2,4	-1,7	-1,2				
≥ 16 Anos	7	4,6	3	2,0	4	2,6	14	9,2	0,0	0,5	-0,4				

A relação entre às atitudes face ao preservativo e interlocutores é apresentada de seguida.

Analisando a tabela 42, observamos que 42,8% apresentam atitudes inadequadas face ao preservativo, 20,8% dos adolescentes têm a mãe como interlocutora e 22% não têm a mãe como interlocutora. Dos 16,7% que possuem atitudes adequadas, 8,1% fala com a mãe e 8,6% não fala com a mãe. Quanto aos 40,5% que possuem atitudes muito

adequadas, 20,2% fala com a mãe sobre sexualidade e 20,2% não fala com a mãe sobre sexualidade. Verificou-se a inexistência de significância estatística ( $X^2=1,181$ ;  $p=0,913$ ).

Apresentam atitudes inadequadas face ao preservativo 19,9% dos adolescentes que têm o pai como interlocutor e 22,9% que não têm o pai como interlocutor. Com atitudes adequadas encontramos 7,6% dos adolescentes que falam com o pai sobre sexualidade e 9,0% que não falam com o pai sobre esta temática. Têm atitudes muito adequadas face ao preservativo 17,4% dos jovens que falam sobre sexualidade com o pai e 23,0% que não falam com o pai sobre sexualidade. Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=1,222$ ;  $p=0,543$ ).

No referente aos amigos como interlocutores, têm atitudes inadequadas face ao preservativo 22,2% dos adolescentes que falam com amigos e 20,6% que não sobre sexualidade com os amigos. Com atitudes adequadas encontramos 9,5% que falam com amigos sobre sexualidade e 7,2% que não falam com amigos sobre sexualidade. Têm atitudes muito adequadas 21,5% que falam com amigos e 18,9% que não falam sobre sexualidade com amigos. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $X^2=1,661$ ;  $p=0,436$ ).

Quanto ao namorado(a) como interlocutor, observamos que apresentam atitudes inadequadas 17,8% que falam com o namorado(a) sobre sexualidade e 25,1% que não falam sobre sexualidade. Têm atitudes adequadas 6,8% que falam com o namorado(a) e 9,9% que não falam com o namorado(a) sobre sexualidade. Apresentam atitudes muito adequadas face ao preservativo 15,0% que falam sobre sexualidade com o namorado(a) e 25,4% que falam sobre sexualidade com o namorado(a). Não se verificou a existência de significância estatística entre os grupos ( $X^2=2,081$ ;  $p=0,353$ ).

Relativamente aos professores como interlocutores, apresentam atitudes inadequadas 15,6% dos adolescentes que falam com os professores sobre sexualidade e 27,2% que não fala com os professores. Têm atitudes adequadas 6,6% que falam com os professores e 10,1% que não falam com os professores. Com atitudes muito adequadas face ao preservativo encontramos 16,3% que falam com professores e 24,2% que não falam com professores. Entre grupos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=1,611$ ;  $p=0,447$ ).

No que diz respeito ao irmão(ã) como interlocutor, apresentam atitudes inadequadas face ao preservativo 18,3% que falam com o irmão e 24,5% que não falam com o irmão sobre sexualidade. Apresentam atitudes adequadas face ao preservativo 6,9% dos que falam com o irmão sobre sexualidade e 9,8% que não com o irmão sobre esta temática. Quanto às atitudes muito adequadas, 16,9% falam com o irmão sobre sexualidade e 23,6% não falam com o irmão sobre sexualidade. Não se verificou a existência de significância estatística ( $X^2=0,187$ ;  $p=0,911$ ).

Quanto ao Médico/ Enfermeiro (a) como interlocutor, têm atitudes inadequadas 25,6% dos que falam com estes profissionais de saúde e 17,3% que não falam. Com atitudes adequadas encontramos 10,1% que falam com estes profissionais e 6,6% que falam com estes profissionais. As atitudes muito adequadas são tidas por 23,8% dos adolescentes que não falam com Médico/ Enfermeiro (a) sobre sexualidade e por 16,7% que falam com estes profissionais. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $X^2= 0,225$ ;  $p=0,893$ ).

**Tabela 42** – Interlocutores dos adolescentes segundo as atitudes face ao preservativo

	Atitudes face ao preservativo						TOTAL	RESÍDUOS AJUSTADOS	X <sup>2</sup>	P					
	Inadequada		Adequada		Muito adequada						N	%	1 2 3		
	(1)	(2)	(3)	N	%	1							2	3	
	N	%	N												%
	(521)	(100,0)	(203)	(100,0)	(492)	(100,0)	(1216)	(100,0)							
<b>Interlocutores</b>															
<b>Mãe</b>															
Sim	254	20,9	99	8,1	246	20,2	599	49,3	-0,3	-0,2	0,4	1,181	0,913		
Não	267	22,0	104	8,6	246	20,2	617	50,7	0,3	0,2	-0,4				
<b>Pai</b>															
Sim	242	19,9	93	7,6	212	17,4	547	45,0	0,9	0,3	-1,1	1,222	0,543		
Não	279	22,9	110	9,0	280	23,0	669	55,0	-0,9	-0,3	1,1				
<b>Amigos</b>															
Sim	270	22,2	116	9,5	262	21,5	648	53,3	-0,9	1,2	0,0	1,661	0,436		
Não	251	20,6	87	7,2	230	18,9	568	46,7	0,9	-1,2	0,0				
<b>Namorado (a)</b>															
Sim	216	17,8	83	6,8	183	15,0	482	39,6	1,1	0,4	-1,4	2,081	0,353		
Não	305	25,1	120	9,9	309	25,4	734	60,4	-1,1	-0,4	1,4				
<b>Professores</b>															
Sim	190	15,6	80	6,6	198	16,3	468	38,5	-1,3	0,3	1,0	1,611	0,447		
Não	331	27,2	123	10,1	294	24,2	748	61,5	1,3	-0,3	-1,0				
<b>Irmão</b>															
Sim	223	18,3	84	6,9	205	16,9	512	42,1	0,4	-0,2	-0,3	0,187	0,911		
Não	298	24,5	119	9,8	287	23,6	704	57,9	-0,4	0,2	0,3				
<b>Médico/ enfermeiro</b>															
Sim	210	17,3	80	6,6	203	16,7	493	40,5	-0,1	-0,4	0,4	0,225	0,893		
Não	311	25,6	123	10,1	289	23,8	723	59,5	0,1	0,4	-0,4				

Analisando a tabela 43, podemos observar que o fator global das atitudes dos adolescentes inquiridos face ao preservativo oscila entre os 13 e 65, correspondendo-lhe uma média de 35,25 e um desvio padrão (s) de 7,564. Para a Culpabilidade a pontuação mínima é de 4 e a máxima de 20, para a funcionalidade a pontuação mínima é de 9 e a

máxima de 45, Apresentando mais funcionalidade (média=24,413±5,330dp) que culpabilidade (média=10,837 ± 3,337 dp).

Quanto às medidas de simetria ou enviesamento e achatamento ou curtose, observamos que a distribuição das atitudes face ao preservativo é assimétrica e leptocúrtica, com o teste Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors a apresentar significância estatística o que nos indica que a variável não tem distribuição normal. Os coeficientes de variação revelam uma dispersão média em torno do valor médio.

**Tabela 43** – Estatísticas relativas às atitudes face ao preservativo

Preservativo	N	Min.	Máx.	Média	s	CV	SK/ERRO	K/ERRO	SIG
Culpabilidade	1216	4,00	20,00	10,837	3,337	30,792	-0,142	0,364	0,000
Funcionalidade	1216	9,00	45,00	24,413	5,330	21,832	3,4	10,578	0,000
Fator Global	1216	13	65	35,25	7,564	21,458	3,628	11,214	0,000

#### Atitudes face à pílula

A tabela 44, permite efetuar a análise das atitudes face à pílula segundo o sexo, a idade, a residência, o namoro, a importância de utilizar o preservativo, a idade de início das relações sexuais e a contraceção.

Apresentam atitudes inadequadas face à pílula 18,5% dos rapazes e 29,8% das raparigas. Com atitudes adequadas estão 4,9% dos rapazes e 6,4% das raparigas. Têm atitudes muito adequadas 20,6% dos rapazes e 18,6% das raparigas. Entre grupos verifica-se a existência de significância estatística ( $X^2=17,216$ ;  $p=0,000$ ) a nível do grupo de rapazes com atitudes muito adequadas e do grupo de raparigas com atitudes inadequadas.

No que diz respeito à idade, com atitudes inadequadas encontramos 24,4% de adolescentes com 14 anos, 17,3% com 15 anos, 7,9% com 16 anos ou mais. Têm atitudes adequadas 6,0% com 14 anos, 3,9% com 15 anos e 1,4% com 16 anos ou mais. Apresentam atitudes muito adequadas 19,7% dos adolescentes com 14 anos, 13,9% com 15 anos 5,5% com 16 anos ou mais. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $X^2=1,639$ ;  $p=0,802$ ).

No referente à residência, observamos que apresentam atitudes inadequadas face à pílula 24,0% que moram numa aldeia, 9,8% que moram numa vila e 15,8% que moram na cidade. Apresentam atitudes adequadas face à pílula 5,6% que moram na aldeia, 1,2% que moram na vila e 4,4% que moram na cidade. Com atitudes muito adequadas face à pílula encontramos 19,2% que moram numa aldeia, 7,4% que moram numa vila e 12,5% que moram numa cidade. Verificamos a inexistência de significância estatística ( $X^2=6,937$ ;  $p=0,139$ ).

Quanto ao namoro, verificamos que apresentam atitudes inadequadas face à pílula 36,3% que não namoram e 13,3% que namoram. Com atitudes adequadas estão 8,9% que namoram e 2,4% que namoram. Têm atitudes muito adequadas face à pílula 29,5% que não namoram e 9,6% que namoram. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $X^2=2,148$ ;  $p=0,342$ ).

Relativamente à importância da utilização do preservativo, apresentam atitudes inadequadas face à pílula 1,1% que não considera importante a utilização do preservativo e 48,5% que consideram importante utilizar o preservativo. Apresentam atitudes adequadas face à pílula 0,2% que consideram importante utilizar o preservativo e 11,0% que não consideram importante a sua utilização. Com atitudes muito adequadas face à pílula observamos 1,4% que não consideram importante utilizar preservativo e 37,7% que consideram importante a sua utilização. Entre grupos não se verificou a existência de significância estatística ( $X^2=2,179$ ;  $p=0,336$ ).

Quanto à idade de início das relações sexuais os adolescentes que apresentam atitudes inadequadas face à pílula, iniciaram as relações sexuais com 13 anos ou menos (14,45), com 14 anos 13,1%, com 15 anos 14,4% com 16 anos ou mais 4,6%. Têm atitudes adequadas 2,0% dos adolescentes com 13 ou menos anos, 3,9% com 14 anos, 3,3% com 15 anos e 1,3% com 16 ou mais anos. Apresentam atitudes muito adequadas face à pílula 19,6% dos adolescentes com 13 anos ou menos, 12,4% com 14 anos, 7,8% com 15 anos e 3,3% com 16 ou mais anos. Verifica-se a inexistência de significância estatística entre grupos ( $X^2=6,710$ ;  $p=0,348$ ).

No que se refere às relações sexuais, apresentam atitudes inadequadas face à pílula 43,8% que não tiveram relações sexuais e 5,8% dos que já tiveram relações sexuais. Com atitudes adequadas face à pílula 10,0% que não tiveram relações sexuais e 1,3% que já tiveram relações sexuais. Apresentam atitudes muito adequadas face à pílula 33,7% que não tiveram relações sexuais e 5,4% que já tiveram relações sexuais. Entre grupos não existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=1,172$ ;  $p=0,557$ ).

Relativamente à contraceção, apresentam atitudes inadequadas face à pílula 40,4% dos adolescentes que não fazem contraceção e 9,2% que fazem contraceção. Com atitudes adequadas face à pílula 9,0% não fazem contraceção e 2,2% fazem. Apresentam atitudes muito adequadas face à pílula 31,6% que não fazem contraceção e 7,6% que fazem contraceção. Verificou-se a inexistência de significância estatística ( $X^2=0,149$ ;  $p=0,928$ ).

**Tabela 44** – Sexo, idade, residência, namoro, importância da utilização do preservativo, idade de início das relações sexuais, relações sexuais e contraceção segundo as Atitudes face à pílula

	Atitudes face à pílula						TOTAL	RESÍDUOS AJUSTADOS	X <sup>2</sup>	p			
	Inadequada (1)		Adequada (2)		Muito adequada (3)						1	2	3
	N (603)	% (100,0)	N (137)	% (100,0)	N (476)	% (100,0)							
<b>Sexo</b>											17,216	0,000	
Masculino	241	19,8	59	4,9	250	20,6	550	45,2	-3,7	-0,5	4,1		
Feminino	362	29,8	78	6,4	226	18,6	666	54,8	3,7	0,5	-4,1		
<b>Grupos de Idade</b>												1,639	0,802
14 Anos	297	24,4	73	6,0	240	19,7	610	50,2	-0,6	0,8	0,1		
15 Anos	210	17,3	47	3,9	169	13,9	426	35,0	-0,2	-0,2	0,3		
≥16 Anos	96	7,9	17	1,4	67	5,5	180	14,8	1,1	-0,8	-0,6		
<b>Residência</b>												6,937	0,139
Aldeia	292	24,0	68	5,6	234	19,2	594	48,8	-0,3	0,2	0,2		
Vila	119	9,8	15	1,2	90	7,4	224	18,4	1,2	-2,4	0,4		
Cidade	192	15,8	54	4,4	152	12,5	398	32,7	-0,7	1,8	-0,5		
<b>Namoras</b>												2,148	0,342
Não	441	36,3	108	8,9	359	29,5	908	74,7	-1,2	1,2	0,5		
Sim	162	13,3	29	2,4	117	9,6	308	25,3	1,2	-1,2	-0,5		
<b>Importante utilizar preservativo</b>												2,179	0,336
Não	13	1,1	3	0,2	17	1,4	33	2,7	-1,2	-0,4	1,5		
Sim	590	48,5	134	11,0	459	37,7	1183	97,3	1,2	0,4	-1,5		
<b>Grupo de idade início das relações sexuais</b>												6,710	0,348
≤13 anos	22	14,4	3	2,0	30	19,6	55	35,9	-1,2	-1,5	2,1		
14 anos	20	13,1	6	3,9	19	12,4	45	29,4	-0,3	0,8	-0,1		
15 anos	22	14,4	5	3,3	12	7,8	39	25,5	1,5	0,6	-1,8		
≥16 anos	7	4,6	2	1,3	5	3,3	14	9,2	0,3	0,5	-0,6		
<b>Relações sexuais</b>												1,172	0,557
Não	532	43,8	121	10,0	410	33,7	1063	87,4	0,8	0,3	-1,1		
Sim	71	5,8	16	1,3	66	5,4	153	12,6	-0,8	-0,3	1,1		
<b>Fazes contraceção</b>												0,149	0,928
Não	491	40,4	110	9,0	384	31,6	985	81,0	0,4	-0,2	-0,2		
Sim	112	9,2	27	2,2	92	7,6	231	19,0	-0,4	0,2	0,2		

A relação entre as atitudes face à pílula e interlocutores é apresentada de seguida.

Pela análise da tabela 45, observamos que os adolescentes que apresentam atitudes inadequadas face à pílula 24,5% dos adolescentes que não falam com a mãe sobre sexualidade e 25,1% que falam. Apresentam atitudes adequadas face à pílula 5,8% que não falam com a mãe sobre sexualidade e 5,5% dos adolescentes que falam com a mãe sobre

sexualidade. Com atitudes muito adequadas face à pílula, 20,5% não falam com a mãe sobre sexualidade e 18,7% que falam com a mãe acerca desta temática. Entre grupos não se verifica a existência de significância estatística ( $X^2=0,898$ ;  $p=0,638$ ).

Apresentam atitudes inadequadas face à pílula 23,5% dos adolescentes que falam com o pai sobre sexualidade e 26,1% que não falam com o pai, atitudes adequadas 4,6% que falam com o pai e 6,3% que não falam com o pai. As atitudes muito adequadas são tidas 16,9% dos adolescentes que falam com o pai e 22,3% que não falam com o pai sobre sexualidade. Verifica-se a inexistência de significância estatística ( $X^2=3,098$ ;  $p=0,212$ ).

Relativamente aos amigos como interlocutores, apresentam atitudes inadequadas face à pílula 25,4% que falam com amigos e 24,2% que não falam com amigos sobre sexualidade. Com atitudes adequadas face à pílula, 5,6% falam com amigos sobre sexualidade e 5,7% não falam com amigos sobre sexualidade. Apresentam atitudes muito adequadas face à pílula 22,3% dos jovens que falam com amigos sobre sexualidade e 16,9% que não falam com amigos acerca desta temática. Entre grupos não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=4,287$ ;  $p=0,117$ ).

Apresentam atitudes inadequadas face à pílula 20,4% dos adolescentes que falam sobre sexualidade com o namorado e 29,2% que não falam. Têm atitudes adequadas face à pílula 4,0% que falam com o namorado e 7,2% que não falam com o namorado. As atitudes muito adequadas face à pílula verificam-se em 15,2% dos adolescentes que falam com o namorado e 23,9% que não falam com o namorado. Não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $X^2=1,536$ ;  $p=0,464$ ).

Relativamente aos professores como interlocutores, apresentam atitudes inadequadas 19,4% dos adolescentes que falam com professores sobre sexualidade e 30,2% que não falam com os professores sobre sexualidade. Com atitudes adequadas face à pílula 3,7% falam com professores e 7,6% não falam com os professores sobre sexualidade. Apresentam atitudes muito adequadas face à pílula 15,4% dos adolescentes que falam sobre sexualidade com professores e 23,8% que não falam com os professores acerca da sexualidade. Verificou-se a inexistência de significância estatística ( $X^2=2,077$ ;  $p=0,354$ ).

No referente ao irmão, apresentam atitudes inadequadas face à pílula 21,0% dos adolescentes que falam com o irmão sobre sexualidade e 28,6% que não falam com o irmão sobre sexualidade. Com atitudes adequadas face à pílula, 4,5% dos adolescentes falam com o irmão e 6,7% não falam com o irmão sobre sexualidade. Apresentam atitudes muito adequadas face à pílula 16,6% dos adolescentes que falam com o irmão sobre sexualidade e 22,5% dos adolescentes que não falam com o irmão sobre sexualidade. Os adolescentes

que falam sobre sexualidade com irmão. Entre grupos não existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=0,246$ ;  $p=0,844$ )

Apresentam atitudes inadequadas face à pílula 21,2% dos adolescentes que falam sobre sexualidade com o médico/ enfermeiro e 28,4% que não falam. As atitudes adequadas face à pílula são tomadas por 4,6% dos adolescentes que falam e por 6,7% que não falam sobre sexualidade. Têm atitudes muito adequadas face à pílula 14,7% que falam sobre sexualidade e 24,4% que não falam sobre sexualidade com o médico/ enfermeiro. Verifica-se a inexistência de significância estatística ( $X^2=2,969$ ;  $p=0,227$ ).

**Tabela 45** – Interlocutores dos adolescentes segundo as atitudes face á pílula

	Atitude face à pílula						TOTAL		RESIDUOS AJUSTADOS			X <sup>2</sup>	p
	Inadequada (1)		Adequada (2)		Muito adequada (3)				1	2	3		
	N (603)	% (100,0)	N (137)	% (100,0)	N (476)	% (100,0)	N (1216)	% (100,0)					
<b>Interlocutores</b>													
<b>Mãe</b>												0,898	0,638
Sim	305	25,1	67	5,5	227	18,7	599	49,3	0,9	-0,1	-0,9		
Não	298	24,5	70	5,8	249	20,5	617	50,7	-0,9	0,1	0,9		
<b>Pai</b>												3,098	0,212
Sim	286	23,5	56	4,6	205	16,9	547	45,0	1,7	-1,0	-1,1		
Não	317	26,1	81	6,5	271	22,3	669	55,0	-1,7	1,0	1,1		
<b>Amigos</b>												4,287	0,117
Sim	309	25,4	68	5,6	271	22,3	648	53,3	-1,4	-0,9	2,0		
Não	294	24,2	69	5,7	205	16,9	568	46,7	1,4	0,9	-2,0		
<b>Namorado (a)</b>												1,536	0,464
Sim	248	20,4	49	4,0	185	15,2	482	39,6	1,1	-1,0	-0,4		
Não	355	29,2	88	7,2	291	23,9	734	60,4	-1,1	1,0	0,4		
<b>Professores</b>												2,077	0,354
Sim	236	19,4	45	3,7	187	15,4	468	38,5	0,5	-1,4	0,5		
Não	367	30,2	92	7,6	289	23,8	748	61,5	-0,5	1,4	-0,5		
<b>Irmão</b>													
Sim	255	21,0	55	4,5	202	16,6	512	42,1	0,1	-0,5	0,2	0,246	0,8844
Não	348	28,6	82	6,7	274	22,5	704	57,9	-0,1	0,5	-0,2		
<b>Médico/ Enfermeiro</b>												2,969	0,227
Sim	258	21,2	56	4,6	179	14,7	493	40,5	1,6	-0,1	-1,7		
Não	345	28,4	81	6,7	297	24,4	723	59,5	-1,6	0,1	1,7		

Analisando a tabela 46, podemos observar que o fator global de atitudes dos adolescentes inquiridos face à pílula anticoncetiva oscila entre os 12,00 e 60,00, correspondendo-lhe uma média de 36,736 e um desvio padrão (s) de 5,391. Para a Culpabilidade a pontuação mínima é de 5 e a máxima de 25, para a funcionalidade a

pontuação mínima é de 7 e a máxima de 35, Apresentando mais funcionalidade (média=21,918±3,331dp) que culpabilidade (média=14,813 ± 2,985 dp).

Quanto às medidas de simetria ou enviesamento e achatamento ou curtose, observamos que a distribuição das atitudes face à pílula anticoncetiva é assimétrica e leptocúrtica, com o teste Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors a apresentar significância estatística o que nos indica que a variável não tem distribuição normal. Os coeficientes de variação revelam uma dispersão média em torno do valor médio.

**Tabela 46** – Estatísticas relativas às atitudes face à pílula anticoncetiva

	N	Min.	Máx.	Média	Desvio Padrão	CV	SK/ERRO	K/ERRO	SIG
Culpabilidade	1216	5,00	25,00	14,813	2,985	20,151	0,214	12,514	0,000
Funcionalidade	1216	7,00	35,00	21,918	3,331	15,197	3,857	22,107	0,000
Fator Global	1216	12,00	60,00	36,736	5,391	14,674	4,1	27,792	0,000

Têm atitudes inadequadas face à pílula (tabela 47) 30,8% dos adolescentes que apresentam atitudes inadequadas face ao preservativo, 9,0% com atitudes adequadas face ao preservativo e 9,8% com atitudes muito adequadas face ao preservativo, Com atitudes adequadas face à pílula encontramos 3,6% dos adolescentes com atitudes inadequadas face ao preservativo, 2,1% com atitudes adequadas face ao preservativo e 5,6% com atitudes muito adequadas face ao preservativo. Apresentam atitudes muito adequadas face à pílula 8,4% dos adolescentes com atitudes inadequadas face ao preservativo, 5,7% com atitudes adequadas face ao preservativo 25,1% com atitudes muito adequadas face ao preservativo. Verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $X^2=242,04$ ;  $p=0,000$ ), os resíduos ajustados indicam que essas diferenças se localizam no grupo de adolescentes que têm atitudes inadequadas face à pílula e face ao preservativo, no grupo de adolescentes que têm atitudes adequadas face à pílula e muito adequadas face ao preservativo e no grupo com atitudes muito adequadas tanto para a pílula como para o preservativo.

**Tabela 47** – Atitudes face ao preservativo segundo as Atitudes face à pílula

		Atitudes face à pílula						RESÍDUOS AJUSTADOS			X <sup>2</sup>	p	
		Inadequada (1)		Adequada (2)		Muito adequada (3)		TOTAL					
		N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3	
		(603)	(100,0)	(137)	(100,0)	(476)	(100,0)	(1216)	(100,0)				
Atitudes face ao preservativo												242,04	0,000

Inadequada	375	30,8	44	3,6	102	8,4	521	42,8	13,5	-2,7	-12,1
Adequada	109	9,0	25	2,1	69	5,7	203	16,7	1,3	0,5	-1,6
Muito adequada	119	9,8	68	5,6	305	25,1	492	40,5	-14,6	2,3	13,5

De seguida apresentamos os dados relativos (cf. tabela 48) às atitudes face ao preservativo e face à pílula anticoncetiva em função do total de conhecimentos sobre planeamento familiar. Para alguns valores não serem tão elevados calculou-se os valores padronizados (score – média score)/desvio padrão score).

#### Atitudes face ao preservativo

Apresentam fracos conhecimentos sobre planeamento familiar 8,3% dos adolescentes com atitudes inadequadas face ao preservativo, 5,4% com atitudes adequadas e 17,4% com atitudes muito adequadas. Com conhecimentos razoáveis estão 7,9% dos adolescentes com atitudes inadequadas face ao preservativo, 3,0% com atitudes adequadas e 7,7% com atitudes muito adequadas. Têm bons conhecimentos sobre planeamento familiar 26,6% dos adolescentes com atitudes inadequadas face ao preservativo, 8,2% com atitudes adequadas e 15,3% com atitudes muito adequadas. Existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $X^2=75,875$ ;  $p=0,000$ ), localizando-se essas diferenças no grupo de adolescentes com atitudes inadequadas face ao preservativo com bons conhecimentos sobre planeamento familiar e no grupo de adolescentes com atitudes muito adequadas face ao preservativo com fracos conhecimentos sobre planeamento familiar.

#### Atitudes face à pílula

Com fracos conhecimentos sobre planeamento familiar encontramos 14,6% dos adolescentes com atitudes inadequadas face à pílula, 3,4% com atitudes adequadas e 13,2% com atitudes muito adequadas. Apresentam conhecimentos razoáveis 9,0% dos adolescentes com atitudes inadequadas, 2,2% com atitudes adequadas e 7,4% com atitudes muito adequadas. Relativamente aos adolescentes que possuem bons conhecimentos sobre planeamento familiar, verificamos que 26,0% tem atitudes inadequadas, 5,7% atitudes adequadas e 18,5% atitudes muito adequadas. Verifica-se a inexistência de significância estatística entre grupos ( $X^2=3,334$ ;  $p=0,504$ ).

**Tabela 48** – Atitudes face ao preservativo e à pílula segundo os conhecimentos sobre planeamento familiar

	Conhecimento sobre Planeamento Familiar						TOTAL	RESÍDUOS AJUSTADOS	X <sup>2</sup>	p					
	Fracos (1)		Razoáveis (2)		Bons (3)						N	%	1	2	3
	N	%	N	%	N	%									
	(379)	(100,0)	(227)	(100,0)	(610)	(100,0)	(1216)	(100,0)							
<b>Atitudes face ao preservativo</b>												75,875	0,000		
Inadequada	101	8,3	96	7,9	324	26,6	521	42,8	-7,7	-0,2	7,3				
Adequada	66	5,4	37	3,0	100	8,2	203	16,7	0,5	-0,2	-0,3				
Muito adequada	212	17,4	94	7,7	186	15,3	492	40,5	7,4	0,3	-7,1				
<b>Atitudes face à pílula</b>												3,334	0,504		
Inadequada	177	14,6	110	9,0	316	26,0	603	49,6	-1,4	-0,4	1,5				
Adequada	41	3,4	27	2,2	69	5,7	137	11,3	-0,3	0,3	0,0				
Muito adequada	161	13,2	90	7,4	225	18,5	476	39,1	1,6	0,2	-1,6				

## 5.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Em seguimento da análise descritiva de dados, para dar credibilidade ao presente estudo apresentam-se as questões de investigação formuladas e os testes utilizados para dar resposta a estas.

Considera-se importante conhecer de que modo as atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva são influenciadas pelas variáveis sociodemográficas e de contexto.

### De que modo as variáveis sociodemográficas influenciam as atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva?

#### Relações entre a idade, sexo e residência e as atitudes face ao preservativo

No sentido de identificar a relação entre a idade e a residência e as atitudes face ao preservativo, utilizou-se o Teste de Kruskal-Wallis. Pela análise da tabela 49, observamos que apresentam maior funcionalidade os adolescentes com 15 anos e os que moram numa vila, por apresentarem ordenações médias mais elevadas. Quanto à culpabilidade, podemos observar que são os adolescentes com 14 anos e os que moram na aldeia, que apresentam

ordenações médias mais elevadas. No que diz respeito ao fator global observamos que apresentam ordenações médias mais elevadas os adolescentes com 15 anos e os que moram numa vila. Verificamos que as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $p=0,242$ ;  $p=0,719$ ), ou seja, afere-se que a idade e a residência não influenciam as atitudes face ao preservativo.

**Tabela 49** – Resultado da aplicação do Teste de Kruskal-Wallis, idade e residência e as atitudes face ao preservativo

	Funcionalidade			Culpabilidade			Fator Global		
	Ordenações médias	X <sup>2</sup>	p	Ordenações médias	X <sup>2</sup>	p	Ordenações médias	X <sup>2</sup>	P
<b>Grupo idade</b>		2,826	0,243		2,836	0,242		1,287	0,242
14 anos (n=610)	594,48			617,70			603,36		
15 anos (n=426)	631,21			612,15			625,26		
≥ 16 anos (n=180)	602,28			568,67			586,27		
<b>Residência</b>		2,473	0,290		0,686	0,710		1,812	0,719
Aldeia (n=594)	600,84			616,85			609,99		
Vila (n=224)	641,74			602,87			632,28		
Cidade (n=398)	601,23			599,21			593,05		

Na tabela 50, evidencia-se a relação entre o sexo e a funcionalidade, culpabilidade e fator global, tendo-se utilizado o T-Teste. Torna-se pertinente referir que os rapazes apresentam níveis superiores de funcionalidade e de fator global e as raparigas de culpabilidade. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas a nível da funcionalidade entre rapazes e raparigas ( $p=0,000$ ).

**Tabela 50** – Teste T entre o sexo e atitudes face ao preservativo

	Sexo				Levene	
	Masculino		Feminino		T	P
	X	DP	X	DP		
<b>Funcionalidade</b>	25,090	5,767	23,854	4,875	4,052	0,000
<b>Culpabilidade</b>	10,654	3,534	10,988	3,159	-1,736	0,083
<b>Fator Global</b>	35,75	8,300	34,84	6,876	2,075	0,038

### Relações entre a idade, sexo e residência e as atitudes face à pílula anticoncetiva

Com o intuito de se perceber a influência do sexo nas atitudes face à pílula utilizou-se o T-Teste (cf. Tabela 51). Salientam-se os rapazes a apresentar maior funcionalidade,

culpabilidade e fator global que as raparigas nas atitudes face à pílula. Consta-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas na funcionalidade ( $p=0,000$ ), culpabilidade ( $p=0,035$ ) e fator global ( $p=0,000$ ). Afirma-se que o facto de ser rapaz leva a que estes apresentem atitudes positivas face à pílula anticoncetiva.

**Tabela 51** – Teste T entre o sexo e as atitudes face à pílula

	Sexo				Levene	
	Masculino		Feminino		T	p
	X	DP	X	DP		
<b>Funcionalidade</b>	15,414	3,183	14,325	2,717	6,433	0,000
<b>Culpabilidade</b>	22,140	3,706	21,735	2,977	2,109	0,035
<b>Fator Global</b>	37,554	6,043	36,061	4,684	4,851	0,000

No estudo conjunto da informação referente à funcionalidade, culpabilidade, fator global e a idade e a residência (cf. tabela 52), através da aplicação do Teste Kruskal-Wallis, verificamos que os adolescentes com 14 anos e os que moram na cidade apresentam ordenações médias mais elevadas para a funcionalidade. Apresentam ordenações médias mais elevadas para a culpabilidade os adolescentes com 15 anos e os que moram numa vila. No que diz respeito ao fator global, apresentam ordenações médias mais elevadas os adolescentes com 14 anos, os que moram na cidade. Entre os grupos não se verificou a existência de significância estatística.

**Tabela 52** – Resultado da aplicação do Teste Kruskal-Wallis idade e residência e as atitudes face à pílula

	Funcionalidade			Culpabilidade			Total pílula		
	Ordenações Médias	X <sup>2</sup>	p	Ordenações Médias	X <sup>2</sup>	P	Ordenações Médias	X <sup>2</sup>	P
<b>Grupo idade</b>		0,598	0,741		1,613	0,446		2,252	0,324
14 anos (n=610)	612,52			612,36			615,99		
15 anos (n=426)	610,54			615,73			612,98		
≥ 16 anos (n=180)	590,08			578,33			572,51		
<b>Residência</b>		0,438	1,438		0,392	0,822		0,298	0,862
Aldeia (n=594)	603,04			604,91			604,53		
Vila (n=224)	593,71			612,56			605,08		
Cidade (n=398)	624,88			606,51			616,35		

**Em que medida as variáveis de contexto têm efeito significativo sobre as atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva (funcionalidade e culpabilidade)?**

**Relação entre as variáveis de contexto e as atitudes face ao preservativo**

No estudo conjunto da informação referente às atitudes face ao preservativo e o namoro, as relações sexuais e a importância de utilizar o preservativo (cf. tabela 53), podemos verificar que os adolescentes que não namoram, os que têm relações sexuais e os que não consideram importante utilizar o preservativo apresentam ordenações médias mais elevadas para a funcionalidade, a culpabilidade e o total preservativo. Existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) no que respeita:

- a funcionalidade e a importância de utilizar o preservativo ( $p = 0,008$ ), verificando-se a ordenação média mais elevada nos adolescentes que não consideram importante utilizar o preservativo;

- a culpabilidade e as relações sexuais ( $p = 0,014$ ), verificando-se a ordenação média mais elevada no grupo de adolescentes que não têm relações sexuais;

- o fator global e a importância de utilizar o preservativo ( $p = 0,036$ ), verificando-se a ordenação média mais elevada no grupo de adolescentes que não considera importante utilizar o preservativo.

O que nos leva a afirmar que considerar importante a utilização do preservativo maior é a funcionalidade e o fator global e que ter relações sexuais maior é a culpabilidade.

**Tabela 53** – Resultado da aplicação do Teste U de Mann-Whitney, namoro, relações sexuais e importante utilizar preservativo e as atitudes face ao preservativo

	Funcionalidade			Culpabilidade			Fator Global		
	Ordenações Médias	UMW	p	Ordenações Médias	UMW	p	Ordenações Médias	UMW	P
<b>Namoras</b>		134996,0	0,363		133392,0	0,222		133052,5	0,202
Não (n=908)	613,83			615,59			615,97		
Sim (n=308)	592,80			587,59			586,49		
<b>Relações sexuais</b>		80335,0	0,808		71480,0	0,014		75378,5	0,143
Não (n=1063)	607,57			617,76			614,09		
Sim (n=153)	614,93			544,19			569,67		
<b>Importante utilizar preservativo</b>		14286,5	0,008		18045,0	0,454		15357,0	0,036
Não (n=33)	767,08			653,18			734,64		
Sim (n=1183)	604,08			607,25			604,98		

Pela análise da tabela 54, que relaciona as atitudes face ao preservativo com quem falam os adolescentes sobre sexualidade, dos resultados obtidos com o Teste U de Mann-Whitney, podemos observar que os adolescentes que falam com a mãe, amigos,

professores, irmão e os que não falam com o pai, com o namorado (a) e médico/ enfermeiro apresentam ordenações médias mais elevadas para a funcionalidade. Apresentam ordenações médias mais elevadas para a culpabilidade os que não falam sobre sexualidade com a mãe, com o pai, com o namorado (a), irmão e médico/ enfermeiro e os que falam sobre sexualidade com amigos e professores. Observamos ainda, que os adolescentes que falam sobre sexualidade com a mãe, o pai, amigos, professores e os que não falam sobre sexualidade com o namorado (a), irmão e médico/ enfermeiro apresentam ordenações médias mais elevadas para o fator global. Verificamos significância estatística ( $p < 0,05$ ), no que respeita:

- a culpabilidade e falar sobre sexualidade com o pai ( $p=0,030$ ), verificando-se a ordenação média mais elevada naqueles que não falam com o pai sobre sexualidade;
- a culpabilidade e falar sobre sexualidade com amigos ( $p=0,039$ ), encontrando-se a ordenação média mais elevada naqueles que falam com os amigos sobre sexualidade;
- a culpabilidade e falar com o namorado (a) sobre sexualidade ( $p=0,023$ ), apresentando ordenações médias mais elevadas os que não falam sobre sexualidade com o namorado.

O que nos leva a afirmar que a culpabilidade é menor para aqueles que falam com o pai sobre sexualidade e para aqueles que não falam sobre sexualidade com os amigos e com o namorado (a).

**Tabela 54** – Resultado da aplicação do Teste U de Mann-Whitney, interlocutores e as atitudes face ao preservativo

	Funcionalidade			Culpabilidade			Fator Global		
	Ordenações Médias	UMW	p	Ordenações Médias	UMW	p	Ordenações Médias	UMW	P
<b>Mãe</b>		179596,5	0,395		174510,0	0,090		184770,0	0,997
Sim (n=599)	617,17			591,34			608,46		
Não (n=617)	600,08			625,16			608,53		
<b>Pai</b>		176841,0	0,313		169864,5	<b>0,030</b>		172051,0	0,073
Sim (n=547)	597,29			584,54			588,54		
Não (n=669)	617,66			628,09			624,82		
<b>Amigos</b>		176743,0	0,232		171563,0	<b>0,039</b>		175637,0	0,169
Sim (n=648)	619,75			627,74			621,46		
Não (n=568)	595,67			586,55			593,72		
<b>Namorado(a)</b>		173012,0	0,516		163427,5	<b>0,023</b>		166912,5	0,095
Sim (n=482)	600,45			580,56			587,79		
Não (n=734)	613,79			626,85			622,10		
<b>Professores</b>		169032,0	0,313		169745,0	0,370		168223,0	0,253
Sim (n=468)	621,32			619,80			623,05		
Não (n=748)	600,48			601,43			599,40		
<b>Irmão</b>		178610,5	0,789		171506,5	0,145		177141,5	0,610
Sim (n=512)	611,65			591,47			602,48		
Não (n=704)	606,21			620,88			612,88		
<b>Médico/</b>		177394,0	0,891		177168,5	0,860		178030,0	0,975

Enfermeiro(a)			
Sim (n=493)	606,83	606,37	608,12
Não (n=723)	609,64	609,95	608,76

Pela análise da tabela 55, que relaciona as atitudes face ao preservativo com a idade, a residência e a idade de início das relações sexuais, dos resultados obtidos com o Teste de Kruskal-Wallis, observamos que apresentam maior funcionalidade os adolescentes com 15 anos, os que moram numa vila e os que iniciaram as relações sexuais com idade igual ou inferior a 13 anos, por apresentarem ordenações médias mais elevadas. Quanto à culpabilidade, podemos observar que são os adolescentes com 14 anos, os que moram na aldeia e os que iniciaram as relações sexuais com 13 anos de idade ou menos, que apresentam ordenações médias mais elevadas. No que diz respeito ao fator global observamos que apresentam ordenações médias mais elevadas os adolescentes com 15 anos, os que moram numa vila e os que iniciaram as relações sexuais com 13 anos ou menos. Verificamos que as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 55** – Resultado da aplicação do Teste de Kruskal-Wallis, idade, residência e idade de início das relações sexuais e as atitudes face ao preservativo

	Funcionalidade			Culpabilidade			Fator Global		
	Ordenações Médias	X <sup>2</sup>	p	Ordenações Médias	X	p	Ordenações Médias	X	P
<b>Grupo idade</b>		2,826	0,243		2,836	0,242		1,287	0,242
14 anos (n=610)	594,48			617,70			603,36		
15 anos (n=426)	631,21			612,15			625,26		
≥ 16 anos (n=180)	602,28			568,67			586,27		
<b>Residência</b>		2,473	0,290		0,686	0,710		1,812	0,719
Aldeia (n=594)	600,84			616,85			609,99		
Vila (n=224)	641,74			602,87			632,28		
Cidade (n=398)	601,23			599,21			593,05		
<b>Idade de início das relações sexuais</b>		0,499	0,919		4,231	0,238		2,329	0,507
≤ 13 Anos (n=55)	79,00			81,95			80,81		
14 Anos (n=45)	78,00			82,68			81,00		
15 Anos (n=39)	75,40			68,17			70,77		
≥ 16 Anos (n=14)	70,39			63,93			66,54		

### Relação entre as variáveis de contexto e as atitudes face à pílula anticoncetiva

Pela análise da tabela 56, que relaciona a funcionalidade, a culpabilidade e fator global com o namoro e relações sexuais, dos resultados obtidos com o Teste U de Mann-Whitney observamos que os adolescentes que não namoram e os que têm relações sexuais apresentam ordenações médias mais elevadas para a funcionalidade, culpabilidade e fator global. Entre os grupos não se observam diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 56** – Resultado da aplicação do Teste U de Mann-Whitney, namoro e relações sexuais e atitudes face à pílula

	Funcionalidade			Culpabilidade			Fator Global		
	Ordenações Médias	UMW	p	Ordenações Médias	UMW	p	Ordenações Médias	UMW	P
<b>Namoras</b>		135334,5	0,395		138165,0	0,752		134892,0	0,352
Não (n=908)	613,45			610,34			613,94		
Sim (n=308)	593,90			603,09			592,48		
<b>Relações sexuais</b>		76556,0	0,237		76652,0	0,246		77013,0	0,287
Não (n=1063)	604,02			604,11			604,45		
Sim (n=153)	639,63			639,01			636,65		

Os resultados obtidos com o Teste U de Mann-Whitney (tabela 57), que relaciona a funcionalidade, a culpabilidade e o fator global com quem falam os adolescentes sobre sexualidade, indicam-nos que os adolescentes que não falam sobre sexualidade com a mãe, o pai, namorado e médico/ enfermeiro e os que falam sobre sexualidade com amigos, professores e irmão (a) apresentam ordenações médias mais elevadas para a funcionalidade. Apresentam ordenações médias mais elevadas para a culpabilidade os adolescentes que falam sobre sexualidade com a mãe, o pai, amigos, professores e irmão e os adolescentes que não falam sobre sexualidade com o namorado (a) e médico/ enfermeiro (a). Para o fator global apresentam ordenações médias mais elevadas os adolescentes que não falam sobre sexualidade com a mãe, o pai, o namorado (a), irmão e médico/ enfermeiro (a) e os adolescentes que falam sobre sexualidade com os amigos e professores. Verificamos a inexistência de significância estatística entre grupos ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 57** – Resultado da aplicação do Teste U de Mann-Whitney, interlocutores e as atitudes face à pílula

	Funcionalidade			Culpabilidade			Fator Global		
	Ordenações Médias	UMW	p	Ordenações Médias	UMW	p	Ordenações Médias	UMW	P
<b>Mãe</b>		176464,5	0,171		180169,5	0,446		180444,0	0,476
Sim (n=599)	594,60			616,22			601,24		
Não (n=617)	622,00			601,01			615,55		
<b>Pai</b>		175171,5	0,197		181481,0	0,805		174804,5	0,179
Sim (n=547)	594,24			611,22			593,57		
Não (n=669)	620,16			606,27			620,71		
<b>Amigos</b>		173484,0	0,082		178166,5	0,332		172841,0	0,066
Sim (n=648)	624,78			617,55			625,77		
Não (n=568)	589,93			598,17			588,80		
<b>Namorado(a)</b>		170210,5	0,261		175901,0	0,867		171645,5	0,379
Sim (n=482)	594,63			606,44			597,61		
Não (n=734)	617,61			609,85			615,65		
<b>Professores</b>		167855,0	0,225		169933,0	0,388		170448,5	0,440
Sim (n=468)	623,84			619,40			618,29		
Não (n=748)	598,91			601,68			602,37		

<b>Irmão</b>		179434,5	0,895		176022,5	0,483		179499,0	0,904
Sim (n=512)	610,04			616,71			607,08		
Não (n=704)	607,38			602,53			609,53		
<b>Médico/ Enfermeiro(a)</b>		171648,5	0,271		174714,0	0,556		169449,0	0,143
Sim (n=493)	595,17			601,39			590,71		
Não (n=723)	617,59			613,35			620,63		

No estudo conjunto da informação referente às atitudes face à pílula e a idade de início das relações sexuais (cf. tabela 58), através da aplicação do Teste Kruskal-Wallis, verificamos os adolescentes que iniciaram as relações sexuais com 13 anos ou menos apresentam ordenações médias mais elevadas para a funcionalidade. Apresentam ordenações médias mais elevadas para a culpabilidade os adolescentes que iniciaram as relações sexuais com 13 anos ou menos. No que diz respeito ao fator global, apresentam ordenações médias mais elevadas os adolescentes que iniciaram as relações sexuais com 13 anos ou menos. Entre os grupos não se verificou a existência de significância estatística.

**Tabela 58** – Resultado da aplicação do Teste Kruskal-Wallis idade de início das relações sexuais e as atitudes face à pílula

	Funcionalidade			Culpabilidade			Fator Global		
	Ordenações Médias	X <sup>2</sup>	p	Ordenações Médias	X <sup>2</sup>	p	Ordenações Médias	X <sup>2</sup>	P
<b>Idade de início das relações sexuais</b>		3,408	0,333		2,797	0,424		4,391	0,222
≤ 13 Anos (n=55)	84,09			81,27			83,79		
14 Anos (n=45)	78,29			81,33			80,63		
15 Anos (n=39)	68,28			68,08			66,56		
≥ 16 Anos (n=14)	69,29			71,14			67,71		

Concluimos que as variáveis de contexto (interlocutores sobre sexualidade, idade da 1ª relação sexual, contraceção, comportamento sexual, namorar, importância da utilização de preservativo e as relações sexuais) não têm efeito significativo sobre as atitudes face à pílula anticoncetiva.

**Em que medida os conhecimentos sobre planeamento familiar têm efeito significativo sobre as atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva?**

Para se determinar em o modo como os conhecimentos sobre planeamento familiar se relacionam com as atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva, aplicou-se o teste One-Way Anova (cf. Tabela 59).

Podemos observar que os adolescentes que têm fracos conhecimentos sobre planeamento familiar apresentam médias mais elevadas para as atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva

O Teste F, indica diferenças estatisticamente significativas para as atitudes face ao preservativo e na culpabilidade e fator global nas atitudes face à pílula.

No que diz respeito às atitudes face ao preservativo, os Testes POST-HOC indicam que as diferenças se situam para a culpabilidade entre todos os grupos, para a funcionalidade entre o grupo de adolescentes que possuem fracos conhecimentos vs o grupo de adolescentes com conhecimentos razoáveis e o grupo de adolescentes com fracos conhecimentos vs o grupo de adolescentes com bons conhecimentos e para o fator global entre todos os grupos.

Relativamente às atitudes face à pílula, os Testes POST-HOC indicam que as diferenças para a culpabilidade se situam entre o grupo que possui fracos conhecimentos vs o grupo de possui conhecimentos razoáveis e o grupo com fracos conhecimentos vs o grupo com bons conhecimentos e para o fator global se situam apenas entre o grupo com fracos conhecimentos vs o grupo com bons conhecimentos.

**Tabela 59** – Análise da variância entre as atitudes face ao preservativo e pílula anticoncetiva e os conhecimentos sobre planeamento familiar

	Conhecimentos sobre planeamento familiar						F	P	%V.E	POST-HOC		
	Fracos (1)		Razoáveis (2)		Bons (3)					1vs2	1vs3	2vs3
	X	Dp	X	Dp	X	Dp						
<b>Atitudes face ao Preservativo</b>												
Culpabilidade	11,649	3,364	10,493	3,326	10,460	3,238	16,727	0,000	2,683	0,000	0,000	0,002
Funcionalidade	26,292	5,848	24,546	4,968	23,196	4,755	42,197	0,000	6,504	0,000	0,000	0,991
Fator Global	37,94	8,279	35,04	7,168	33,66	6,742	40,032	0,000	6,191	0,000	0,000	0,041
<b>Atitudes face à Pílula</b>												
Culpabilidade	15,424	3,283	14,762	2,788	14,462	2,802	12,426	0,000	2,007	0,021	0,000	0,393
Funcionalidade	22,168	3,981	21,828	2,931	21,796	3,010	1,562	0,210	0,256	0,442	0,202	0,992
Fator Global	37,593	6,555	36,590	4,929	36,259	4,648	7,341	0,001	1,195	0,067	0,000	0,707

Os resultados mostram, assim, a existência de mais atitudes de culpabilidade, funcionalidade face ao preservativo e pílula anticoncetiva entre os adolescentes que possuem fracos conhecimentos sobre planeamento familiar.

## 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados permite-nos refletir sobre a investigação realizada, colocando ênfase nos dados obtidos mais significativos, confrontando-os com a literatura científica que serviu de base ao enquadramento teórico.

No capítulo anterior, analisámos a informação recolhida e fornecida pelos participantes no estudo, introduzindo algumas análises aos resultados obtidos. Neste capítulo faremos uma discussão mais precisa dos resultados obtidos, confrontando-os com os resultados publicados noutros estudos sobre a problemática em discussão, tendo sempre por base o quadro conceptual que serviu de suporte à investigação, assim como, os seus objetivos.

Para uma maior facilidade de exposição e de leitura, assim como para uma adequada sistematização, optou-se por organizar a discussão dos resultados em torno dos objetivos formulados.

Relativamente ao primeiro objetivo por nós delineado: **“Descrever as características sócio-demográficas, de relacionamento e namoro da população em estudo”**, constatamos que:

A média de idades dos adolescentes é de 14,69 anos, para os rapazes que representam 45,23% da amostra e raparigas (54,77%) as idades mínimas e máximas são também de 14 e 18 anos mas os rapazes são mais velhos que as raparigas (média=14,76 anos  $\pm$  0.875 dp) e (média= 14.63  $\pm$  0.798 dp). A maior percentagem dos adolescentes (46,5% dos rapazes e 53,2% das raparigas) tem 14 anos.

Quanto à residência, 48,8% moram numa aldeia, 18,4% numa vila e 32,7% na cidade. É de salientar que moram numa aldeia a maior percentagem dos rapazes (47,5%) e das raparigas (50,0%).

No que diz respeito à residência por grupo de idade, observamos que residem numa aldeia 49,5% dos adolescentes com 14 anos, 49,1% com 15 anos e 46,1% com 16 ou mais anos. Moram numa vila 15,6% dos jovens com 14 anos, 17,8% com 15 anos e 29,4% com 16 anos ou mais. Na cidade moram 34,9% dos adolescentes com 14 anos, 33,1% com 15 anos e 24,4% com 16 ou mais anos.

Quanto às variáveis de contexto (namoro, interlocutores dos adolescentes, relações sexuais, contraceção e comportamento sexual):

Apenas 25,3% namora, sendo a percentagem semelhante nos dois sexos (25,8% dos rapazes e 24,9% das raparigas). A maioria dos adolescentes que não namora tem 14 anos (80,7%), e a maior percentagem dos que namoram têm 16 ou mais anos (39,4%). No que diz respeito à duração do namoro, 32,4 % dos rapazes e 39,2% das raparigas namoram há 1-6 meses. Os resultados por nós obtidos diferem dos resultados obtidos por BRANCAL (2009), em que 42,4% dos adolescentes referiram namorar.

No que respeita aos interlocutores dos adolescentes observamos que 49,3% dos adolescentes falam sobre sexualidade com a mãe, 45% com o pai, 42,1% com o irmão(a), falando a maioria (53,3%) com amigos, 2,9% refere falar com outros. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por VAZ (2011) que nos diz que os adolescentes falaram a primeira vez sobre sexualidade com amigos. BRANCAL (2007) ao realizar um estudo na Beira Interior, com 200 adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos, pode observar que os interlocutores preferenciais dos adolescentes são sobretudo os amigos. Num estudo realizado por RAMIRO et al (2011), em que a amostra foi constituída por 3331 adolescentes, sendo o objetivo do estudo avaliar o papel da educação sexual, os seus conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA, observou que a maior parte dos jovens prefere falar sobre educação sexual com os amigos e os colegas, mostrando dificuldade em conversar com pais e professores. No que diz respeito às conversas sobre educação sexual com os amigos, são os rapazes quem se sente mais à vontade. Quanto às conversas sobre educação sexual com os pais, são as raparigas quem se sente menos à vontade.

São as raparigas que mais falam com amigos (53,8%), com a mãe (49,5%) e com outros (3,8%). Os rapazes são os que mais falam com o pai (50,0%), com o irmão (a) (45,6%), com a namorada (41,6%), com professores (40,9%) e com o médico (a)/enfermeiro (a) (42,0%). No estudo realizado por VILAR e FERREIRA (2009), a facilidade com que os adolescentes falam sobre sexualidade varia em função do género, nas raparigas varia na proporção direta quando o interlocutor é mãe e na proporção inversa quando o interlocutor é o pai, os rapazes não apresentam grandes diferenças entre o interlocutor pai ou mãe. BLEAKLEY et al (2009) verificaram que os adolescentes preferem mais as mães do que os pais como fontes de informação. ROSA e MARQUES (2012) puderam concluir que os professores (76,3% de referências), os amigos (61,2%), a televisão e os filmes (45,5%), a mãe (43,1%) e a internet (40%) são as principais fontes de informação consideradas pelos adolescentes sobre questões acerca da sexualidade.

No grupo de adolescentes com 14 anos, a maioria (54,6%) conversa sobre sexualidade com os amigos e a minoria (2,2%) com “outros”. Os adolescentes com 15 anos também conversam maioritariamente sobre sexualidade com os amigos (52,8%) e apenas 4,5% com “outros”. A maioria dos adolescentes com 16 ou mais anos (50,6%) conversam

com a mãe. Segundo NELAS, SILVA e FERREIRA (2011) os interlocutores preferenciais dos adolescentes sobre sexualidade são os amigos, seguidos da mãe.

Já tiveram relações sexuais 15,1% dos rapazes e 10,5% das raparigas. CASTELEIRO et al. (2007) concluíram que aproximadamente 20% dos alunos do 9º Ano de Escolaridade já tiveram relações sexuais. No estudo realizado por NELAS et al (2011) sobre educação sexual em contexto escolar, 12,2% dos rapazes e 8,8% das raparigas deste ano de escolaridade já tinham tido relações sexuais.

Alguns adolescentes tiveram a sua primeira relação sexual entre os 10 e os 18 anos de idade, correspondendo-lhe uma média de 13,83 anos. A maioria (86,6%) Iniciou a atividade sexual com 15 anos, o que difere dos resultados obtidos num estudo realizado por ABRAMOVAY, CASTRO e SILVA (2004), que nos indica que a maioria dos adolescentes teve a primeira relação sexual aos 16 anos. Os resultados obtidos por nós vão de encontro aos resultados obtidos por FERREIRA (2003), que nos diz que a maioria dos jovens (cerca de 49%) começa a ter relações sexuais no intervalo que vai dos 15 aos 17 anos de idade. Sendo estes resultados semelhantes ao de LAKSHIMI et al (2007), num estudo realizado na Índia, com 257 adolescentes, que apurou que a idade média de início da atividade sexual foi de 16 anos para os rapazes e de 15 anos para as raparigas.

TEIXEIRA et al (2012) ao realizarem um estudo para identificar as atitudes face à sexualidade e analisar as relações existentes entre as atitudes face à sexualidade e as variáveis sociodemográficas e as vivências da sexualidade dos alunos do 3º ciclo do ensino básico das escolas do concelho de Tabuaço e Fundão, com uma amostra de 545 alunos, verificaram que 12,7% já teve prática sexual, 43,1% iniciou-a aos 14 anos e que os rapazes começam mais cedo esta prática.

Têm relações sexuais atualmente 12,2% dos rapazes e 8,6% das raparigas.

A maioria dos adolescentes que têm relações sexuais atualmente tem 16 anos de idade ou mais (26,1%). Relativamente aos que não têm relações sexuais atualmente, é no grupo de adolescentes com 14 anos que se situa a maior percentagem (94,8%). Tiveram relações sexuais com uma semana ou menos de namoro 23,9% dos rapazes e 7% das raparigas. A maior percentagem dos adolescentes (24,2%) teve relações sexuais no primeiro mês de namoro, sendo o grupo de adolescentes com 16 anos ou mais com uma percentagem mais elevada (24,2%). Só 4,0% dos adolescentes tiveram relações sexuais após namorarem um a dois anos.

A maioria dos adolescentes (81,0%) não faz contraceção, apenas 19,0% faz contraceção. Fazem mais contraceção os rapazes (25,5%) que as raparigas (13,7%). Existe maior utilização de contraceção (41,7%) no grupo de adolescentes com 16 anos ou mais. Dos adolescentes que fazem contraceção, utilizam o preservativo 62,8% e a pílula 37,2%. Apenas 5,5% das raparigas utiliza o preservativo e as restantes (94,5%) utilizam a pílula,

sendo este resultado semelhante ao obtido por MAIA et al (2001) citado por BRÁS (2008), em que 87% das raparigas que tiveram relações sexuais utilizam a pílula como método contraceptivo. Já fizeram contraceção de emergência dois adolescentes com 16 ou mais anos. Sendo a percentagem bastante inferior aos resultados obtidos por CASTRO e RODRIGUES (2009), em que 8% mencionaram já ter recorrido à contraceção de emergência, verificaram também que os adolescentes que utilizaram a contraceção de emergência, a maioria não possuíam conhecimento acerca deste tipo de contraceção.

A utilização do preservativo é considerada importante por 95,6% dos rapazes e por 98,6% das raparigas. Este é utilizado em todas as relações por 71,9% dos rapazes e 63,7% das raparigas, o que não vai de encontro aos resultados obtidos por MAIA et al (2001) citado por BRÁS (2008), em que os rapazes raramente utilizam algum método contraceptivo e quando utilizam, o preservativo é o método escolhido.

Já tiveram experiência sexual 40,2% dos rapazes e 32,6% das raparigas, tendo a maioria (56,7%) 16 anos ou mais. Já beijaram e abraçaram alguém com carícias por cima da roupa 64,7% dos rapazes e 61,6% das raparigas. A maioria dos adolescentes (56,9% dos rapazes e 66,1% das raparigas) não teve intimidade próxima do coito, incluindo carícias diretas em qualquer parte do corpo, incluindo genitais. Apenas 8,4% dos adolescentes referem ter tido a experiência de ter chegado ao coito com apenas uma pessoa, sendo a percentagem mais elevada (20,6%) no grupo de adolescentes com 16 ou mais anos. RAMOS et al (2008), puderam observar que aos 14 anos 4,5% dos jovens já teriam experienciado relações sexuais coitais, 11,9% aos 15 anos, 22,2% aos 16 anos, 35,8% aos 17 anos e 52,4% aos 18 anos.

Tiveram relações sexuais coitais com mais que uma pessoa 7,1% dos rapazes e 2,1% das raparigas, ocorrendo em maior percentagem (10,0%) no grupo de adolescentes com 16 ou mais anos. Também RAMOS et al (2008) verificou que os rapazes referem mais vezes ter relações sexuais com mais que uma pessoa.

No que diz respeito ao segundo objetivo “**Identificar os conhecimentos que os adolescentes possuem acerca do planeamento familiar**”, podemos observar que o score obtido sobre planeamento familiar dos adolescentes inquiridos oscila entre os 14,05 e 62,88, correspondendo-lhe uma média de 50,00 e um desvio padrão (s) de 10,02. Para os rapazes e raparigas as pontuações mínimas e máximas são também de 14,05 e 62,88 mas as raparigas têm mais conhecimentos que os rapazes (média=52,16 ± 8,56 dp) e (média=47,39 ± 10,99 dp). TORRES (2011) pode concluir que níveis mais elevados de conhecimentos sobre métodos contraceptivos, surgem relacionados como: ser do sexo feminino, frequentar escolaridade mais avançada, pertencer à classe alta e ter apenas um

parceiro sexual. MARTINS et al (2006) observaram que os fatores associados ao maior conhecimento foram ser do sexo feminino, estudar em escola privada, estar no ensino médio, ter nível socioeconômico alto, ter relação sexual e ter maior idade.

Com fracos conhecimentos sobre planejamento familiar, encontramos 19,2% dos rapazes e 11,9% das raparigas. A maior percentagem das raparigas (32,2%) apresenta bons conhecimentos. Para sabermos se o sexo influencia o conhecimento sobre planejamento familiar, aplicámos o Teste t, que permitiu constatar que o sexo influencia o conhecimento sobre planejamento familiar ( $p=0,000$ ). AMEIDA et al (2003) citado por MARTINS et al (2006), observou que 50,0% dos adolescentes de ambos os sexos apresentam índice de conhecimento considerado alto. REIS e MATOS (2007) concluíram que as raparigas apresentam mais conhecimentos sobre planejamento familiar.

Apresentam bons conhecimentos sobre planejamento familiar 25,4% dos alunos com 14 anos e 35,0% dos adolescentes com 15 anos. Os adolescentes que moram na aldeia são os que apresentam uma percentagem mais elevada (23,7%) de bons conhecimentos. Através da aplicação do Teste de Kruskal-Wallis ( $p=0,108$ ;  $p=0,492$ ) observamos que a idade e a residência não influenciam os conhecimentos sobre planejamento familiar.

Num estudo elaborado por NELAS, SILVA e FERREIRA (2011) verificou-se que as raparigas e os adolescentes residentes na zona urbana são as que têm mais conhecimentos sobre planejamento familiar.

Relativamente às variáveis de contexto (namoro, importante utilizar o preservativo, relações sexuais, interlocutores dos adolescentes), verificamos que:

A maior percentagem dos adolescentes que não namora (37,3%) apresenta bons conhecimentos sobre planejamento familiar. Dos que namoram, apenas 12,8% possuem bons conhecimentos sobre planejamento familiar.

Possuem fracos conhecimentos sobre planejamento familiar 1,4% dos adolescentes que não considera importante utilizar o preservativo e bons conhecimentos 49,2% que consideram importante a utilização do preservativo. Observou-se a existência significância estatística ( $X^2=6,572$ ;  $p=0,037$ ), ocorrendo essas diferenças no grupo de adolescentes com fracos conhecimentos que não consideram importante a utilização do preservativo e no grupo de adolescentes com bons conhecimentos que consideram importante a sua utilização. FAÇANHA et al (2006) ao realizarem um estudo para avaliar o conhecimento de 100 adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza (Brasil) sobre a fisiologia do aparelho reprodutor, identificar fatores de risco para a infeção por DST/HIV, a conduta sexual e avaliara a frequência do uso rotineiro de preservativo, pode observar que os jovens começam a vida sexual precocemente, usam irregularmente os preservativo e têm pouco conhecimento sobre o ciclo reprodutivo.

A maior percentagem dos adolescentes com bons conhecimentos sobre planeamento familiar (43,8%) não tem relações sexuais;

Verificou-se a existência de diferenças estaticamente significativas entre os grupos ( $\chi^2=10,119$ ;  $p=0,006$ ), no que respeita aos professores como interlocutores, localizando-se essas diferenças no grupo de adolescentes com fracos conhecimentos que têm como interlocutores os professores e no grupo de adolescentes com conhecimentos razoáveis que não têm os professores como interlocutores.

Dos 36% dos adolescentes que tiveram experiência sexual, 12,4% apresenta fracos conhecimentos sobre planeamento familiar. A maioria (63,0%) dos adolescentes que já beijou nos lábios e abraçou alguém com carícias por cima da roupa possui bons conhecimentos sobre planeamento familiar. Verificamos que possuem fracos conhecimentos sobre planeamento familiar 1,8% dos adolescentes que já tiveram relações coitais com mais que uma pessoa e 29,4% dos que não tiveram relações coitais com mais que uma pessoa.

O terceiro objetivo formulado foi **“Caracterizar as atitudes adotadas pelos adolescentes face ao preservativo e pílula anticoncetiva”**, podemos constatar que:

Face ao preservativo, apresentam atitudes inadequadas 19,6% dos rapazes e 23,3% das raparigas e muito adequadas 18,7% dos rapazes e 21,8% das raparigas. Os resultados obtidos por nós diferem dos obtidos por RAMOS et al (2008), em os rapazes são os que mais atitudes negativas possuem face ao preservativo.

São os adolescentes com 14 anos que apresentam maior percentagem de atitudes muito adequadas (20,6%) e de atitudes inadequadas (21,3%). Os adolescentes que moram na aldeia apresentam maior percentagem de atitudes inadequadas (20,5%) e de atitudes muito adequadas (19,6%) face ao preservativo. Têm atitudes inadequadas face ao preservativo 31,0% que não namora. A maioria dos adolescentes que namora apresenta atitudes muito adequadas face ao preservativo (30,8%). Quanto à importância de utilizar o preservativo, verificamos que os adolescentes que consideram importante a utilização do preservativo, 42,0% têm atitudes inadequadas 42,0% e atitudes muito adequadas face ao preservativo 39,1%.

Especificamente a propósito da utilização do preservativo, ABREU (2010) citando Monteiro (2006), que realizou um trabalho de investigação com cerca de 1000 adolescentes portugueses a frequentar o Ensino Secundário e concluiu que em geral os adolescentes apresentam um bom nível de conhecimentos e atitudes positivas face ao preservativo. As raparigas e os adolescentes que nunca tiveram relações sexuais são os que têm atitudes mais positivas em relação ao preservativo e são os rapazes quem afirma ter partido de si a decisão de utilizá-lo na última relação.

Observamos que dos adolescentes que não tiveram relações sexuais, 36,5% têm atitudes inadequadas face ao preservativo. Dos que tiveram relações sexuais, 6,3% apresentam atitudes inadequadas face ao preservativo. Dos adolescentes que não fazem contraceção, 34,0% apresentam atitudes muito adequadas face ao preservativo. Relativamente aos adolescentes que fazem contraceção, verificamos que 9,6% têm atitudes inadequadas face ao preservativo.

É no grupo de adolescentes que tiveram a 1ª relação sexual com 15 anos que se verifica maior percentagem de atitudes inadequadas face ao preservativo (17,0%). São os adolescentes que tiveram a primeira relação sexual com 14 anos que apresentam maior percentagem de atitudes adequadas face ao preservativo (6,5%). Importa referir que são os adolescentes que tiveram a primeira relação sexual com 13 anos ou menos que apresentam maior percentagem de atitudes muito adequadas face ao preservativo (13,7%). Verifica-se a inexistência de significância estatística entre grupos ( $X^2=6,710$ ;  $p=0,348$ ).

No grupo de adolescentes que tem a mãe como interlocutora, observamos que 20,9% apresentam atitudes inadequadas e 20,25% atitudes muito adequadas face ao preservativo.

Sendo o pai o interlocutor, encontramos 19,9% com atitudes inadequadas e 17,4% com atitudes muito adequadas.

Quando o amigo é o interlocutor, a percentagem é semelhante para as atitudes inadequadas (22,2%) e muito adequadas (21,5%).

Relativamente aos adolescentes que falam com o namorado sobre sexualidade, observamos que 17,8% tem atitudes inadequadas e 15% atitudes muito adequadas.

Apresentam atitudes inadequadas 15,6% e muito adequadas 16,3% dos adolescentes em que o professor é interlocutor.

Quando os Irmãos são interlocutores, 18,3% dos adolescentes apresentam atitudes inadequadas face ao preservativo e 16,9% atitudes muito adequadas.

Em relação aos que falam sobre sexualidade com o médico/ enfermeiro (a), 17,3% apresentam atitudes inadequadas face ao preservativo e 16,7% atitudes muito adequadas.

No que respeita às atitudes face à pílula anticoncetiva, verificamos que apresentam atitudes inadequadas 18,5% dos rapazes e 29,8% das raparigas e atitudes muito adequadas 20,6% dos rapazes e 18,6% das raparigas. RAMOS et al (2008) diferem nos resultados obtidos, pois concluíram que as raparigas possuem mais esclarecimentos sobre a pílula.

É no grupo de adolescentes com 14 anos que se verificam percentagens mais elevadas para as diferentes atitudes face à pílula, 24,4% apresentam atitudes inadequadas, 6,0 atitudes adequadas e 19,7% atitudes muito adequadas. 24,0% dos adolescentes que moram na aldeia têm atitudes inadequadas e 19,2% atitudes muito adequadas, a maior

percentagem dos que moram na cidade (15,8%) têm atitudes inadequadas. Num estudo realizado no Quênia com 584 adultos jovens com idade entre 15 a 29 anos procurou saber-se se o comportamento sexual mais ou menos arriscado, variava consoante o meio onde viviam, rural ou urbano. Verificou-se que as mulheres apresentavam comportamento sexual mais arriscado em meio urbano do que em meio rural. Os homens apresentavam comportamento sexual arriscado, quer em meio rural quer em meio urbano (VOETEN; EGESAH; HABBEMA, 2004).

Têm atitudes inadequadas face à pílula 36,3% dos adolescentes que não namoram. A maior percentagem dos adolescentes que namoram apresenta atitudes muito inadequadas face à pílula (13,3%).

A maioria dos adolescentes que considera importante utilizar o preservativo apresenta atitudes inadequadas face à pílula (48,5%).

Observamos que apresentam atitudes inadequadas face à pílula 43,8% dos adolescentes que não tiveram relações sexuais e 5,8% dos adolescentes que tiveram relações sexuais.

Dos adolescentes que não fazem contraceção 40,4% apresentam atitudes inadequadas face à pílula. Quanto aos adolescentes que fazem contraceção verificamos que 9,2% têm atitudes inadequadas face à pílula.

É no grupo de adolescentes que tiveram a 1ª relação sexual com 15 anos que se verifica maior percentagem de atitudes inadequadas face à pílula (14,4%). São os adolescentes que tiveram a primeira relação sexual com 14 anos que apresentam maior percentagem de atitudes adequadas face à pílula (3,9%). Importa referir que são os adolescentes que tiveram a primeira relação sexual com 13 anos ou menos que apresentam maior percentagem de atitudes muito adequadas face à pílula anticoncetiva (19,6%). Verifica-se a inexistência de significância estatística entre grupos ( $X^2=6,710$ ;  $p=0,348$ ).

Apresentam atitudes inadequadas face à pílula 25,1% e atitudes muito adequadas 18,7%, quando a mãe é interlocutora.

Sendo o pai interlocutor, 23,5% dos adolescentes apresenta atitudes inadequadas e 16,9% atitudes muito adequadas. Verificamos que quando os amigos são os interlocutores, 25,4% apresentam atitudes inadequadas e 22,3% atitudes muito adequadas face à pílula. Quanto aos adolescentes que falam com o namorado sobre sexualidade, 20,4% apresentam atitudes inadequadas face à pílula e 15,2% atitudes muito adequadas 15,2%. Têm atitudes inadequadas 19,4% dos adolescentes e atitudes muito adequadas 15,4% se os professores são os interlocutores. Apresentam atitudes inadequadas face à pílula 21,0% e muito adequadas 16,6% dos adolescentes que têm os irmãos como interlocutores. Em relação aos

que falam sobre sexualidade com o médico/ enfermeiro (a), apresentam atitudes inadequadas face à pílula 21,2% e atitudes muito adequadas 14,7% dos adolescentes.

O quarto objetivo consistiu em **“Analisar a influência das variáveis sociodemográficas nas atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva”**.

Para sabermos se a idade e a residência influenciam as atitudes face ao preservativo, aplicámos o Teste de Kruskal-Wallis, que não evidenciou diferenças estatisticamente significativas para a idade ( $p=0,242$ ) e para a residência ( $p=0,719$ ), pelo que podemos afirmar que a idade e residência não influenciam as atitudes face ao preservativo.

Utilizámos o T-Teste para avaliar a relação entre o sexo e a funcionalidade, culpabilidade e o fator global. Torna-se pertinente referir que os rapazes apresentam níveis superiores de funcionalidade e fator global e as raparigas de culpabilidade. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas a nível da funcionalidade entre rapazes e raparigas ( $p=0,000$ ). LOPES (2006) pode verificar que as raparigas revelam, em média, atitudes de maior perceção de risco e assertividade relacionada com o uso do preservativo. Os rapazes demonstram, em média, mais atitudes de assertividade relacionada com questões sexuais.

Quanto à influência do sexo nas atitudes face à pílula, o Teste t evidenciou diferenças significativas ( $p<0,050$ ), que nos indica que o sexo influencia as atitudes face à pílula. Salientam-se os rapazes a apresentar maior funcionalidade, culpabilidade e fator global que as raparigas nas atitudes face à pílula. Constata-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas na funcionalidade ( $p=0,000$ ), culpabilidade ( $p=0,035$ ) e fator global ( $p=0,000$ ). Afirma-se que o facto de ser rapaz leva a que estes apresentem atitudes positivas face à pílula anticoncetiva.

O Teste Kruskal-Wallis foi aplicado para avaliar se a idade ( $p=0,324$ ), a residência ( $p=0,862$ ) e a idade de início das relações sexuais ( $p=0,222$ ) têm influência nas atitudes face à pílula anticoncetiva, que nos indica que a idade, a residência e a idade de início das relações sexuais não têm influência nas atitudes face à pílula. ALVES e LOPES (2007) dizem-nos que vários estudos têm constatado um alto nível de conhecimento dos métodos anticoncepcionais por parte dos adolescentes e que esse aumenta significativamente com a idade e a escolaridade. Para REIS (2012) o género tem sido relacionado com os comportamentos sexuais, frequentemente o género masculino envolve-se mais em comportamentos sexuais de risco.

O quinto objetivo por nós delineado pretende **“Analisar a influência das variáveis contextuais à sexualidade e conhecimentos sobre planeamento familiar nas atitudes face ao preservativo e à pílula”**.

Podemos verificar que os adolescentes que não namoram, os que têm relações sexuais e os que não consideram importante utilizar o preservativo apresentam ordenações médias mais elevadas para a funcionalidade, a culpabilidade e o total preservativo. Existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) no que respeita:

- a funcionalidade e a importância de utilizar o preservativo ( $p = 0,008$ ), verificando-se a ordenação média mais elevada nos adolescentes que não consideram importante utilizar o preservativo;

- a culpabilidade e as relações sexuais ( $p = 0,014$ ), verificando-se a ordenação média mais elevada no grupo de adolescentes que não têm relações sexuais;

- o fator global e a importância de utilizar o preservativo ( $p = 0,036$ ), verificando-se a ordenação média mais elevada no grupo de adolescentes que não considera importante utilizar o preservativo.

O que nos leva a afirmar que considerar importante a utilização do preservativo maior é a funcionalidade e o fator global e que ter relações sexuais, maior é a culpabilidade. Segundo REIS (2012) (citando ROBINSON, SCHELTEMA e CHERRY, 2005; ROQUE, 2001) possuir atitudes negativas em relação à sexualidade ou à contraceção é suficiente para a sua não utilização, uma vez que estas podem ser as primeiras a modelar o comportamento.

Ao relacionarmos a funcionalidade, a culpabilidade e o fator global (preservativo) com quem falam os adolescentes sobre sexualidade, dos resultados obtidos com o Teste U de Mann-Whitney, observamos que os adolescentes que falam com a mãe, amigos, professores, irmão e os que não falam com o pai, com o namorado (a) e médico/ enfermeiro apresentam ordenações médias mais elevadas para a funcionalidade. Apresentam ordenações médias mais elevadas para a culpabilidade os que não falam sobre sexualidade com a mãe, com o pai, com o namorado (a), irmão e médico/ enfermeiro e os que falam sobre sexualidade com amigos e professores. Observamos ainda, que os adolescentes que falam sobre sexualidade com a mãe, o pai, amigos, professores e os que não falam sobre sexualidade com o namorado (a), irmão e médico/ enfermeiro apresentam ordenações médias mais elevadas para o fator global. Verificamos significância estatística ( $p < 0,05$ ), no que respeita:

- a culpabilidade e falar sobre sexualidade com o pai ( $p = 0,030$ ), verificando-se a ordenação média mais elevada naqueles que não falam com o pai sobre sexualidade;

- a culpabilidade e falar sobre sexualidade com amigos ( $p=0,039$ ), encontrando-se a ordenação média mais elevada naqueles que falam com os amigos sobre sexualidade;

- a culpabilidade e falar com o namorado (a) sobre sexualidade ( $p=0,023$ ), apresentando ordenações médias mais elevadas os que não falam sobre sexualidade com o namorado.

O que nos leva a afirmar que a culpabilidade é menor para aqueles que falam com o pai sobre sexualidade e para aqueles que não falam sobre sexualidade com os amigos e com o namorado (a).

Com o intuito de avaliar se “As variáveis de contexto têm efeito significativo sobre as atitudes face ao preservativo, aplicámos o Teste de Mann-Whitney para o namoro ( $p=0,202$ ), relações sexuais ( $p=0,143$ ), importante utilizar o preservativo ( $p=0,036$ ), com quem falam sobre sexualidade (para todas as opções  $p>0,050$ ). Para a idade de início das relações sexuais, aplicámos o Teste de Kruskal-Wallis, em que  $p=0,507$ . O que nos leva a dizer que apenas a variável “importante utilizar preservativo” tem efeito significativo sobre as atitudes face ao preservativo.

Relacionando a funcionalidade, a culpabilidade e o fator global com a idade, a residência e a idade de início das relações sexuais, dos resultados obtidos com o Teste de Kruskal-Wallis, observamos que apresentam maior funcionalidade os adolescentes com 15 anos, os que moram numa vila e os que iniciaram as relações sexuais com idade igual ou inferior a 13 anos, por apresentarem ordenações médias mais elevadas. Quanto à culpabilidade, podemos observar que são os adolescentes com 14 anos, os que moram na aldeia e os que iniciaram as relações sexuais com 13 anos de idade ou menos, que apresentam ordenações médias mais elevadas. No que diz respeito ao fator global observamos que apresentam ordenações médias mais elevadas os adolescentes com 15 anos, os que moram numa vila e os que iniciaram as relações sexuais com 13 anos ou menos. Verificamos que as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ). Para MATOS et al (2001) citado por REIS (2012) a idade parece apresentar uma relação curvilínea com a intenção de adotar comportamentos preventivos, ou seja, os adolescentes e os jovens adultos apresentam comportamentos de maior risco para a saúde do que as crianças ou adultos mais velhos.

Ao aplicarmos o Teste U de Mann-Whitney para avaliarmos a relação existente entre a funcionalidade, a culpabilidade e o fator global (pílula) com o namoro e relações sexuais, observamos que os adolescentes que não namoram e os que têm relações sexuais apresentam ordenações médias mais elevadas para a funcionalidade, culpabilidade e fato global. Entre os grupos não se observam diferenças estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ).

Os resultados obtidos com o Teste U de Mann-Whitney, que relaciona a funcionalidade, a culpabilidade e o fator global (pílula) com quem falam os adolescentes sobre sexualidade, indicam-nos que os adolescentes que não falam sobre sexualidade com a mãe, o pai, namorado e médico/ enfermeiro e os que falam sobre sexualidade com amigos, professores e irmão (a) apresentam ordenações médias mais elevadas para a funcionalidade. Apresentam ordenações médias mais elevadas para a culpabilidade os adolescentes que falam sobre sexualidade com a mãe, o pai, amigos, professores e irmão e os adolescentes que não falam sobre sexualidade com o namorado (a) e médico/ enfermeiro (a). Para o fator global apresentam ordenações médias mais elevadas os adolescentes que não falam sobre sexualidade com a mãe, o pai, o namorado (a), irmão e médico/ enfermeiro (a) e os adolescentes que falam sobre sexualidade com os amigos e professores. Verificamos a inexistência de significância estatística entre grupos ( $p > 0,05$ ).

No estudo conjunto da informação referente à funcionalidade, culpabilidade, total pílula e a idade de início das relações sexuais, através da aplicação do Teste Kruskal-Wallis, verificamos os adolescentes que iniciaram as relações sexuais com 13 anos ou menos apresentam ordenações médias mais elevadas para a funcionalidade. Apresentam ordenações médias mais elevadas para a culpabilidade os adolescentes que iniciaram as relações sexuais com 13 anos ou menos. No que diz respeito ao fator global, apresentam ordenações médias mais elevadas os adolescentes que iniciaram as relações sexuais com 13 anos ou menos. Entre os grupos não se verificou a existência de significância estatística. Segundo PIROTTA e SCHOR (2004) citados por REIS (2012), quando os jovens estão envolvidos em relacionamentos com uma duração mais longa isso pode constituir uma barreira à promoção de comportamentos sexuais saudáveis e seguros.

Após a discussão dos resultados obtidos, é não menos importante tecer algumas conclusões/sugestões que serão apresentadas no capítulo seguinte.

## 7 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

No fim desta etapa, após longo trabalho de pesquisa, análise e interpretação chegou o momento de efetuarmos as conclusões que entendemos como pertinentes. De seguida serão apresentados os dados obtidos relativos à amostra de 1216 adolescentes que frequentam o 9º Ano de Escolaridade.

### Dados sócio-demográficos da amostra:

- A idade varia entre os 14 e os 18 anos;
- Os rapazes são mais velhos, representam 45,23% da amostra e as raparigas são mais novas, representando 54,77% da amostra;
- A maioria das raparigas (53,2%) e dos rapazes (46,5%) têm 14 anos de idade;
- Em relação à residência, a maior percentagem das raparigas (50,0%) e dos rapazes (47,5%) moram numa aldeia.

### Dados relativos à sexualidade

- Com percentagem semelhante, 25,8% dos rapazes e 24,9% das raparigas namoram;
- No que diz respeito à duração do namoro, 32,4% dos rapazes e 39,2% das raparigas namoram há 1-6 meses;
- Observamos que 49,3% dos adolescentes fala sobre sexualidade com a mãe, 45% com o pai, 42,1% com o irmão(a), falando a maioria (53,3%) com amigos, 2,9% refere falar com outros. São as raparigas que mais falam com amigos (53,8%), com a mãe (49,5%) e com outros (3,8%). Os rapazes são os que mais falam com o pai (50,0%), com o irmão (a) (45,6%), com a namorada (41,6%), com professores (40,9%) e com o médico (a)/enfermeiro (a) (42,0%);
- Têm relações sexuais 15,1% dos adolescentes do sexo masculino e 10,5% dos adolescentes do sexo feminino;
- Tiveram a primeira relação sexual entre os 10 e os 18 anos, correspondendo-lhe uma média de 13,83 anos;
- Os que iniciaram a atividade sexual, 6,1% iniciaram-na aos 14 anos, 86,6% aos 15 anos e 32,8% com 16 ou mais anos;

- Têm relações sexuais atualmente 12,2% dos rapazes e 8,6% das raparigas. É no grupo de adolescentes com 14 anos que se situa a maior percentagem (94,8%) dos que não têm relações sexuais atualmente.

- A maioria dos adolescentes teve relações no primeiro mês de namoro (23,4%) e têm 16 anos ou mais (24,2%);

- Apenas 19,0% faz contraceção, 62,8% utilizam o preservativo e 37,2% a pílula. Apenas 5,5% das raparigas utilizam o preservativo Os rapazes (25,5%) fazem mais contraceção que as raparigas (13,7%). Não fazem contraceção 88,4% dos adolescentes com 14 anos, 80,0% com 15 anos e 58,3% com 16 ou mais anos. É no grupo de adolescentes com 16 anos que se verifica uma maior (41,7%) utilização da contraceção.

- Já utilizaram a contraceção de emergência 0,2% das raparigas, que têm 16 anos.

- 95,6% dos adolescentes considera importante a utilização do preservativo;

- Utilizam o preservativo em todas as relações 71,9% dos rapazes e 63,7% das raparigas;

### Comportamento sexual

- A maioria dos adolescentes afirma que não teve experiência sexual (64,0%).

- 61,6% dos jovens já beijaram e abraçaram alguém com carícias por cima da roupa

- A maioria dos jovens refere não ter tido intimidade, próxima do coito, incluindo caricias diretas em qualquer parte do corpo, incluindo genitais (61,9%), sendo 56,9% de rapazes e 66,1% de raparigas;

- Apenas 8,4% dos adolescentes refere ter tido a experiência de ter chegado ao coito com apenas uma pessoa. É o grupo de adolescentes com 16 anos ou mais que aparece uma maior percentagem dos que já tiveram a experiência (20,6%) de ter chegado ao coito com apenas uma pessoa.

- No que diz respeito às relações sexuais coitais com mais que uma pessoa, 4,4% dos adolescentes refere que sim, sendo 7,1% do sexo masculino e 2,1% do sexo feminino. Já tiveram relações sexuais coitais com mais que uma pessoa 2,6% dos adolescentes com 14 anos, 4,5% com 15 anos 10,0% com 16 anos ou mais.

Concluimos que:

- A idade e a residência não influenciam as atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva;

- Os rapazes apresentam níveis superiores de funcionalidade e no fator global (preservativo) e as raparigas de culpabilidade. Existem diferenças estatisticamente significativas a nível da funcionalidade entre rapazes e raparigas;

- O facto de ser rapaz leva a que estes apresentem atitudes positivas face à pílula anticoncetiva;

- Os adolescentes que consideram importante a utilização do preservativo apresentam maior funcionalidade e fator global para o preservativo;

- O namoro e as relações sexuais não influenciam as atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva;

- Ter relações sexuais leva a uma maior atitude de culpabilidade face ao preservativo;

- Apresentam menor culpabilidade face ao preservativo aqueles que têm o pai como interlocutor sobre sexualidade e aqueles que não têm os amigos e o namorado(a) como interlocutores sobre sexualidade;

- A idade de início das relações sexuais não influencia as atitudes face ao preservativo e à pílula anticoncetiva;

- Os adolescentes que iniciaram as relações sexuais com 13 anos ou menos apresentam ordenações médias mais elevadas para a funcionalidade. Apresentam ordenações médias mais elevadas para a culpabilidade os adolescentes que iniciaram as relações sexuais com 13 anos ou menos. No que diz respeito ao fator global para a pílula, apresentam ordenações médias mais elevadas os adolescentes que iniciaram as relações sexuais com 13 anos ou menos. Entre os grupos não se verificou a existência de significância estatística.

- As variáveis de contexto (interlocutores sobre sexualidade, idade da 1ª relação sexual, contraceção, comportamento sexual, namorar, importância da utilização de preservativo e as relações sexuais) não têm efeito significativo sobre as atitudes face à pílula anticoncetiva.

- Os adolescentes que possuem fracos conhecimentos sobre planeamento familiar apresentam mais atitudes de culpabilidade e funcionalidade face ao preservativo e pílula anticoncetiva.

A educação sexual pode ser considerada a principal forma de prevenir comportamentos de risco e promover comportamentos preventivos, é também um processo de aprendizagem que envolve a transmissão de informação. A família e a escola devem ser envolvidas neste processo. Concordamos com RAMIRO et al (2011), quando afirma que é necessário que os professores aumentem o seu campo de competências na área da intervenção e que os amigos tenham mais informação e comportamentos preventivos. É fundamental que a educação sexual se baseie em intervenções do tipo preventivo, envolvendo a escola, família e grupos de pares.

Devem ser implementados programas de educação para a sexualidade bem delineados, tendo por base informação correta, não abordando apenas os métodos contraceptivos e envolvendo os adolescentes na sua própria formação.

De acordo com o Consenso Nacional Sobre contraceção (2011) os profissionais de saúde, que fazem aconselhamento contraceptivo devem ser competentes na informação prestada sobre a forma correta de utilização, eficácia, vantagens e desvantagens, efeitos secundários, riscos e benefícios não contraceptivos dos vários métodos. Deve ser incluído no aconselhamento informação sobre contraceção de emergência, reforçando-se as noções sobre as condições determinantes à sua utilização, acessibilidade, forma de administração e conduta posterior. Os profissionais de saúde devem informar sobre a importância da prevenção de infeções sexualmente transmissíveis.

Os resultados obtidos levam-nos a pensar em novas estratégias de atuação, focadas na educação por pares, interlocutores preferenciais dos adolescentes e envolvendo as famílias utilizando metodologias ativas. Julgamos pertinente envolver os pais/ encarregados de educação nos projetos de educação sexual ministrada nas escolas, apelando à sua presença, esclarecendo dúvidas, desmitificando mitos.

As limitações deste estudo estão relacionadas com a escassez de trabalhos de investigação que abordem as atitudes dos adolescentes face ao preservativo e pílula anticoncetiva. Outro aspeto relevante está relacionado com a realização de inquéritos em meio escolar, que envolve um processo burocrático e moroso, em que por vezes os encarregados de educação não estão sensibilizados para a realização de estudos em que a temática se relacione com sexualidade, impedindo os estudantes de colaborar no estudo.

Deverão ainda ser tidas em consideração as limitações referentes ao facto do trabalho ser desenvolvido com os estudantes, uma vez que os resultados obtidos dependem em muito, da sua honestidade e sinceridade, uma vez que, em algumas situações, as suas respostas podem ser mais dirigidas aos comportamentos ou condutas mais desejáveis e não ao que realmente acontece ou se verifica. Por outras palavras, os participantes, ao estarem conscientes que estão a participar num estudo, poderão modificar as suas respostas (efeito de Hawthorne).

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abreu, J. F. R. (2008). *O conhecimento e atitude face à saúde sexual e reprodutiva: um estudo correlacional em estudantes universitários* (Tese de Mestrado). Universidade de Lisboa. Acedido em <http://hdl.handle.net/10451/1249>.
- Abramovay, M., Castro, M. G., & Silva, L. B. (2004). *Juventudes e sexualidade*. Brasília: Unesco. Acedido em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133977por.pdf>.
- Alves, A. S., Lopes, M. H. B. M. (2008). Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 11-17. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100002).
- Anastácio, Z. C. (2010). *Sexualidade na fase intermédia da adolescência: relacionamentos, comportamentos e conhecimentos*. Braga: Universidade do Minho. Acedido em [WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10567](http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10567).
- Ballenato, G. (2009). *Educar sem gritar, pais e filhos: Convivência ou sobrevivência* (4ª ed.). Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Bastos, A. P. (2001). *Afectividade na adolescência: sexualidade e educação para os valores*. Lisboa: Paulinas.
- Bleakley, A., Hennessy, M., Fishbein, M., & Jordan A. (2009). How sources of sexual information relate to adolescents beliefs about sex. *American Journal of Health Behavior*, 33(1), 37-48. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2860278/>.

- Bouzas, I., Pacheco, A., & Eisenstein, E. (2004). Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência. *Adolescência e Saúde*, 1(2), 27-33. Acedido em [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=218](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=218).
- Bozon, M. (2009). *Sociologie de la Sexualité*. Paris: Armand Colin.
- Brançal, P. D. A. R. (2007). *As vivências dos jovens adolescentes da Beira Interior* (Dissertação de mestrado). Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2007.
- Brás, M. A. M. (2008). *A sexualidade do adolescente : A perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários* (Dissertação de Doutoramento). Universidade do Porto.
- Bryant, K. D. (2009). Contraceptive use and attitude among female college student. *The ABNF Journal*, 20(1), 12-16. Acedido em [URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19278182](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19278182).
- Camargo, B. V., & Botelho, L. J. (2007). Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 1-8. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100009&lng=pt&nrm=iso&userID=-2](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100009&lng=pt&nrm=iso&userID=-2).
- Casteleiro, C., Costa, M. T., Ferraz, P., & Soares, R. (2007). Intervenção formativa na afectividade adolescente: Educação para a sexualidade responsável em adolescentes. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 8, 36-39.
- Castro, J. F., & Rodrigues, V. M. (2009). Conhecimentos e atitudes dos jovens face à contraceção de emergência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 889-894.
- Connell, R. W. (2002). *Gender*. Cambridge: Polity Press.
- Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente: Dos 10 aos 15 anos*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

- Cossermeli, C. M. M. R. (2007). *Estudo comparativo de crenças e atitudes face à sexualidade de Jovens, entre adolescentes (15-18 anos) e jovens adultos (19-25 anos), que frequentam uma instituição promotora de formação profissional na RAM* (Dissertação de mestrado). Funchal: Universidade da Madeira.
- Decreto-Lei n.º 259/2000. (2000-10-17). Regulamenta a Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto. Reforça 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. *Diário da República*, 1(240), pp. 5784-5786. Acedido em <http://www.dre.pt/pdf1s/2000/10/240A00/57845786.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 120/99. (1999-11-08). Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. *Diário da República*, 1(186), pp. 5232-5234. Acedido em <http://dre.pt/pdf1s/1999/08/186A00/52325234.pdf>.
- Dias, A. M., Remalheira, C., Marques, L., Seabra, M. E., & Antunes, M. L. C. (2002). *Educação da sexualidade no dia-a-dia da prática educativa*. Braga: Edições Casa do Professor.
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2009). Guia orientador de trabalhos escritos. Viseu: [s.n.]. Acedido em <http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/UInvestigacao/GuiaElabTrabESSV26junho2008.pdf>.
- Façanha, M. C., Menezes, B. L. F., Fontenele, A. D. B., Melo, M. A., Pinheiro, A. S., Carvalho, C. S., & Pereira, L. O. C. (2004). *Conhecimento sobre reprodução e sexo seguro de adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza*. *DST: J. Bras. Doenças Sex Trans*, 16(2), 5-9. Acedido em <http://www.dst.uff.br//revista16-2-2004/1.pdf>.
- Ferreira, P. M. (2004). Comportamentos de risco dos jovens. In J. M. Pais (Coord.). *Condutas de risco, práticas culturais e atitudes perante o corpo: Resultados de um inquérito aos jovens portugueses em 2000* (pp. 41-137). Oeiras: Celta Editora.
- Fonseca, F., & Lucas, M. C. (2009). Sexualidade, saúde e contextos: influência da cultura e etnia no comportamento sexual. *Rev Port Clin Geral*, 25, 65-72.

- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual. (2007). *Relatório final*. Acedido em [www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/.../educacaosaude/educacaosexual](http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/.../educacaosaude/educacaosexual).
- Holcomb, M. A., Williams, R., & Skipper, M. T. (2009). Adolescent contraception: sorting out the facts. *The Nurse Practitioner*, 34(9), 18-28. Acedido em [URL:http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=932095](http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=932095).
- Kimmel, M. S. (2000). *The gendered society*. New York: Oxford University Press.
- Kimmel, M. S., & Plante, R. F. (2004). *Sexualities: Identities, behaviors, and society*. New York: Oxford University Press.
- Lakhmi, P. V. M., Gupta, N., & Kumar, R. (2007). Psychosocial predictors of adolescent sexual behavior. *Indian Journal of Pediatrics*, 74(10), 923-926. Acedido em <http://www.springerlink.com/content/a04671w172u45561/fulltext.pdf>.
- Le Gall, D. (2004). La première fois. In J. Marquet (Dir.), *Normes et conduits sexuelles : Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*. Louvain-la-Neuve: Academia Bruylant
- Lei n.º 12/2001. (2001-05-29). Contraceção de emergência. *Diário da República*, 1(124), pp. 3148. Acedido em <http://dre.pt/pdf1s/2001/05/124A00/31483148.pdf>.
- Lopes, J. C. F. (2006). *Sexualidade dos adolescentes e VIH/SIDA: Conhecer para educar* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro.
- Lucas, M. C. C. (2009). *Sintomas depressivos e comportamentos sexuais de risco na Adolescência* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa.
- Lucas, J. S. (1993). *SIDA: A sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill.

- Martins, L. B. M., Costa-Paiva, L., Osi, M. J. D., Sousa, M. H., Pinto Neto, A. M., & Tadini, V. (2006). Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Revista saúde Pública*, 40(1), 57-64. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100010>.
- Matos, M. G., Reis, M., Ramiro, L., Borile, M., Berner, E., Vázquez, S., ... Equipa Aventura Social. (2009). Educação sexual em Portugal e em vários países da América Latina. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 149-158.
- Nelas, P., [Fernandes](#), C., [Ferreira](#), M., & [Duarte](#), J. (2011). Sexual education in schools: the impact of participatory and reflective methodologies. *European Journal of Public Health*, 21(Supp. 1), 71.
- Nelas, P., [Fernandes](#), C., [Ferreira](#), M., [Duarte](#), J., Chaves, C. (2010). Construção e validação da escala de conhecimentos sobre planeamento familiar. In *Congresso Internacional Sexualidade e educação sexual: Políticas educativas, investigação e práticas* (pp.185-189). Braga: Edições CIEd. Acedido em [http://www.fpccsida.org.pt/images/stories/Livro\\_I\\_CISES.pdf](http://www.fpccsida.org.pt/images/stories/Livro_I_CISES.pdf).
- Nelas, P. (2011). *Educação sexual em contexto escolar: uma intervenção contra a vulnerabilidade na vivência da sexualidade adolescente* (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro. Acedido em <http://hdl.handle.net/10773/4656>.
- Nodin, N. (2001). Adolescentes, o sexo e os outros. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 31, 37-42.
- Nodin, N. (2011). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Patton, M. Q. (2001). *Qualitative research and evaluation methods* (2ª ed.). London: Sage Publications.
- Pelége, P., & Picod, C. (2006). *Éduquer à la sexualité. Un enjeu de société*. Paris: Dunod

- Pereira, J. L., Fanelli, C., Pereira, R. C., & Rios, S. (Orgs). (2007). *Sexualidade na adolescência no novo milénio*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pró-reitoria de Extensão. Acedido em [http://xa.yimg.com/kq/groups/19348902/812328414/name/sexualidade\\_adolesc.pdf](http://xa.yimg.com/kq/groups/19348902/812328414/name/sexualidade_adolesc.pdf).
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Plummer, K. (2005). Male sexualities. In [M. S. Kimmel](#), [J. R. Hearn](#), & [R. W. Connell](#) (Eds.), *Handbook of Studies on Men & Masculinities*. (pp. 178-193). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Portugal, Assembleia da República. (2005). Artigo 67/2. In *Constituição da República Portuguesa: VII Revisão Constitucional*. Acedido em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.asp> X.
- Portugal, Direcção Geral da Saúde. (2008). Acedido em <http://www.dgsaude.pt>.
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M. G., Diniz, J. A., & Simões, C. (2011). Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 11-21.
- Ramos, R. D., Eira, C., Martins, A., Machado, A., Bordalo, M., & Polónia, Z. (2008). Atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens em Matosinhos. *ArqMed.*, 22(1), 3-15. Acedido em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v22n1/v22n1a01.pdf>.
- Reis, M. S. P. (2012). *Promoção da saúde sexual em jovens universitários portugueses – conhecimentos e atitudes face à contraceção e à prevenção das ISTs*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade Técnica de Lisboa.
- Reis, M., & Matos, M. G. (2007). Conhecimentos e atitudes face ao uso de métodos Contraceptivos e à prevenção das ISTs em jovens: Projecto Aventura Social / HBSC. *Rev. Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 4(1), 23-35. Acedido em <http://revistasaude.ulusofona.pt>.

- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (2000). *Psicologia social* (24ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Rosa, R. A., & Marques, A. M. (2012). Educação sexual na adolescência: Meio rural versus meio urbano. *Saúde Reprodutiva Sexualidade e Sociedade*, 1, 83-90.
- Saavedra, L., Magalhães, S., Soares, D., Ferreira, S., & Leitão, F. (2007). *Género, cultura e sexualidade em jovens portuguesas e portugueses: Um programa de educação sexual*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia. Acedido em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7278>.
- Sampaio, F. M., & Silva, D. B. (2006). Sexualidade dos adolescentes portugueses na perspetiva do “Quebrese: Questionário breve sobre sexualidade”. In Actas da XI Conferência Internacional, *Avaliação Psicológica, Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contraceção, & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (Orgs). (2011). Consensos sobre contraceção: 2011. Lisboa: Edições Frist News. Acedido em [http://confederaciondecontracepcion.com/descargas/E\\_Consensos\\_2011.pdf](http://confederaciondecontracepcion.com/descargas/E_Consensos_2011.pdf)
- Sousa, M. F. G. (2000). *Sexualidade na adolescência: comportamentos, conhecimentos e opiniões/ atitudes de adolescentes escolarizados* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto.
- Teixeira, D., Nelas, P., Aparício, G., & Duarte, J. (2012). Atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º ciclo do ensino básico. In C. Albuquerque (Coord.), *Comportamentos de saúde infanto-juvenis: realidades e perspetivas* (pp. 429-440). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde. Acedido em [http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/conferencias/Livro\\_MISIJ.pdf](http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/conferencias/Livro_MISIJ.pdf).
- Torres, D. F. C. (2011). Conhecimentos de infeções sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos numa amostra de 359 adolescentes do 8º ao 12º ano de escolaridade (Dissertação de mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.

- Vaz, A. M. B. O. D. M. (2011). *Atitudes e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade* (Tese de Doutoramento). Badajoz: Universidad de Extremadura.
- Vieira, O. C. B. F. (2009). *A educação sexual na escola pública portuguesa: Um olhar a partir da experiência de alunos do 10º ano* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Vilar, D., & Ferreira, P. (2009). A educação sexual dos jovens portugueses - conhecimentos e fontes. *Revista Educação Sexual em Rede*, 2-53. Acedido em <http://www.apf.pt/?area=002&mid=004&sid=004>.
- Voeten, H. A. C., Egesah, O. B., Habbema, J., & Dik, F. (2004). *Sexual behavior is more risky in rural than in urban areas among young women in Nyanza province, Kenya. Sexually Transmitted Diseases*. 31(8), 481-487. Acedido em <http://globalhealthsciences.ucsf.edu/PPHG/surveillance/CDC/MARPs/resources/multistage-cluster/7.pdf>.
- World Health Organization. (2010). *Health topics: Sexual health*. Acedido em [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/).

## **ANEXOS**



## ANEXO I

## Instrumento de colheita de dado



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Projecto - PTDC/CPE-CED/103313/2008

Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juvenil: Impacto na Educação para a Saúde

Este questionário faz parte de um Projecto de investigação financiado pela FCT no domínio temático da "Sexualidade Adolescente". A sua concretização só será possível graças à tua colaboração, preenchendo o questionário. Neste sentido, pedimos-te que o leias e respondas a todas as perguntas de uma forma espontânea e sincera, de acordo com aquilo que fazes sentes ou pensas. Não existem respostas correctas ou incorrectas, o que nos interessa é a tua opinião. O questionário é anónimo e confidencial. Desde já agradecemos a tua colaboração e disponibilidade. Nas afirmações onde existir uma quadrícula (□), deves assinalar com uma cruz (X) a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com o teu caso. Nas questões com um espaço em branco (\_\_\_\_), deves responder claramente e de forma legível. Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos, por favor, que não deixes nenhuma questão por responder.

MUITO OBRIGADO

Espaço destinado à equipa de investigação  
Número Questionário \_\_\_\_\_  
Código Instituição \_\_\_\_\_

1. Sexo: Masculino  Feminino  2. Idade: \_\_\_\_ anos. 3. Frequentas o \_\_\_\_ ano de escolaridade
4. Moras em: Aldeia  Vila  Cidade
5. Namoras? Não  Sim  5.1. Se sim, namoras há: menos de 1 mês  Entre 1 e 6 meses   
Entre 6 meses e 1 ano  Entre 1 e 2 anos  Mais de 2 anos
6. Com quem falas sobre sexualidade? Mãe  Pai  Amigos  Namorado/a  Professores  Irmãos   
(Podes assinalar mais do que uma opção) Médico/Enfermeira  Outro  Quem: \_\_\_\_\_
7. Já alguma vez tiveste relações sexuais? Não  Sim  7.1. Se sim, idade da 1ª relação sexual: \_\_\_\_ anos
8. Actualmente tens relações sexuais? Não  Sim
- 8.1. Se sim, ao fim de quanto tempo de relacionamento tiveste relações sexuais? 1 semana ou menos   
1 mês  1 a 3 meses  3 a 6 meses  6 meses a 1 ano  1 a 2 anos  mais de 2 anos
9. Fazes contraceção? Não  Sim  9.1. Se sim, qual? Pilula  Preservativo  Outro, Qual? \_\_\_\_\_
10. Se és rapariga, já fizeste contraceção de emergência? Não  Sim  10.1. Se sim, quantas vezes \_\_\_\_\_
11. Consideras importante a utilização de preservativo nas relações sexuais? Não  Sim
12. Se tens relações sexuais, utilizas o preservativo em todas elas? Não  Sim  Às vezes

## 13. Experiência de relacionamento íntimo e sexual

	Sim	Não
Já tive experiência sexual		
Beije nos lábios e abracei alguém, com carícias por cima da roupa		
Já tive intimidades, próximas do coito, incluindo carícias directas em qualquer parte do corpo incluindo os genitais		
Já tive experiência de ter chegado ao coito, (introdução do pênis dentro da vagina) com apenas uma pessoa		
Já tive relações sexuais coitais com mais que uma pessoa		

14. Indicam-se abaixo algumas afirmações relativas a **conhecimentos sobre planeamento familiar**. Diz qual o teu grau de veracidade para cada uma delas, assinalando com uma cruz no espaço correspondente. Caso não saibas opta pela resposta Não Sei.

Afirmações	Verdadeiro	Falso	Não Sei
1. O planeamento familiar evita gravidezes indesejáveis			
2. O planeamento familiar evita a menstruação			
3. Os métodos contraceptivos evitam as menstruações			
4. A pílula é um método contraceptivo de barreira			
5. O dispositivo intra-uterino é recomendado a adolescentes			
6. É muito difícil engravidar na primeira relação sexual			
7. Há cuidados especiais na colocação do preservativo			
8. A pílula evita uma gravidez não desejada			
9. O preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração			
10. O método do gráfico das temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é aconselhado em adolescentes			
11. O período fértil na mulher ocorre por volta do 15 dia do ciclo menstrual			
12. O preservativo só se deve utilizar se não se conhecer bem o parceiro			
13. A laqueação das trompas não é aconselhada a adolescentes			
14. A duração mais frequente do ciclo endometrial é de 28 a 30 dias			
15. O início da vida sexual deve ser precedido de uma consulta de um profissional de saúde			
16. Antes de se utilizar o preservativo deve-se verificar a sua validade			
17. As raparigas só engravidam se tiverem um orgasmo			
18. O uso de contraceptivos é apenas da responsabilidade da rapariga pois é ela que engravida			
19. A informação sobre métodos contraceptivos é acessível aos jovens			
20. O uso do preservativo diminui o prazer sexual			
21. A relação sexual não protegida implica a toma da pílula do dia seguinte para não engravidar			
22. O uso preservativo não é necessário sempre que se tenha o(a) mesmo(a) namorado(a)			

15. Indicam-se abaixo algumas afirmações relativas a **atitudes face ao preservativo**. Diga qual o seu grau de concordância para cada uma delas, assinalando com uma cruz o número correspondente, considerando o esquema de resposta abaixo indicado.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo muito	Nem concordo, nem discordo	Concordo muito	Concordo totalmente

Os preservativos:	1	2	3	4	5
1. Previnem a gravidez					
2. Há que saber onde os comprar					
3. Embaraçosos, incómodos, complicados de usar					
4. Tranquilizam e dão segurança à relação					
5. Podem estar defeituosos					
6. Não têm contra-indicações					
7. Rompem com o romantismo da situação					
8. Permitem ter relações sexuais com várias pessoas, sem correr riscos					
9. Interrompem o acto sexual					
10. Não são naturais, são artificiais					
11. São baratos					
12. Previnem doenças sexualmente transmissíveis					
13. Diminuem o prazer					
14. Sinto-me incomodado/a e culpado/a por andar com eles					
15. São fáceis de obter					
16. São inseguros, tenho dúvidas da sua eficácia					
17. Preocupa-me que os encontrem em minha casa					
18. São simples e fáceis de utilizar					
19. Rompem-se com facilidade, são frágeis					
20. A sua colocação é um jogo erótico					
21. Tenho vergonha de os comprar					
22. Se os tenho, dá a sensação que tenho relações com qualquer pessoa					
23. Tem que se saber usá-lo, pô-lo					
24. Previnem a sida					

16. Indicam-se abaixo algumas afirmações relativas a **atitudes face à pilula anticoncepciva**. Diz qual o teu grau de concordância para cada uma delas, assinalando com uma cruz o número correspondente, considerando o esquema de resposta abaixo indicado.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo muito	Nem concordo, nem discordo	Concordo muito	Concordo totalmente

A Pilula:	1	2	3	4	5
1. Previne a gravidez					
2. Há que saber onde a comprar					
3. Embaraçosa, incômoda, complicada de usar					
4. Tranquiliza e dá segurança à relação					
5. Pode estar defeituosa					
6. Não tem contra-indicações					
7. Permite ter relações sexuais com várias pessoas, sem correr riscos					
8. Não é natural, é artificial					
9. É barata					
10. Previne doenças sexualmente transmissíveis					
11. Sinto-me incomodada(o) e culpada(o) por andar com elas					
12. É fácil de obter					
13. É insegura, tenho dúvidas da sua eficácia					
14. Faz engordar					
15. Preocupa-me que a encontrem em minha casa					
16. É simples e fácil de utilizar					
17. Tenho vergonha de a comprar					
18. Se a tenho, dá a sensação que tenho relações com qualquer pessoa					
19. Utiliza-se só no momento da relação sexual					
20. Previne a sida					

Muito obrigado pela colaboração!

Entidades Financiadoras



Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular – autorização do inquérito  
0071200008

## ANEXO II

**Exemplar de pedido de autorização para aplicação do questionário**

Excelentíssima Presidente do Conselho Executivo  
do Agrupamento de Escolas de Seia

Março 2012

**Assunto:** Pedido de Autorização para Realização de Estudo no Âmbito da Sexualidade Adolescente

Uma equipa de investigadores, coordenada pelo Prof. Doutor Carlos Albuquerque, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, está a desenvolver o Projecto de Investigação, PTDC/CPE-CED/103313/2008 – “Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juvenil: Impacto na Educação para a Saúde”, aprovado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, sendo as Universidades de Évora e Trás-os-Montes e Alto Douro membros parceiros. Um dos principais objectivos é conhecer as atitudes e os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade.

Este projecto, envolve a recolha de dados junto de adolescentes a frequentar Escolas Públicas, a nível nacional, utilizando para tal um instrumento de colheita de dados construído para o efeito. Este, foi aprovado pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGDIC), com o número de registo 0071200008, conforme se encontra em anexo.

Em cada escola, seleccionada aleatoriamente, pretendemos recolher dados de adolescentes a frequentar o 9º ano de escolaridade, até perfazer os 1500 alunos (amostra total). O preenchimento do questionário tem uma duração média de 30 minutos. Assim, vimos, por este meio, pedir autorização ao Excelentíssimo Director da Escola para a aplicação do instrumento de colheita de dados, acima mencionado, aos adolescentes a frequentar o 9º ano de escolaridade.

Para que possa tomar conhecimento do instrumento de colheita de dados, enviamos em anexo um exemplar, assim como o pedido de consentimento informado a ser remetido aos Encarregados de Educação/Pais, por forma a obtermos a autorização dos mesmos.

Solicitamos a deferência deste pedido com a urgência possível, para prosseguirmos com a investigação. Mais solicitamos que por forma a se proceder a um adequado esclarecimento dos objetivos, finalidades, desenvolvimento do estudo e definição das datas de aplicação do instrumento de colheita de dados, seria oportuno agendar reuniões prévias com V. Exa.

Esperando poder contar com o seu bom acolhimento, aproveito para lhe endereçar as mais elevadas saudações académicas.

O Investigador Responsável

(Carlos Manuel de Sousa Albuquerque)  
Escola Superior de Saúde/Instituto Politécnico de Viseu

