

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**Cultura, Iniquidade Social e Género:  
Contributos Para um Programa de Educação Sexual**



Sónia Pereira

ORIENTADORA: Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos

*Faculdade de Motricidade Humana*

SEMINÁRIO DIRIGIDO POR: Professora Doutora Isabel Leal

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*

2007/08

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi realizado com a colaboração de diversas pessoas e instituições. Este espaço é dedicado a todos aqueles que directa ou indirectamente permitiram que este estudo fosse possível. Gostaria de enviar também um agradecimento muito especial às seguintes pessoas:

À minha orientadora, Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos, por todo o apoio prestado ao longo dos últimos anos, pela confiança depositada no meu trabalho, pelos incentivos constantes, pela orientação e atenção que dedicou a esta tese.

À professora Doutora Isabel Leal, pela disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e pela liberdade de acção que me permitiu durante a realização deste trabalho.

À equipa do projecto Aventura Social, em especial à Professoras Celeste e Tânia e às colegas Marta e Lúcia, que colaboraram directamente com este trabalho e sempre se mostraram disponíveis para esclarecer dúvidas, enviar sugestões, fazer revisão de materiais e enviar uma palavra de incentivo.

Aos professores Miguel Feio e Rui Arroiteia, do Externato Frei Luís de Sousa e professora Carla Santos e Silva, da Escola Francisco Manuel de Melo, pela forma como acolheram esta investigação e por toda a ajuda prestada na fase da recolha de dados.

Às colegas Teresa, Cláudia e Marta, com quem partilhei esta fase, por me terem acompanhado nesta caminhada com uma enorme paciência e vontade de ajudar.

A todos os alunos que participaram nesta investigação, pela sua preciosa colaboração e por terem prestado um contributo fundamental a este estudo.

Aos meus pais e irmã, pela sua presença constante e incondicional.

Ao Vítor, por tudo.



## Índice

Introdução .....	10
<b>PARTE 1: INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
Promoção da saúde .....	14
Adolescência e comportamentos de risco .....	15
Sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis .....	16
Pobreza, etnicidade e iniquidade .....	20
Educação sexual .....	25
<b>II – MÉTODO .....</b>	<b>29</b>
Participantes .....	30
Instrumentos/Material .....	31
Estudo quantitativo HBSC 2006 .....	31
Estudo qualitativo .....	33
Procedimento .....	33
Estudo quantitativo HBSC 2006 .....	33
Estudo quantitativo HBSC Sexualidade .....	34
Grupos focais .....	34
Fase 1 - Pré-avaliação e preparação da sala .....	34
Fase 2 – Introdução .....	35
Fase 3 – Desenvolvimento da sessão .....	35
Fase 4 – Finalização .....	36
Sessões de educação sexual .....	36
<b>III – RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
Estudo quantitativo HBSC 2006 .....	39
Estudo quantitativo sexualidade .....	41
Estudo qualitativo .....	46

Intervenção – Sessão de educação sexual .....	70
IV – DISCUSSÃO .....	71
V – REFERÊNCIAS .....	81
VI – ANEXOS .....	88
Anexo A: Autorização dos pais	
Anexo B: Guião de entrevista	
Anexo C: Folheto	
Anexo D: Excertos do blog <a href="http://guiasexualidadeafectos.blogspot.com">http://guiasexualidadeafectos.blogspot.com</a>	
Anexo E: Categorização dos grupos focais	
Anexo F: Manual de educação sexual	
Anexo G: Questionário	
<b>PARTE 2: PROGRAMA DE EDUCAÇÃO SEXUAL – ACTIVIDADES</b> .....	<b>89</b>
Sessão 1: Apresentação e dinâmicas quebra-gelo .....	91
Sessão 2: A sexualidade – do nascimento à idade adulta .....	91
Sessão 3: Adolescência e desenvolvimento .....	92
Sessão 4: O nosso corpo .....	93
Sessão 5: O nosso corpo – higiene e menstruação .....	95
Sessão 6: Sexualidade e afectos .....	96
Sessão 7: Trabalhar a auto-estima .....	96
Sessão 8: Trabalhar a assertividade I .....	97
Sessão 9: Trabalhar a assertividade II .....	102
Sessão 10: Contracepção .....	103
Sessão 11: Sexo seguro .....	104
Sessão 12: Construção social da sexualidade I .....	105
Sessão 13: Construção social da sexualidade II.....	106
Sessão 14: Construção social da sexualidade III .....	107
Sessão 15: Construção social da sexualidade IV.....	108

Sessão 16: Crenças e atitudes acerca da homossexualidade .....	111
Sessão 17: Trabalhar a percepção de risco .....	112
Sessão 18: Da violência para a convivência .....	113
Sessão 19: Prevenção da violência sexual .....	117
Sessão 20: Fontes de informação sobre sexualidade .....	118
Sessão 21: Infecções Sexualmente Transmissíveis .....	122
Sessão 22: Jogo sobre o VIH/SIDA .....	123
Sessão 23: A sexualidade na adolescência – educação pelos pares .....	124
Sessão 24: Testa os teus conhecimentos .....	124

#### Lista de Tabelas

Tabela 1: Resultados do estudo quantitativo 2008 (comportamentos sexuais) .	43
Tabela 2: Resultados do estudo quantitativo 2008 (Conversar sobre a utilização do preservativo) .....	43
Tabela 3: Resultados do estudo quantitativo 2008 (Convencer a usar preservativo) .....	44
Tabela 4: Resultados do estudo quantitativo 2008 (Recusar ter relações sexuais sem preservativo) .....	44
Tabela 5: Resultados do estudo quantitativo 2008 (Recusar ter relações sexuais se não quiser) .....	45
Tabela 6: Resultados do estudo quantitativo 2008 (Respostas correctas sobre VIH) .....	45
Tabela 7: Resultados do estudo quantitativo 2008 (Respostas correctas sobre VIH – cont.) .....	46

## Resumo

A gravidez não planeada e as Infecções Sexualmente Transmissíveis continuam a ser problemas com prevalência elevada entre os adolescentes, o que tem graves consequências para a saúde e sérias repercussões sociais e económicas para o adolescente e para a sua família. As investigações sobre a sexualidade na adolescência têm proliferado um pouco por todo o mundo nos últimos anos e muitas têm dado especial atenção às diferenças de género e aos factores culturais e económicos associados aos comportamentos de risco. No entanto, os estudos qualitativos são ainda escassos, especialmente no que diz respeito ao estudo dos factores que devem ser trabalhados em contexto interventivo e tendo em atenção os jovens mais carenciados.

Assim, o presente estudo tem como principais objectivos compreender e caracterizar os factores de risco e os factores protectores associados à sexualidade dos adolescentes, procurando também comparar os adolescentes relativamente à sua cultura, condições económicas e género. É utilizada uma metodologia mista, tendo como base técnicas quantitativas e qualitativas. A análise quantitativa engloba a base de dados do estudo HBSC de 2006 (Currie et al, 2001; Matos et al, 2003) e os resultados obtidos através de questionários passados a mais cinco turmas do 8º ano em 2008. A análise qualitativa consiste na dinamização de grupos focais, que exploram diversos aspectos relacionados com a sexualidade na adolescência. Após a análise de conteúdo ao material obtido através dos grupos focais é desenvolvido um trabalho de intervenção com todos os alunos do 8º ano de duas escolas, tendo como base os resultados obtidos durante da investigação.

Os resultados são analisados e discutidos, tendo sido identificadas algumas características específicas da sexualidade dos adolescentes que vivem em meios mais carenciados, destacando-se a existência de menos informação, menos comunicação com os pais e maior tendência para comportamentos de risco. No final, são referidas as limitações do estudo e apontadas pistas para novas investigações, sendo enfatizada

a importância da realização de mais estudos que incidam nestas populações para que sejam delineados programas de intervenção adaptados.

Palavras-Chave: cultura, iniquidade, gênero, adolescência, prevenção, sexualidade, grupos focais, crenças, informação, factores protectores, factores de risco, gravidez, VIH/SIDA, infecções sexualmente transmissíveis, educação sexual.

### Abstract

Unplanned pregnancy and the contraction of sexually transmitted diseases continue to be prevalent problems among adolescents. These problems often result in adverse health, social, and economic consequences for teenagers and their families. Previous research has explored the impact of culture, socio-economic status and gender in risk-taking sexual behaviours by adolescents. Currently, there are few qualitative studies about sex behaviour in early adolescence and there is little practice-based information concerning interventions designed to reduce risk-taking sexual behaviours, especially in adolescents of specific social environments.

Therefore, the main objectives of this investigation are to understand and characterize risk and protective factors associated to sexuality of adolescents, seeking also a comparison of culture, economic status and gender.

This investigation used a mixed approach, based on quantitative and qualitative data. Quantitative data were used to characterize sex behaviour in early adolescence, using the database of HBSC study (Currie et al, 2001; Matos et al, 2003), and also quantitative analysis of questionnaires of five more classes from 8<sup>th</sup> grade. Various aspects of sexuality in early adolescence were explored by qualitative analysis via focus groups. There was made an intervention to work with all students the 8<sup>th</sup> grade of the two schools, based on the results obtained through research.

The results are analysed and discussed. This study found that young teenagers tend to have less information, communicate less with their parents and have more risk-taking sex behaviours. The limitations of the intervention are reviewed. Implications for future research and practice are also examined.

Keywords: culture, iniquity, gender, dolescence, prevention, sexuality, focus groups, beliefs, information, protective factors, risk factors, pregnancy, HIV / AIDS, sexual transmitted infections, sex education.

## Introdução

A adolescência é uma etapa exploratória, onde se colocam em cena acontecimentos e comportamentos que podem influenciar a saúde dos indivíduos. A sexualidade é uma área de grande importância no desenvolvimento, cuja presença é necessária e positiva. Promove a descoberta de sentimentos intensos e o conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro, mas paralelamente implica a existência de perigos que nem sempre são controladas pelo adolescente. Apesar de existir cada vez mais informação e de proliferarem métodos que garantem uma sexualidade segura, as infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e a gravidez não planeada continuam a ser realidades difíceis de combater. Apesar de estarem presentes em qualquer fase do ciclo de vida, na adolescência todos estes factores adquirem características específicas e requerem uma atenção diferente, dadas as suas repercussões para o futuro.

Mesmo nos países mais desenvolvidos, as populações carenciadas continuam a apresentar mais fragilidades no que diz respeito à vivência de uma sexualidade saudável. As condições económicas afectam em grande medida o bem-estar, a saúde e o desenvolvimento dos jovens que vivem em situação de iniquidade social. A pobreza e o desenraizamento cultural estão habitualmente associados a condutas problemáticas e adopção de comportamentos de risco em diversas áreas, nomeadamente na sexualidade. Por esta razão, são os adolescentes mais carenciados aqueles que mais precisam de uma intervenção urgente, efectiva e eficaz no que diz respeito à promoção da saúde e da sexualidade saudável.

A sexualidade na adolescência é um tema que tem merecido a atenção dos investigadores nos últimos anos um pouco por todo o mundo. No entanto, nem sempre os estudos efectuados valorizam a vertente qualitativa, que permite a obtenção de informações que de outra forma não seriam identificadas. Também se encontram poucos estudos destinados a populações específicas, com o intuito de identificar pistas para a construção de acções interventivas e de trabalho com a comunidade, especificamente adaptadas às necessidades e especificidades da população-alvo.

O objectivo deste trabalho é o de aprofundar a compreensão dos aspectos que influenciam a sexualidade dos adolescentes e determinam as suas decisões, nomeadamente no que diz respeito a crenças, atitudes e comportamentos de risco. Pretende-se também com este estudo enfatizar a importância da educação sexual nas escolas, apurando quais são os

factores que devem ser trabalhados ao nível da intervenção e personalizar os seus conteúdos, para que seja adaptada a populações específicas e de diferentes condições sociais.

Num primeiro momento, o trabalho apresenta uma revisão de literatura sobre os temas de estudo e investigação: saúde, adolescência, iniquidade social, sexualidade e comportamentos de risco.

Num segundo momento, apresentam-se os aspectos metodológicos da investigação. O estudo utiliza uma metodologia mista, com avaliação de resultados quantitativos e qualitativos. A avaliação quantitativa consiste na análise dos resultados obtidos através de questionários preenchidos por cinco turmas de duas escolas. Estes resultados são comparados com os resultados do estudo nacional HBSC de 2006. A avaliação qualitativa consiste na realização de seis grupos focais (três em cada escola).

Num terceiro momento são apresentados e analisados os resultados obtidos de acordo com os objectivos delineados.

Na quarta parte do trabalho é feita uma breve apresentação da intervenção efectuada e, no final, os resultados são analisados e discutidos, são referidas as limitações do estudo e apontadas pistas para novas investigações.

# **PARTE 1: INVESTIGAÇÃO**

## I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## Promoção da Saúde

A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde, como "um estado completo de bem-estar físico, social e mental" (WHO, 1993, p. 5). Construído a partir de um constructo multifactorial, o conceito de Saúde não se limita apenas à ausência de doença, alargando-se a todos os outros aspectos que a saúde representa: estilos de vida, condições sociais, económicas, ambientais e, de forma mais vasta, a qualidade de vida.

Mais do que em qualquer outro período da História, o século XX assistiu a grandes evoluções na área da Saúde (Koelen, Vaandrager, & Colomé, 2001). Os progressos na medicina, associados ao crescimento económico e melhoria das condições de vida das populações, foram responsáveis por uma melhoria na esperança média de vida e diminuição da mortalidade (Eaton, Cordain, & Lindeberg, 2002). A Promoção da Saúde também tem contribuído para melhorias neste sector e refere-se a um vasto número de tarefas dirigidas à população, delineadas com o objectivo de promover o desenvolvimento saudável de todos os indivíduos. Estas tarefas baseiam-se na promoção de comportamentos de saúde, estilos de vida saudáveis e modificações no meio envolvente, que permitem o desenvolvimento de melhores indicadores de saúde nas populações (Matos *et al*, 2006).

Os programas de promoção da saúde destinam-se a todas as faixas etárias, existindo uma tendência crescente de escolher os adolescentes como alvo preferencial. Esta escolha prende-se com o facto de se tratar de uma faixa etária moldável e receptiva (Rodrigo, Maiquez, Garcia, Mendonza, Rubio, Martinez, & Martin, 2004). Investir na saúde do jovem é investir no futuro, o que garante às populações ganhos na qualidade da sua saúde e benefícios financeiros e sociais. A promoção da saúde do jovem também tem implicações positivas para o resto da população, uma vez que a doença no jovem produz efeitos nos seus pais e na sua família alargada. A intervenção na adolescência tem características muito particulares e constitui um enorme desafio, pois tal como os outros períodos do desenvolvimento, este também tem formas diferentes de abordagem e de intervenção (WHO, 2005).

## Adolescência e Comportamentos de Risco

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, que se caracteriza por rápidas mudanças físicas, psicológicas, emocionais, sexuais, cognitivas e comportamentais (Assis, Avanci, Silva, Malaquias, Santos, & Oliveira, 2003; DiClemente et al, 2001; Malik, Oandasan, & Yang, 2002; Michael & Ben-Zur, 2007). É um período pleno de comportamentos, sentimentos e experiências intensas, que nem sempre surgem de forma tranquila. A exposição a certos factores poderá constituir uma ameaça ao bem-estar e saúde do jovem, cujos efeitos poderão ser irreversíveis.

A adolescência é uma etapa exploratória e decisiva na adopção de estilos de vida, que persistirão em muitos casos para o resto da vida. Na adolescência consolidam-se hábitos adquiridos na infância e incorporam-se novos hábitos influenciados pelo ambiente. O adolescente movimenta-se em meios distintos, oscilando entre os pares e a família enquanto analisa os comportamentos e estilos de vida de cada um, sejam eles saudáveis ou de risco. O estilo de vida saudável é um conjunto de padrões comportamentais ou hábitos que mantêm uma estreita relação com a Saúde. Em oposição, o estilo de vida de risco é um conjunto de padrões comportamentais que constituem uma ameaça ao desenvolvimento do indivíduo e para o seu bem-estar físico e psíquico do indivíduo (Prinstein, Boergers, & Spirito, 2001; Rodrigo et al, 2004; Schenker, & Minayo, 2005; WHO, 1986). O estilo de vida de risco pode traduzir-se em diversos factores, tais como hábitos alimentares perturbados ou incorrectos, sedentarismo, utilização de álcool, tabaco e drogas, acidentes rodoviários, idade precoce de início das relações sexuais, gravidez indesejada ou IST's (Bennett, & Bauman, 2000; Bridge, Goldstein, & Brent, 2006; Decker, Silverman, & Raj, 2005; DiClemente et al, 2001; Michael & Ben-Zur, 2007; Pine, Cohen, Cohen, & Brook, 1999; Rodrigo et al, 2004; Wu & Ringwalt, 2006).

Na adolescência existem muitas situações que propiciam a adopção de comportamentos de risco, sendo bastante complexo o processo de tomada de decisão. Por exemplo, existem barreiras à utilização do preservativo, que são pautadas por crenças (tira o prazer, atrapalha a relação sexual, é difícil de utilizar). Estas crenças, associadas à ausência de competências de negociação para recusar ter relações sexuais se não houver nenhum preservativo disponível aumenta a probabilidade da adopção do comportamento de risco (Kaneko, 2007). Por vezes, muitos comportamentos de risco aparecem associados entre si, originando efeitos ainda mais

graves. Outro exemplo prende-se com o consumo de álcool, que está associado à adopção de comportamentos sexuais de risco, como a não utilização do preservativo na primeira relação sexual (Leigh, 2002).

O impacto negativo dos comportamentos de risco e o perigo que implicam para o adolescente justifica a criação de inúmeras estratégias de promoção da saúde nesta faixa etária (Malik, Oandasan, & Yang, 2002). Constatou-se que os comportamentos de risco têm diminuído entre os adolescentes portugueses, nomeadamente no que diz respeito à utilização do preservativo. São os jovens do sexo feminino, os adolescentes mais velhos, aqueles que têm facilidade em comunicar com o pai, os que não bebem bebidas alcoólicas e os que não se envolvem em lutas quem opta por ter comportamentos sexuais mais seguros (Dias, Matos, & Gonçalves, 2005; Matos et al, 2003). Mesmo assim, Portugal continua a ser um dos países da Europa com piores resultados e é fundamental que se reünam esforços para reverter esta situação. Relativamente aos comportamentos de risco, é importante que os profissionais de saúde, pais e educadores sejam menos tolerantes e apostem na comunicação com o adolescente sem optar por atitudes repressivas, punitivas ou contraditórias que, muitas vezes, acabam por ter o efeito oposto do pretendido (Deering, 1993; Taquette et al., 2005; Weiss, 2007). Além dos pais e educadores, os irmãos mais velhos (Kowal, & Blinn-Pike, 2004) e os pares (Short, 1998) também desempenham um papel importante nas escolhas do adolescente, nomeadamente ao nível do comportamento sexual.

### Sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis

A sexualidade acompanha-nos desde a infância e sofre modificações ao longo de toda a nossa vida. Durante a adolescência a sexualidade modifica-se, apresentando características que são únicas e diferentes de todas as outras fases do desenvolvimento. Na adolescência surge o primeiro amor, intensifica-se o conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro e multiplicam-se novas experiências vividas com extrema intensidade. A relação de confiança e intimidade com outra pessoa são descobertas próprias desta faixa etária e contribuem para o desenvolvimento emocional. Existem também factores negativos que não devem ser esquecidos, pela ameaça que podem acarretar para a saúde física e psicológica do jovem.

A sociedade assistiu a mudanças profundas na sexualidade. Há várias décadas atrás, a gravidez não desejada era a consequência mais grave associada a comportamentos sexuais de risco. Após um período de afirmação da mulher, descoberta de novos anticoncepcionais e liberalização do comportamento sexual, a propagação das IST's exigiu novas reflexões acerca da sexualidade. A gravidez não desejada permanece um problema difícil de resolver, mas o aparecimento do VIH/SIDA e a proliferação das IST's são fenómenos que se têm dispersado e aumentado um pouco por todo o mundo, incluindo Portugal.

Os adolescentes da actualidade enfrentam mais desafios do que em qualquer outro momento da história. Nos países mais desenvolvidos, os jovens estão a antecipar cada vez mais a idade da primeira relação sexual. Em Portugal, verifica-se que a idade da primeira relação sexual tem sido antecipada ao longo dos anos, tal como mostra o estudo Global Sex Survey. No grupo dos jovens com idades entre os 25 e os 34 anos, a primeira relação sexual surgiu em média aos 17.9 anos. No grupo de jovens com idades entre os 16 e os 20 anos, a primeira relação sexual surgiu, em média, aos 16.3 anos (Durex, 2005). A antecipação das primeiras experiências sexuais, associada à idade cada vez mais tardia do primeiro relacionamento longo e estável alargou o período de relações sexuais instáveis. Este fenómeno aumentou a vulnerabilidade dos adolescentes a IST's (Charlotte, Fitzjohn, Herbison, & Dickson, 2000).

O interesse crescente dos investigadores sobre a sexualidade dos adolescentes prende-se não só com a gravidez na adolescência, mas também com as IST, que são cada vez mais diversificadas, ameaçam não só a fertilidade como também a própria vida. As IST's podem ser bacterianas (gonorreia ou clamídia) ou virais (herpes genital ou VIH/SIDA). Os adolescentes são dos alvos preferenciais das IST, dada a sua vulnerabilidade biológica, psíquica e social. Do ponto de vista biológico destaca-se a fragilidade do epitélio do colo do útero, que o torna mais permeável a infecções, comparado com um útero mais maduro. A vulnerabilidade psíquica traduz-se na procura da identidade sexual própria desta faixa etária, na multiplicidade de parceiros, ideia de imortalidade e baixa noção dos riscos. As consequências das IST's podem surgir a curto prazo, exigindo tratamentos rápidos e modificações no comportamento sexual do casal, mas também a longo prazo, provocando lesões irreversíveis que podem causar infertilidade ou uma gravidez problemática do ponto

de vista da saúde da mãe e do bebé (WHO, 2000). Portugal tem dos piores índices da Europa no que diz respeito às IST's (Caetano, 2006).

O vírus da imunodeficiência adquirida/síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA) é uma das mais graves IST's. A situação em Portugal tem vindo a agravar-se nos últimos anos, encontrando-se notificados um total de 18995 casos. Apesar de ser relativamente recente, tornou-se rapidamente uma das maiores ameaças à Saúde, estabilidade económica e desenvolvimento humano em muitos países do mundo. Apesar de terem sido realizadas várias campanhas de prevenção, o número de novos casos continua a aumentar em todo o mundo. Desde 2002 tem havido um acréscimo dos números relativos à infecção por via heterossexual, especialmente nos países africanos (WHO, 2005). Embora a África do Sul seja a região mais afectada do mundo, Portugal ocupa o lugar cimeiro na Europa, com muitos jovens infectados (Frade, 2006b).

Quando foram detectados os primeiros casos, o desconhecimento acerca da doença era enorme e, desde então, temos vindo a assistir a profundas alterações. Houve um aumento significativo do grau de conhecimento científico acerca do vírus, dos efeitos que provoca no organismo, da sua epidemiologia e dos seus principais determinantes sociais (Ayres, 2002). A introdução da terapia anti-retroviral tem permitido um decréscimo do número de mortes e uma maior esperança de vida nos doentes desde os anos 90 (Mocroft et al., 2002). Contudo, assistimos a um “paradoxo epidemiológico”, ou seja, à medida que se avança no desenvolvimento de um tratamento cada vez mais eficaz, aumentamos o número de indivíduos infectados. O aumento da esperança média de vida dos doentes, e a concepção de que a SIDA deixou de ser uma doença mortal para se tornar uma doença crónica, traduz-se num maior número de indivíduos infectados com vida sexual activa. A incapacidade que a doença implicava após o aparecimento dos primeiros casos exigia que os doentes ficassem longe da população em geral, o que não acontece hoje em dia. Isto significa que actualmente se multiplicaram as hipóteses de contacto entre indivíduos portadores do vírus e indivíduos saudáveis (Ayres, 2002).

Apesar de se realizarem esforços continuamente para a descoberta de uma vacina eficaz, ainda não existe forma de curar esta doença. A melhor forma de a combater passa pela prevenção e mudança de comportamentos (Dias, Matos, & Gonçalves, 2002; Matos et al, 2003). Por esta razão, é fundamental que se investiguem os factores psicossociais e

ecológicos que constituem factores de risco e factores protectores no comportamento sexual dos adolescentes.

A informação é considerada um factor importante, pois está habitualmente associada à adopção de comportamentos protectores. Embora há algumas décadas atrás fosse difícil encontrar informação sobre sexualidade, actualmente é fácil obter conhecimentos sobre esta temática. Mas para que esta informação se traduza em comportamentos protectores, é fundamental que a informação transmitida esteja correcta. Num estudo efectuado por Matos e colaboradores (2006) verificou-se que as fontes preferenciais dos jovens são os programas de televisão, os folhetos e a Internet, em primeiro, segundo e terceiro lugar, respectivamente. Apesar de ser indiscutível a sua importância crescente como fonte preferencial de informação, a Internet nem sempre é uma fonte credível, contendo uma multiplicidade de sites com informação incorrecta (Borzekowski, & Rickert, 2001; Hansen, Holly, Resnick, & Richardson, 2003). Relativamente à televisão, alguns estudos sugerem que os jovens que se baseiam essencialmente nas informações transmitidas por este meio têm mais probabilidade de antecipar o início da sua vida sexual, em comparação com os jovens que optam por escolher os pais como fontes preferenciais (Bleakley, Hennessy, Fishbein, & Jordan, 2008).

Por outro lado, mesmo que a informação obtida pelos jovens esteja correcta, a relação entre informação e comportamento nem sempre é linear (Camargo & Botelho, 2007; Martins, Nunes, Muñoz-Silva; Sanchez-Garcia, 2008). O comportamento sexual é influenciado por diversas situações, crenças, atitudes e comportamentos. Kirby (2001a) identificou mais de cem razões que levam um adolescente a adoptar comportamentos de risco face à sexualidade, tais como (a) factores económicos, (b) características da comunidade, (c) estrutura familiar, (d) influência dos pares, (e) características biológicas, (f) relação com a escola, (g) perturbações emocionais, (h) crenças e atitudes sobre sexualidade, entre outros. Estes factores devem ser trabalhados no âmbito da promoção da saúde sexual e reprodutiva. Tamayo, Lima, Marques, & Martins (2001) referem que mesmo que um determinado indivíduo tenha um grau avançado de informação sobre as vantagens da utilização do preservativo isso não garante que, numa relação sexual, esse indivíduo o irá utilizar. Jones e Haynes (2006) referem que os adolescentes ingleses possuem elevados níveis de conhecimento acerca dos riscos de uma sexualidade sem protecção, mas os seus comportamentos não são congruentes com os seus níveis de conhecimento. Existem outros factores, para além da informação, que podem afectar as decisões relativas ao

comportamento sexual dos adolescentes. A sexualidade humana não pode ser encarada como um simples acto de expressão biológica. O comportamento sexual depende fortemente do contexto social, da cultura, da forma como somos educados e das crenças. Estes factores podem gerar comportamentos de risco, que constituem ameaças reais à saúde do adolescente (Muluka, & Slonim-Nevo, 2007; Parker & Camargo, 2000; Pontes et al, 2004).

Muitos dos comportamentos relacionados com a promoção da própria saúde são aprendidos no contexto familiar durante os primeiros anos de vida, onde os pais e os familiares mais próximos funcionam como modelos (WHO, 2000). Mas o surgimento da adolescência implica paralelamente um certo afastamento da segurança do meio familiar, associado a uma progressiva aproximação do grupo de pares. A busca da identidade, a procura de autonomia e a necessidade de pertencer ao grupo leva por vezes o adolescente a adoptar comportamentos de risco e a deixar que as decisões dos seus pares determinem as suas escolhas (Albino, Vitale, Schussel, Batista, 2005; Borges, Latorre, & Schor, 2007; Martins, Nunes, Muñoz-Silva; & Sanchez-Garcia, 2008). A pressão dos pares pode mesmo levar o jovem a tomar decisões que não são do seu interesse, em especial nos adolescentes do sexo masculino, que chegam a aceitar relações que não lhes trazem satisfação, mas que se sentem obrigados a manter para que não se coloque em causa a sua masculinidade (Ariha e Calazans, 1998, cit. por Vieira, 2008).

A relação entre o adolescente e o seu grupo de pares é marcada pela intensidade. Esta intensidade pode ser perigosa ou protectora, exigindo que sejam delineados programas de promoção da saúde que tenham em conta as especificidades desta faixa etária, evitando ser demasiado simplistas. Actualmente o adolescente passa a maior parte do seu tempo na escola, sendo este um ambiente privilegiado para a realização de aprendizagens que promovam a saúde. Uma escola promotora de saúde deve ser considerada como fonte de desenvolvimento de atitudes e comportamentos orientados para a promoção da saúde e bem-estar (WHO, 2000).

#### Pobreza, etnicidade e iniquidade

Os factores socio-culturais podem influenciar a sexualidade e o planeamento familiar dos indivíduos (Kirby, 2001; Singh, Darroch, & Frost, 2001). A gravidez não desejada afecta maioritariamente as classes mais desfavorecidas, o mesmo acontece em relação ao início

precoce da vida sexual (Singh, Darroch, & Frost, 2001). Esta é uma das razões que justifica a importância do investimento em programas de educação sexual que se destinem especialmente a estas populações.

A pobreza e a iniquidade socio-cultural afectam a saúde do adolescente e existe uma relação próxima entre saúde, comportamento de risco, bem-estar e condições económicas (Matos et al, in press). A nível mundial uma em cada trinta e cinco pessoas foi ou é migrante (Santos, Goracci, & Gonçalves, 2006). Tal como acontece actualmente em diversas regiões do Mundo, a Europa tem assistido ao fenómeno da globalização e à mobilidade de pessoas dentro e para além desta região. A migração é uma importante característica da Europa, onde chegam diversas pessoas em busca de melhores condições de vida (IOM, 2004; Mayo, 2005). Actualmente verifica-se que as cidades são verdadeiras sociedades multi-étnicas, com pessoas de diversas origens, hábitos, religiões e culturas a residir no mesmo espaço geográfico. No entanto, o trabalho precário e o desemprego levam muitas vezes a que estas famílias mantenham as suas dificuldades económicas e vivam em condições de pobreza (Mayo, 2005).

A entrada de Portugal na União Europeia em 1986 transformou o nosso país num destino de imigração atractivo. A imigração latino-americana é um fenómeno relativamente recente. Existe actualmente uma notável presença de pessoas oriundas do Brasil, que se tem intensificado desde a década de 80. Apesar de ter atravessado o Atlântico em busca de melhores condições de vida e de trabalho, no final da década de 90 a comunidade Brasileira em Portugal era caracterizada pela pobreza, pelos baixos níveis de escolaridade e pelas condições de trabalho precárias (IOM, 2004). África e Brasil têm em comum a ligação entre o sub-desenvolvimento económico e a vulnerabilidade ao VIH/SIDA (Parker & Camargo, 2000). No que diz respeito à relação com Portugal, têm também em comum o facto de pertencerem às maiores comunidades migrantes que chegaram ao nosso país em busca de um melhores condições de vida.

O VIH/SIDA, a gravidez e as IST's afectam frequentemente jovens pertencentes estes grupos populacionais socialmente e economicamente desfavorecidos, nomeadamente indivíduos pertencentes a minorias étnicas (Aronowitz, 2005; Aronowitz, Todd, Agbeshie, & Rennells, 2007; Nagel, 2000; Ogungbade, & James, 2005; Parker, 1997; Parker, 2001; Parker & Camargo, 2000; Rumbaut, 2005; Sikkema et al, 2005). Estes jovens estão sujeitos a

diversas pressões (como por exemplo aculturação, discriminação ou racismo) e podem apresentar uma tendência para a prevalência de condutas problemáticas, como início precoce da vida sexual (Carvajal, 1999; Larkins, 2007; Matos et al, 2006; O'Donnell, Dash, JeanBaptiste, Stueve, & Wilson, 2002), menor utilização de contraceptivos (Brückner, Martin, & Bearman, 2004; Matos et al, 2006), menor utilização do preservativo (Larkins, 2007; Ogunbade, & James, 2005), consumo de substâncias (Matos et al, 2006; Parker & Camargo, 2000; Pontes et al, 2004), relações sexuais associadas à violência e relações sexuais casuais (Parker & Camargo, 2000; Pontes et al, 2004), relações sexuais associadas ao consumo de substâncias (Larkins, 2007; Rashad & Kaestner, 2004).

Blum et al (2000) consideram que estes resultados podem dever-se à etnicidade, mas existe também um peso importante de outros factores, nomeadamente a pobreza e o padrão de comportamento familiar. Estes autores consideram que a etnicidade não é o único preditor de uma sexualidade pouco segura, existindo a necessidade de desenvolver perspectivas mais abrangentes que englobem também conceitos como a pobreza ou a iniquidade. Estes autores sugerem o desenvolvimento de estudos qualitativos que explorem os factores que determinam o comportamento sexual destes adolescentes, uma vez que os resultados obtidos através de estudos quantitativos apresentam grandes variações individuais e resultados bastante heterogéneos.

Nestas populações existem diferenças de género, que mostram como a forma implícita como a educação influencia as crenças dos adolescentes. Num estudo sobre adolescentes carenciados de Bogotá verificou-se que as raparigas recebem da família (maioritariamente das mães) mensagens negativas acerca da sexualidade e dos rapazes. Fala-se em “ter cuidado”, referindo-se essencialmente à importância de manter a virgindade antes do casamento e de evitar a gravidez indesejada, sem abordar com clareza quais as formas de manter uma sexualidade segura (Pacheco-Sánchez, 2007). As raparigas carenciadas nos EUA também vêem a sexualidade como algo negativo, associado à vergonha e à culpa (Pacheco-Sánchez, 2007). Na África do Sul, as raparigas reconhecem a importância da contraceção, mas sentem que são elas as únicas responsáveis pelo comportamento sexual seguro e controlo da natalidade, uma vez que em caso de gravidez serão apenas elas que têm a responsabilidade de educar a criança (Ndinda, Chiweni, Uzodike, & Okeke, 2007).

Com os rapazes de Bogotá são mais frequentemente abordados temas como as IST's e a importância de evitar relações sexuais com mulheres promíscuas. Neste caso as mensagens já não rejeitam as relações sexuais antes do casamento (Pacheco-Sánchez, 2007). Num estudo efectuado nos EUA, verificou-se que os estudantes de origem africana consideravam aceitável (para os homens) ter várias parceiras sexuais e que devem ser os homens a decidir se querem usar preservativo ou não (Ferguson, Sandelowski, Quinn, & Crouse, 2006). Os jovens migrantes residentes em Portugal têm maior tendência para considerar que é o rapaz quem toma a iniciativa em ter relações sexuais, passando para ele a responsabilidade implícita de se preocupar com a prevenção (Matos et al, 2006). Apesar de apontarem para a existência de diferenças de género, são ainda muito escassas as investigações destinadas à comparação de género em comunidades migrantes e carenciadas, especialmente no que diz respeito à avaliação de crenças relativas à sexualidade (Cuffee, Hallfors, & Waller, 2007).

Alguns investigadores exploraram as crenças que os indivíduos migrantes e de baixo estatuto socio-económico têm acerca do VIH/SIDA. Uma das crenças mais comuns está relacionada com o aspecto físico da pessoa infectada. Para muitas pessoas um indivíduo infectado tem manchas na pele, uma cor pálida e um aspecto cansado. Esta pista determina a utilização do preservativo numa relação sexual (Connell, McKeivitt, & Low, 2004; Merchán-Hamann, 1995; Moore, 2006). Outras pessoas consideram que a transmissão pelo VIH ou outras ISTs tem um tempo limitado, ou seja, algum tempo depois do contágio a doença deixa de ser transmissível (Merchán-Hamann, 1995; Moore, 2006). A crença de que os problemas relacionados com a sexualidade “só acontecem aos outros” também é muito comum (Merchán-Hamann, 1995).

O preservativo tem habitualmente uma conotação negativa, pois aparece associado ao adultério e à promiscuidade. Ter uma relação estável e confiar no parceiro/a é muitas vezes incompatível com a utilização do preservativo, pois sugerir a sua utilização pode significar falta de confiança no parceiro/a. O amor e a confiança no parceiro/a são encarados por muitos adolescentes como factores que pode proteger da infecção (Aarons & Jenkins, 2002; Juarez, & Martin, 2006; Manuel, 2005; Merchán-Hamann, 1995; Moore, 2006; Ogungbade, & James, 2005; Parker & Camargo, 2000). Outros factores impeditivos para a utilização do preservativo são a dificuldade em prever a relação sexual, situação muito comum entre os adolescentes (Merchán-Hamann, 1995; Ogungbade, & James, 2005), o preço dos preservativos, considerado bastante elevado por jovens carenciados (Ekere, Ogungbade,

Gbadebo, Osemene, Meshack, & Peters, 2005; Ogungbade, & James, 2005), as relações sexuais associadas ao consumo de substâncias (Ekere, Ogungbade, Gbadebo, Osemene, Meshack, & Peters, 2005) e a utilização de outros métodos contraceptivos, como a pílula (Juarez, & Martin, 2006).

No que diz respeito à prevenção da gravidez, os contraceptivos orais nem sempre são aceites pelas adolescentes, especialmente se estiverem inseridas em famílias carenciadas ou desenraizadas em termos culturais. A falta de informação sobre os efeitos secundários e a ausência de locais onde possam esclarecer as suas dúvidas fazem prevalecer crenças e são os principais factores que determinam a não aderência a estes fármacos (Clark, Barnes-Harper, Ginsburg, Holmes, & Schwarz, 2006). A aceitação da gravidez em idades muito precoces como um “mal necessário” ou como sinónimo de feminilidade é própria da cultura Africana. Em África muitas jovens são mães sem o terem planeado e engravidam sem terem qualquer conhecimento acerca da maternidade, cuidados com a sua própria saúde ou com a saúde da criança. Estas jovens não têm noção dos perigos que estão associados a uma maternidade demasiado precoce, não têm conhecimentos correctos acerca de uma sexualidade segura e optam por seguir tradições e superstições, pensando que dessa forma podem garantir a sua saúde (Mushi, Mpembeni, & Rose, 2007).

Outro aspecto que influencia fortemente os comportamentos sexuais dos adolescentes migrantes é a pressão dos pares (Aarons & Jenkins, 2002). A pressão dos pares determina muitas vezes decisões relativas ao início da vida sexual e à utilização de preservativos (Camargo & Botelho, 2007; Stanton et al, 2002; Whitaker & Milleer, 2000).

Entre os adolescentes mais carenciados existem alguns factores protectores que estão correlacionados com maior adopção de comportamentos sexuais saudáveis, nomeadamente a detenção de informação correcta acerca de VIH e prevenção de IST (Juarez, & Martin, 2006). Outro factor protector é a comunicação com os pais, onde é permitida a discussão aberta de temas relacionados com a sexualidade (Aronowitz, 2005; Stanton et al, 2002; Whitaker & Milleer, 2000). No entanto, nem todos os pais se mostram à vontade para abordar temáticas relacionadas com a sexualidade, por considerarem que não dispõem de informações totalmente correctas que possam transmitir aos filhos. Os progenitores com menor nível socio-económico e menor nível de escolaridade apresentam mais dificuldade em falar sobre sexualidade, por não terem conhecimentos suficientes sobre prevenção do

VIH/SIDA e IST's (Lefkowitz, Boone, Kit-fong, & Sigman, 2003). A informação transmitida pelos pais exige um complemento facultado pela escola, pelo centro de saúde e pela comunidade. A aprendizagem sobre a escolha de uma sexualidade saudável e sem comportamentos de risco requer uma intervenção efectiva e precoce (Cláudio, & Sousa, 2003). Para que se obtenham bons resultados são necessários investimentos sociais estruturais, especialmente no que diz respeito ao acesso universal à Educação e à Saúde (Taquette *et al.*, 2005).

### Educação Sexual

A educação sexual cria condições para que os adolescentes tomem decisões mais adequadas acerca da sua sexualidade. Alguns autores defendem que a educação sexual deve começar na infância, antes de ocorrerem as primeiras relações sexuais (Short, 1998). A educação sexual permite adiar a primeira relação sexual e é o melhor investimento que pode ser efectuado para promover a saúde sexual e reprodutiva das populações (Short, 1998). A disponibilização de preservativos em locais frequentados por adolescentes contribui para a prevenção da gravidez, das IST's e do VIH, sem incitar os jovens a iniciarem a sua vida sexual, a aumentar a frequência de relações sexuais ou a promover promiscuidade (Blake, Ledsky, Goodenow, Sawyer, Lohrmann, & Windsor, 2003; Sellers, McGraw, & McKinlay, 1994). O facto de terem actualmente muita facilidade em obter informação não garante que as escolhas dos adolescentes sejam as mais adequadas (Camargo & Botelho, 2007). A educação sexual poderá fornecer uma ajuda na triagem desta informação, contribuindo para que esta seja utilizada da melhor forma (Piscalho, Serafim, & Leal, 2000) e ajudando o jovem a desenvolver estratégias de negociação com o parceiro para garantir a continuidade da adopção de comportamentos sexuais seguros.

O processo de implementação da educação sexual nas escolas portuguesas tem assistido a diversos avanços e recuos. Em 1978, 1981 e 1984 a questão da legalização do aborto dividiu a população portuguesa. Apesar de não ter sido aceite nessa altura, esta questão justificou a primeira legislação sobre educação sexual nas escolas. No entanto, em 1985 a preocupação com a educação sexual voltou a sofrer uma estagnação (Reis, & Vilar, 2004). Na sociedade portuguesa detectaram-se muitos problemas e necessidades não resolvidas relativamente aos direitos sexuais e reprodutivos da população, tornando obrigatória a educação para a sexualidade em 1997. Entre 1995 e 1998, o Programa de Promoção e

Educação para a Saúde e a Associação para o Planeamento da Família criaram o Projecto “Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas — Um Projecto Experimental”. Actualmente pretende-se uma generalização gradual desta experiência às escolas portuguesas no sentido da integração regular de projectos e actividades de Educação Sexual nos vários níveis de ensino (Marques *et al*, 1999). Recentemente foi criado um Grupo de Trabalho para a Educação Sexual em Meio Escolar, que determinou que a educação sexual será abordada no âmbito de um programa de promoção da saúde, integrando transversalmente as várias disciplinas. Apesar de ser notória a preocupação crescente com a educação sexual, existe ainda um longo caminho a percorrer no que diz respeito à criação de programas eficazes.

A educação sexual deve incidir na promoção da utilização constante do preservativo, com intensificação de campanhas de sensibilização. Devem ser dadas aos jovens orientações sobre o início da vida sexual, mostrar a importância da fidelidade mútua, da redução do número de parceiros e do controlo de práticas sexuais de risco (Taquette *et al.*, 2005). Estas não se limitam à penetração vaginal, existindo uma multiplicidade de práticas que exigem protecção contra as IST's: o sexo oral e o sexo anal são alguns dos comportamentos que têm sido alvo de investigações. Estas práticas são cada vez mais comuns entre os adolescentes para evitar os riscos de uma gravidez indesejada. No entanto, surgem quase sempre sem qualquer protecção, constituindo um risco importante de IST's (Halpern-Felsher, Cornell, Kropp, & Tschann, 2005; Prinstein, Meade, & Cohen, 2003).

No que diz respeito à idade ideal para o início da educação sexual, alguns autores consideram que esta se deve iniciar antes que o adolescente inicie a sua vida sexual. Uma das falhas de muitos programas de educação sexual reside no facto de decorrerem muito depois do início das primeiras relações sexuais (Marsiglio, & Mott, 1986). Quando questionados sobre a melhor altura para iniciar programas de educação sexual, os próprios adolescentes referem preferir os primeiros anos de escolaridade. Na opinião dos jovens, a educação sexual deve começar por promover a abstinência, atrasando o início da vida sexual e, numa segunda fase, deve facultar informação sobre contracepção. A educação sexual não deve cingir-se às informações sobre os aspectos físicos do acto sexual, sendo essencial para estes jovens a abordagem de outros factores, como os sentimentos e os afectos (Aquilino, & Bragadottir, 2000).

Os programas de educação sexual podem recorrer a jovens, cujo papel de pares traz vantagens na passagem da informação durante as sessões. Num estudo realizado no Reino Unido, com jovens entre os 13 e os 14 anos, verificou-se que esta estratégia pode ser uma boa opção, especialmente quando se está a trabalhar normas e atitudes relacionadas com o comportamento sexual (Mellanby, Newcombe, Rees, & Tripp, 2001). As sessões devem ser dinamizadas por indivíduos jovens, que exerçam o papel de pares (e.g. estudantes de medicina ou enfermagem) (Short, 1998). Os programas de educação sexual implementados por pares têm tido resultados positivos na modificação de variáveis psicológicas relacionadas com a prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente no que diz respeito à utilização do preservativo. Verificou-se ainda que estes programas são benéficos não só para os jovens que recebem a intervenção, mas também para os jovens mais velhos, que dinamizam as sessões. Na formação de pares deve ser dada relevância a factores como a organização das sessões e a qualidade da informação divulgada, que deve ser submetida a uma supervisão cuidada de professores e técnicos de saúde (Caron, Godin, Otis, & Lambert, 2004). A intervenção realizada por adultos também tem as suas vantagens, especialmente na transmissão de informação teórica e na dinamização de actividades em sala de aula (Mellanby, Newcombe, Rees, & Tripp, 2001). Considera-se que o ensino destas estratégias por parte de professores ou técnicos de saúde exige que os mesmos sejam submetidos a uma formação especializada.

A intervenção na saúde sexual e reprodutiva desta população é considerada prioritária no Plano de Prevenção 2007-2010 do Ministério da Saúde, “pretendendo-se assegurar o desenvolvimento e execução de programas de prevenção que promovam a adopção de comportamentos preventivos, utilizando metodologias cientificamente reconhecidas” (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2007, p. 39). Diante do panorama que temos actualmente em Portugal, é fundamental que exista uma intervenção da escola ao nível da Educação sexual (Reis & Vilar, 2004).

A criação de um programa de educação sexual que tenha em conta a multiculturalidade e a diversidade socio-económica permanece ainda hoje um desafio. É essencial que sejam realizadas intervenções comunitárias que incluam a participação da família, dos pares, da escola e da comunidade, criando programas que promovam competências pessoais e sociais (Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares, 2006; Matos et al, 2005).

Os programas de prevenção ligados à sexualidade nem sempre têm resultados positivos nas comunidades migrantes e em situação de iniquidade, não conseguindo obter o impacto esperado, principalmente quando utilizam apenas o modelo biomédico. A utilização de uma perspectiva mais abrangente, onde a intervenção coloca a tónica na comunidade, nas crenças e nos factores sociais poderá originar programas mais eficazes. A análise dos factores que influenciam as crenças, atitudes e comportamentos destes indivíduos é de extrema importância na construção de programas de prevenção adaptados a estas populações, pois todos estes factores podem influenciar fortemente a adopção de comportamentos protectores ou comportamentos de risco (Ashcraft, 2006; Campbel & Mzaidume, 2002; Mullan et al, 2002; Parker et al, 2001; Tortolero et al, 2005). Apesar de alguns estudos mostrarem que os programas com grupos homogéneos ao nível étnico, económico e social têm melhores resultados, são necessárias mais investigações que permitam identificar os factores que contribuem para estes resultados (Mullan et al, 2002). Também é importante salientar que dentro de cada grupo de indivíduos também existem diferenças individuais, sendo fundamental que o programa de prevenção não se limite a ter como base constructos demasiado estanques e pré-concebidos, optando preferencialmente por uma avaliação mais abrangente do indivíduo tendo em conta a comunidade onde está inserido, a sua família, a sua escola, os seus pares e as suas características individuais (Blum, 2000).

O presente estudo tem como principais objectivos saber quais são as características específicas da sexualidade do adolescente, quanto à sua cultura, estatuto socio-económico e género, de modo a determinar quais são os factores de risco e os factores protectores do comportamento sexual. Pretendeu-se estudar adolescentes que frequentem uma escola pública situada numa zona carenciada da Grande Lisboa através de uma metodologia mista, com recurso a dados quantitativos (questionário), complementados com grupos focais. A título comparativo, foi utilizada outra amostra recolhida numa escola privada, cujos sujeitos são pertencentes à classe socio-económica média-alta. Ao abordar temáticas relacionadas com a sexualidade pretende-se ainda consciencializar os adolescentes para a importância da prevenção e ajudá-los a reflectir sobre os seus comportamentos, funcionando o grupo focal como um ponto de partida para a organização posterior de uma sessão de promoção da saúde e educação para a sexualidade e afectos, dinamizada em contexto de sala de aula.

## II – MÉTODO

## Método

Foi utilizada uma metodologia mista, com recolha e análise de dados quantitativos e qualitativos. O estudo teve três momentos distintos: numa primeira fase foram analisados os dados do estudo nacional quantitativo HBSC 2006 Sexualidade (Matos et al, 2006). Tendo como base os resultados apurados, procedeu-se à criação de uma metodologia que complementasse este estudo. Procedeu-se então, numa segunda fase, à realização de grupos focais com jovens. Estes jovens frequentam o 8º ano num externato (classe média, média-alta) e de uma escola pública, que está inserida numa zona problemática e onde estudam jovens migrantes e/ou carenciados. Procedeu-se também à aplicação de um questionário sobre sexualidade a todos os alunos das turmas do 8º ano de ambas as escolas, para se determinar se as turmas de onde provinham os alunos dos grupos focais apresentavam resultados semelhantes aos do estudo nacional. Numa terceira e última fase procedeu-se à implementação de um programa de educação sexual, com uma sessão de 90 minutos dirigida às cinco turmas das duas escolas.

## Participantes

A avaliação quantitativa foi realizada mediante a análise da base de dados do estudo HBSC 2006, que teve uma amostra de 4877 alunos, e da análise dos questionários respondidos pelos alunos que frequentavam as duas escolas estudadas (total: 121 alunos).

Na análise qualitativa foram organizados 6 grupos focais, três em cada escola (rapazes, raparigas e misto), cada um com 12 alunos (total: 72 alunos). As idades dos alunos dos grupos são compreendidas entre os 13 e os 15 anos (8º ano de escolaridade). Os grupos são homogéneos e representativos da população que se pretende investigar, em relação à idade, nível educacional e nível socioeconómico. A escolha de um grupo homogéneo pretende, tal como refere Morgan (1998), garantir que sejam evitados constrangimentos entre os participantes e facilitar o discurso. Os membros do grupo foram escolhidos aleatoriamente pelos professores de entre os sujeitos que tinham perfil para integrar o grupo (os professores foram previamente informados sobre os objectivos do estudo e sobre o perfil pretendido).

A composição dos grupos é a seguinte:

- Grupo 1: 12 adolescentes 8º ano escola pública (6 rapazes e 6 raparigas);
- Grupo 1a: 12 adolescentes 8º ano escola pública (6 rapazes e 6 raparigas);
- Grupo 1b: 12 adolescentes 8º ano escola pública (raparigas);
- Grupo 2: 12 adolescentes 8º ano externato (6 rapazes e 6 raparigas);
- Grupo 2a: 12 adolescentes 8º ano externato rapazes;
- Grupo 2b: 12 adolescentes 8º ano externato raparigas.

### Instrumentos/Material

#### *Estudo Quantitativo HBSC 2006*

O HBSC/ OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Iniciou-se em 1982, com investigadores de 3 países: Finlândia, Noruega e Inglaterra, e pouco tempo depois foi adoptado pela OMS, como um estudo colaborativo. Neste momento conta com 44 países entre os quais Portugal, integrado desde 1996 e membro associado desde 1998 (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001).

Os objectivos do estudo HBSC englobam uma nova e aprofundada compreensão dos comportamentos de saúde dos adolescentes, os seus estilos de vida e os seus contextos sociais. Os principais objectivos do estudo são:

- Iniciar e manter pesquisa nacional e internacional sobre os comportamentos de saúde e contextos sociais nos adolescentes em idade escolar;
- Contribuir para o desenvolvimento teórico, conceptual, metodológico em áreas de pesquisa dos comportamentos de saúde e do contexto social da saúde nos adolescentes;
- Recolher dados relevantes nos adolescentes de forma a monitorizar a saúde e os comportamentos de saúde nos adolescentes dos países membros;
- Contribuir para uma base de conhecimento dos comportamentos de saúde e do contexto social da saúde nos adolescentes;

- Identificar resultados para audiências relevantes, incluindo investigadores, políticos de saúde e de educação, técnicos de promoção da saúde, professores, pais e adolescentes;
- Fazer a ligação com os objectivos da OMS especialmente na monitorização dos objectivos principais do HEALTH 21 no que respeita aos comportamentos de saúde dos adolescentes;
- Apoiar o desenvolvimento da promoção da saúde dos adolescentes em idade escolar;
- Promover e apoiar os peritos nacionais em comportamentos de saúde em contextos sociais de saúde.
- Estabelecer e fortalecer uma rede de peritos internacionais nesta área.

O estudo HBSC começou com uma colaboração informal de um pequeno número de países nos anos de 1983/1984. Em 2006 fazem parte deste grupo 44 países. Os países membros do HBSC têm de respeitar um protocolo de pesquisa internacional (Currie et al., 2001). O estudo HBSC criou e mantém uma rede internacional dinâmica na área da saúde dos adolescentes. Esta rede permite que cada um dos países membros contribua e adquira conhecimento com a colaboração e troca de experiências com os outros países.

Portugal realizou um primeiro estudo piloto em 1994 (Matos et al., 2000), o primeiro estudo nacional foi realizado em 1998 (Matos et al., 2000) e o segundo estudo nacional em 2002 (Matos et al., 2003) (disponíveis em [www.fmh.utl.pt/aventurasocial](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial)). O instrumento utilizado na avaliação quantitativa é um questionário de auto-preenchimento intitulado “Comportamento e Saúde em adolescentes em idade escolar”. Trata-se de uma adaptação portuguesa do Health Behaviour of School Aged-Children (Currie et al., 2001), efectuada pela Equipa do Projecto Aventura Social (Matos et al., 2003). Este questionário engloba questões demográficas (idade, género, estatuto socio-económico), questões relativas à Saúde Positiva, consumo de álcool, tabaco e drogas, actividade física, lesões e violência, família, grupo de pares e lazer, cultura de grupo e questões relacionadas com o comportamento sexual e atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA. Este estudo centrou-se essencialmente nestas últimas questões, utilizando apenas as restantes para contextualizar os adolescentes que fizeram parte do estudo.

Além da análise do estudo HBSC 2006 foram também avaliadas as turmas dos alunos que participaram nos grupos focais, tanto na escola pública como na escola privada. O questionário aplicado teve a mesma estrutura do questionário HBSC 2006, tendo sido apenas utilizadas as questões relativas à sexualidade.

## *Estudo Qualitativo*

A investigação qualitativa foi desenvolvida a partir da informação retirada da pesquisa de literatura e focalizou-se em factores dificilmente quantificáveis, como o acesso à informação, as crenças, as atitudes, os comportamentos protectores e os comportamentos de risco relativos à sexualidade dos adolescentes. Os grupos focais, ou grupos de discussão centrados num tema, são formas qualitativas de investigação que se traduzem em debates orientados através de entrevistas semi-estruturadas. Este método de investigação permite a obtenção de informações sobre determinado assunto (foco), onde todas as opiniões proferidas pelos participantes são consideradas válidas. A técnica do grupo focal procura obter um conhecimento mais vasto da perspectiva de cada grupo, explorando as suas ideias e pontos de vista, opiniões, crenças, valores, discurso, compreensão dos participantes sobre a investigação (Edmunds, 1999; Matos, Gaspar, Vitória, & Clemente, 2003; Matos, Gonçalves, & Gaspar, 2005; Morgan, King, & Krueger, 1998; Vogt, King, & King, 2004; Westphal, Bógus, & Faria, 1996; Vogt, King, & King, 2004). Este método de avaliação é indicado para vários tipos de investigações, nomeadamente exploração de crenças e atitudes sobre os mais variados temas e observação de diferenças culturais entre grupos (Kitzinger, 1995). Os materiais utilizados foram: um gravador áudio e um bloco de notas, onde foram sendo registadas as intervenções dos participantes.

## Procedimento

### *Estudo Quantitativo HBSC*

A aplicação do questionário foi feita pelos professores em sala de aula no âmbito do estudo de 2006, mediante instruções detalhadas de aplicação enviadas previamente. Depois desta fase de recolha, os questionários foram conferidos, numerados e introduzidos na base de dados do “Statistical Package for Social Science – SPSS – Windows” (versão 15.). Foi efectuada a estatística descritiva equivalente à análise realizada no HBSC 2006 (Matos et al, 2006) com apresentação das frequências e percentagens para variáveis nominais e médias e desvio padrão para variáveis contínuas. Foi efectuada o Teste do Qui-quadrado (estudo da distribuição em variáveis nominais) com análise de residuais ajustados (para localização dos valores significativos).

## *Estudo Quantitativo HBSC-Sexualidade*

Paralelamente, foram também realizados questionários aos alunos das 5 turmas que participaram no estudo, para que fosse possível determinar se os jovens participantes nos grupos focais eram representativos dos adolescentes participantes no estudo nacional. Estes questionários incluíram apenas as questões associadas à sexualidade e foram preenchidos pelas 2 turmas do 8º ano do Externato Frei Luís de Sousa em Almada e pelas 3 turmas do 8º ano da Escola D. Francisco Manuel de Melo na Amadora. Todos os alunos que responderam ao questionário tinham autorização dos pais (ver anexo A).

### *Grupos Focais*

Os grupos têm como foco principal o tema “Sexualidade: informação, crenças, atitudes e comportamentos” e pretende-se clarificar diversas questões relacionadas com os comportamentos sexuais dos adolescentes.

Na fase inicial da investigação foi escolhido o “setting” do encontro com o grupo, com especial atenção ao conforto, à dimensão da sala, mesa em círculo e condições para gravação áudio. Numa segunda fase foi elaborado um guião de entrevista (ver anexo B), que pretendeu ajudar a focalizar o objectivo da investigação, oferecendo indicações precisas sobre as várias fases do debate:

#### *Fase 1: Pré-avaliação e preparação da sala*

Antes da formação do grupo os candidatos a participantes foram escolhidos pelos professores, tendo em conta alguns aspectos (ser representativo da população que se pretendia estudar e ter autorização dos pais para participar). Os indivíduos seleccionados foram contactados previamente, tendo sido convidados a integrar o grupo. Solicitou-se aos pais que assinassem um documento que autorizava o aluno a participar no grupo focal (ver anexo A). Foi garantida a confidencialidade em relação a todas as suas intervenções no grupo, tendo sido clarificado que os jovens eram livres para recusar responder às questões colocadas, tendo também a possibilidade de interromper a sua participação no grupo se não se sentissem à vontade para continuar.

### *Fase 2: Introdução*

Numa primeira fase foram feitas as apresentações através de uma actividade de dinâmica de grupos, com o intuito de quebrar o gelo. Foram esclarecidas as regras do debate, nomeadamente a duração da sessão (cerca de 90 minutos), o papel do moderador, a forma de recolha de dados (gravações, apontamentos), a importância das opiniões individuais, sem que existam respostas certas nem erradas (Edmunds, 1999; Morgan, 1998). Foi solicitado a todos os participantes que salvaguardassem a confidencialidade da reunião, garantindo a privacidade dos outros participantes.

### *Fase 3: Desenvolvimento da Sessão*

No início da sessão, o moderador colocou uma questão simples a cada participante, para que todos se sentissem encorajados a falar. Os assuntos mais polémicos foram lançados no decorrer da discussão, quando os participantes se mostraram mais à vontade com o grupo. Nos grupos focais, enquanto são lançadas as questões pelo moderador os participantes interagem entre si. O moderador estimula as trocas de ideias entre participantes (Edmunds, 1999; Morgan, 1998).

As questões lançadas foram as seguintes:

1 – Diferenças de género (as raparigas e os rapazes vivem a sexualidade de forma diferente?) e diferenças culturais (nacionalidade, pobreza); Construção de papéis associados à sexualidade (Pares? Família? Media?); afectos e emoções (género/cultura).

2 – Pressões dos pares (os jovens são pressionados para anteciparem o início da sua vida sexual e para serem sexualmente activos);

3 – Sexo seguro (amor, confiança, prazer, acesso ao preservativo, contraceptivos, comportamentos de risco associados a consumos, gravidez);

4 – Educação sexual (procura de informação, consultas, conversas com colegas/pais/professores/centro de saúde, aceitação da família relativamente ao comportamento sexual).

Durante a reunião os dados foram recolhidos mediante gravações áudio e registos por escrito: data da reunião, duração, hora de início, local onde decorreu, factores eventualmente perturbadores do local, número de participantes e suas características, nível de participação do grupo, interrupções e tópicos lançados que não foram discutidos (Morgan, 1998).

#### *Fase 4: Finalização*

Quando se estava a aproximar o final da reunião, o moderador informou os participantes sobre o tempo que restava. No final foi feito um sumário dos conteúdos abordados e os participantes foram questionados sobre se tinham mais algum comentário a fazer. Foi efectuado um agradecimento aos participantes e foram facultados os contactos do projecto, para que todos os interessados pudessem obter informações sobre workshops desenvolvidos futuramente e para que pudessem posteriormente conhecer os resultados do estudo. Após o registo de todas as entrevistas em formato “Word for Windows” foi elaborada uma análise de conteúdo, através de metodologias qualitativas.

#### *Sessões de Educação Sexual*

As sessões foram efectuadas com toda a turma e tiveram a duração de 90 minutos. Participaram nas sessões cinco turmas, três na escola pública e duas no externato, um total de 121 alunos. Todos os alunos presentes tinham autorização dos pais para participar nas sessões (ver anexo A). As sessões foram apresentadas em powerpoint e seguiram um plano pouco rígido. Foram respeitadas as sugestões do Grupo de Trabalho para a Educação Sexual (GTES) /Educação para a Saúde em Meio Escolar (GTES, 2005, 2007a, 2007b). O plano das sessões incluía o desenvolvimento dos seguintes temas gerais: relações interpessoais; sexualidade, afectos e valores, o nosso corpo, fisiologia da reprodução humana, ciclo menstrual e ovulatório, contracepção, infecções sexualmente transmissíveis, maternidade na adolescência e interrupção voluntária da gravidez. As sessões foram especificamente adaptadas à turma. Esta adaptação foi possível através da utilização de uma caixa de questões (onde na semana anterior os alunos colocavam temas sugeridos e questões que gostavam de

ver respondidas na sessão) e através da análise das informações obtidas nos grupos focais. Como se pode observar no próximo capítulo, foram identificadas diferenças entre os alunos do externato e os alunos da escola, o que justificou níveis diferentes de intervenção nas sessões (assuntos desenvolvidos, formas de abordagem, etc.).

Assim, as sessões de educação sexual foram organizadas da seguinte forma: num primeiro momento foi realizada uma pequena actividade de dinâmica de grupos (apresentação/quebra-gelo). Num segundo momento foi feita uma apresentação mais teórica, intercalada sempre com alguns momentos de debate e com respostas às questões deixadas pelos jovens na semana anterior e que foram depois integradas na sessão. Num terceiro momento foram apresentados alguns diapositivos com cartoons sobre as diferenças entre homens e mulheres, conferindo uma componente lúdica à sessão. O quarto e último momento foi destinado à realização de um resumo da sessão e os jovens foram encorajados reflectir sobre os assuntos abordados e a colocar mais questões.

No final da sessão foi distribuído um folheto (ver anexo C) que continha algumas ideias-chave da sessão, assim como o link do blog “Guia Sexualidade e Afectos” <http://guiasexualidadeafectos.blogspot.com> (ver excerto no anexo D). Este blog surgiu depois da análise dos resultados, onde se verificou que a Internet era para os adolescentes de ambas as escolas a fonte preferencial de informação sobre sexualidade. Apesar de ser também entregue um manual em papel, verificou-se que os jovens davam mais importância ao formato virtual. Além de permitir que se adicionem vídeos, votações, jogos, links para outros sites relacionados com a sexualidade, pensamos que a maior vantagem do blog é a possibilidade de actualização constante, o que nos permite continuar esclarecer as dúvidas dos alunos quase em tempo real, mesmo depois do final da sessão.

### III - RESULTADOS

## Estudo quantitativo HBSC 2006<sup>1</sup>

Em 2006, responderam ao questionário HBSC em Portugal 4877 adolescentes (49,6% rapazes e 50,4% raparigas) cuja média de idades se situa nos 14 anos. Desses adolescentes, 31,7% são do 6º ano, 35,7% do 8º ano e 32,6% do 10º ano. Quanto às regiões, 43,7% dos jovens são da região Norte, 28,8% da região de Lisboa e Vale do Tejo, 15,4% da região Centro, 6,9% do Alentejo e 5,2% do Algarve.

A maioria dos adolescentes tem nacionalidade portuguesa (94,1%) e 2,2% são provenientes dos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa). Os seus pais têm nacionalidade maioritariamente portuguesa (pai 92,4%; mãe 92%). Os jovens com pais oriundos dos PALOP vêm em segundo lugar (pai 5,1%; mãe 5%).

Relativamente à profissão dos progenitores, na maior parte dos casos verifica-se que esta se situa nos níveis socio-económicos mais baixos, tanto no que diz respeito aos pais (68,2%) como às mães (66,5%). Em relação ao nível de instrução, o nível do pai situa-se mais frequentemente no 1º ciclo (34,6%) e da mãe no 2º e 3º ciclos (34,4%). No que diz respeito ao pai, 7,1% estão desempregados e 5% dos adolescentes refere não ter pai ou não o ver; no que diz respeito à mãe, 24,4% estão desempregadas e 2,1% dos adolescentes referem não ter ou não a ver.

No que diz respeito a outros indicadores de bem-estar económico, cerca de metade dos jovens refere que a sua família tem dois ou mais carros (52,4%). A grande maioria dos jovens refere possuir quarto próprio (75,4%) e um pouco menos de um quarto diz não ter realizado viagens de férias com a família nos últimos doze meses (24%). Em relação ao número de computadores, mais de metade dos jovens diz ter um computador em casa (56%). Relativamente à percepção do nível financeiro da sua família, 39,1% referem que é “bom”.

A grande maioria dos jovens refere que, no local onde vive, as pessoas dão-se bem (91,1%). Consideram que vivem numa zona bonita (78,2%) e segura (78,9%), onde podem confiar nas pessoas (77,6%) e encontrar bons locais para passar os tempos livres (75,8%). Uma

---

<sup>1</sup> Estudo quantitativo com base nos dados Health Behaviour in School-Aged Children – HBS/OMS 2006 (Matos et al, 2006).

pequena parte refere que vive em zonas demasiado isoladas (21%), onde há locais de divertimento nocturno (39,8%), violência e roubos (19,8%). Mais de metade dos jovens (59,2%) refere que o local onde vive tem bons serviços públicos (Centro de Saúde, Centro de Juventude, etc.).

Relativamente ao estudo quantitativo de 2006 sobre **sexualidade** (Matos et al, 2006) a amostra total caracteriza-se por jovens que na sua maioria referem não ter tido relações sexuais. No grupo dos jovens que já iniciaram a sua vida sexual, a maior parte são rapazes, alunos mais velhos e jovens provenientes das CPLP. Grande parte destes jovens, especialmente raparigas, considera que os seus pares já tiveram relações sexuais. Mais de metade dos jovens considera que a decisão de ter relações sexuais deve ser dos dois elementos do casal.

A maior parte dos jovens utilizou contraceptivos na última relação sexual, especialmente as raparigas e os alunos mais velhos. O método contraceptivo mais utilizado foi o preservativo, especialmente referido pelos rapazes e pelos alunos mais velhos. Também são os rapazes e os alunos mais velhos quem refere sentir mais facilidade para conversar sobre a sua utilização. Relativamente às suas funções, mais de metade dos inquiridos associou-o em primeiro lugar à prevenção da gravidez, referindo em segundo lugar o combate às IST's. Relativamente à sua utilização, mais de metade dos jovens refere sentir-se à vontade para convencer o seu par a usar, sendo as raparigas e os mais novos quem se mostra menos à vontade. Por outro lado, são as raparigas e os mais velhos quem mostra mais convicção em recusar relações sexuais sem preservativo ou se não tiver motivação para tal. A pílula é utilizada por cerca de metade das raparigas, principalmente as mais velhas. Mais de metade dos jovens considera que a educação sexual serve para a obtenção de mais informação. Os jovens preferem os amigos para conversar sobre sexualidade.

Relativamente à existência de diferenças significativas entre jovens de nacionalidade portuguesa e jovens das CPLP verificou-se que existem mais jovens das CPLP a referirem que já iniciaram a sua vida sexual (41,6%), comparados com os jovens de nacionalidade portuguesa (17,6%). No grupo dos jovens que dizem já ter tido relações sexuais, cerca de ¼ dos jovens das CPLP refere ter iniciado a vida sexual aos 14 anos ou mais. No entanto, em comparação com os jovens portugueses, verifica-se que iniciaram a sua vida sexual mais

cedo (13,3% referem que tiveram relações sexuais pela primeira vez aos 11 anos ou menos, enquanto que apenas 1,9% dos portugueses optaram pela mesma resposta).

No que diz respeito às conversas sobre educação sexual encontram-se diferenças significativas apenas na questão que se refere às conversas com colegas sobre sexualidade: os jovens das CPLP (17,6%) dizem ter mais dificuldade de falar com os colegas, comparados com os jovens portugueses (7,5%).

Na comparação entre jovens portugueses e jovens das CPLP não foram identificadas diferenças significativas nas seguintes variáveis: idade estimada do início da vida sexual dos seus pares, utilização de contraceptivo e preservativo na última relação sexual, atitudes associadas ao preservativo, atitudes perante indivíduos infectados e percepção de risco.

Relativamente às formas de transmissão do VIH, na amostra geral verifica-se que grande parte dos jovens responde correctamente, acreditando também que uma pessoa pode estar infectada mesmo que pareça saudável. Na generalidade, são as raparigas, os alunos mais velhos e os alunos de nacionalidade portuguesa quem dá mais respostas correctas.

#### Estudo quantitativo – Sexualidade

No estudo efectuado em 2008, responderam ao questionário 121 adolescentes provenientes de 5 turmas do 8º ano. Relativamente às escolas, 44,6% dos alunos são do externato e 55,4% são da escola pública. A média de idades dos alunos do externato ronda os 13,6 anos de idade e a média de idades dos alunos da escola ronda os 14,2 anos.

A maioria dos adolescentes tem nacionalidade portuguesa (87,6%) e 9,1% são provenientes da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa). Os seus pais têm nacionalidade maioritariamente portuguesa (83,5%). No externato, 92,6% têm nacionalidade portuguesa, 3,7% são da CPLP e 3,7% têm outras nacionalidades. Na escola, 83,6% têm nacionalidade portuguesa, 13,4% são das CPLP e 3% têm outras nacionalidades. No que diz respeito à nacionalidade dos pais, no externato 88,9% são portugueses, 7,4% são da CPLP e 3,7% têm outras nacionalidades. Na escola pública, 79,1% são da CPLP e 1,5% têm outras nacionalidades.

Relativamente ao nível de instrução dos pais, enquanto que no externato predominam os progenitores com curso superior (mãe 73,1% e pai 76,5%), na escola pública a maior parte dos pais tem o 2º e 3º ciclo (mãe 44,3% e pai 47,7%).

No que diz respeito a outros indicadores de bem-estar económico também se verificam diferenças entre escolas. Existem mais jovens do externato a referir que têm dois ou mais carros (72,2% no externato e 42,4% na escola). A grande maioria dos jovens (71,1%) refere possuir quarto próprio (88,9% no externato e 56,7% na escola).

Para estimar o nível sócio económico dos pais, foi utilizada a Escala de Graffard, que faz a classificação do estatuto sócio-económico segundo as profissões utilizando cinco categorias. Descrevemos essas categorias a seguir, com exemplos de possíveis profissões associadas:

Categoria 1 – Profissão que exija uma licenciatura.

Categoria 2 - Profissão que exija um bacharelato.

Categoria 3 - ajudantes técnicos, oficiais administrativos, etc.

Categoria 4 - motoristas, cozinheiros, etc.

Categoria 5 - operários não especializados, etc.

Foi considerada ainda a opção “não classificável” para os casos em que não era referida qual a profissão, não se percebia a letra ou não se sabia o que significava.

Os resultados sugerem que os alunos do externato correspondem maioritariamente à categoria 1 (39%) e os alunos da escola correspondem em maioria à categoria 5 (59,7%).

Como se pode observar no quadro, os resultados da amostra geral (escola+externato) assemelham-se bastante aos resultados do estudo nacional HBSC 2006. São identificadas diferenças apenas quando se compara o grupo da escola com o grupo do externato.

Tal como no estudo nacional, a maior parte dos jovens diz não ter tido relações sexuais (85,8%). Em comparação com os jovens do externato (7,5%), há mais jovens da escola que dizem já ter tido relações sexuais (19,4%). Quando questionados sobre idade com que habitualmente os seus pares iniciam a vida sexual, são os adolescentes do externato (16,2

anos) e as raparigas (13,7 anos) quem considera que os outros começam a vida sexual mais tarde.

A maior parte dos jovens diz ter utilizado um método para prevenir a gravidez quando teve relações sexuais pela primeira vez e o mesmo acontece com a utilização do preservativo na primeira relação sexual. Quando questionados sobre a utilização do preservativo na última relação sexual são maioritariamente os alunos da escola (92,3%) e os rapazes (88,9%) quem diz ter utilizado o preservativo na última relação sexual, o que corrobora os resultados do estudo nacional.

	Relações sexuais		Idade Primeira vez	Método para prevenir a gravidez		Usaram preservativo		Contraceptivo		Preservativo última vez		Idade Primeira vez outros
	Sim	Não	Média	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Média
Amostra geral (escola+externato)	14,2%	85,8%	13,2	94,1%	5,9%	94,1%	5,9%	88,2%	11,8%	82,4%	17,6%	15,5
Frei Luís de Sousa	7,5%	92,5%	12,5	100%	0%	100%	0%	50,0%	50,0%	50,0%	50,0%	16,2
Francisco Manuel de Melo	19,4%	80,6%	13,5	92,3%	7,7%	92,3%	7,7%	100%	0%	92,3%	7,7%	14,8
Rapazes	17,3%	82,7%	13,8	88,9%	11,1%	88,9%	11,1%	88,9%	11,1%	88,9%	11,1%	14,7
Raparigas	11,9%	88,1%	12,7	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	87,5%	12,5%	75,0%	25,0%	13,7

Tabela 1: Resultados do estudo quantitativo 2008 – Comportamentos sexuais (n=121)

Quando questionados sobre como se sentiriam em diversas situações associadas à utilização do preservativo, verifica-se que são os jovens da escola (34,3%) e os rapazes (32,1%) quem se sentiria mais à vontade a conversar com o par sexual sobre a utilização do preservativo.

	Como te sentirias a ...				
	Conversar com o par sexual sobre o uso do preservativo				
	Muito	À Vontade	Pouco	Não me sinto capaz	Não sei
Amostra geral	25,6%	51,2%	11,6%	2,5%	9,1%
Frei Luís de Sousa	14,8%	59,3%	18,5%	1,9%	5,6%
Francisco Manuel de Melo	34,3%	44,8%	6,0%	3,0%	11,9%
Rapazes	32,1%	45,3%	9,0%	4,5%	10,4%
Raparigas	20,9%	55,2%	15,1%	0,0%	7,5%

Tabela 2: Resultados do estudo quantitativo 2008 – Conversar com o par sexual (n=121)

Verifica-se que são os jovens da escola (49,3%) e os rapazes (38,8%) quem se sentiria mais à vontade a convencer o par sexual a utilizar o preservativo. No estudo nacional, também são os rapazes quem se sente mais à vontade nesta situação.

Como te sentirias a ...					
Convencer o par sexual a usar preservativo					
	Muito	À Vontade	Pouco	Não me sinto capaz	Não sei
Amostra geral	40,5%	41,3%	9,9%	0,8%	7,4%
Frei Luís de Sousa	29,6%	51,9%	14,8%	1,9%	1,9%
Francisco Manuel de Melo	49,3%	32,8%	6,0%	0,0%	11,9%
Rapazes	43,4%	41,5%	13,2%	0,0%	1,9%
Raparigas	38,8%	40,3%	7,5%	1,5%	11,9%

Tabela 3: Resultados do estudo quantitativo 2008 – Convencer o par sexual (n=121)

Em comparação com a escola (muito à vontade/à vontade: 64,6%), verifica-se que são os jovens do externato (muito à vontade/à vontade: 83,4%) quem se sentiria mais à vontade a recusar ter relações sexuais se o par não quiser usar preservativo. O mesmo acontece com as raparigas (77,5%). Estes resultados são semelhantes aos do estudo nacional.

Como te sentirias a ...					
Recusar ter relações sexuais se o par não quiser usar preservativo					
	Muito	À Vontade	Pouco	Não me sinto capaz	Não sei
Amostra geral	32,8%	40,3%	9,2%	7,6%	10,1%
Frei Luís de Sousa	31,5%	51,9%	7,4%	5,6%	3,7%
Francisco Manuel de Melo	33,8%	30,8%	10,8%	9,2%	15,4%
Rapazes	26,4%	41,5%	13,2%	11,3%	7,5%
Raparigas	37,9%	39,4%	6,1%	4,5%	12,1%

Tabela 4: Resultados do estudo quantitativo 2008 – Recusar ter relações sexuais sem preservativo (n=121)

Quanto à hipótese de recusar ter relações sexuais se não quiser, são os jovens do externato que parecem ter mais facilidade (muito à vontade/à vontade: 87%), em comparação

com a escola (muito à vontade/à vontade: 68,2%). Na comparação de género, são as raparigas que dizem sentir-se mais à vontade, tal como sugere o estudo nacional.

	Como te sentirias a ...				
	Recusar ter relações sexuais se não quiser				
	Muito	À Vontade	Pouco	Não me sinto capaz	Não sei
Amostra geral	41,7%	35,0%	9,2%	3,3%	10,8%
Frei Luís de Sousa	48,1%	38,9%	3,7%	3,7%	5,6%
Francisco Manuel de Melo	36,4%	31,8%	13,6%	3,0%	15,2%
Rapazes	24,5%	37,7%	20,8%	3,8%	13,2%
Raparigas	56,1%	31,8%	0,0%	3,0%	9,1%

Tabela 5: Resultados do estudo quantitativo 2008 – Recusar ter relações sexuais se não quiser (n=121)

Relativamente aos modos de transmissão do VIH/SIDA analisámos a percentagem de respostas correctas por cada grupo de alunos. Comparados com os alunos da escola (79,05%) são os alunos do externato que mostram mais conhecimentos correctos acerca da transmissão do VIH (83,31%). Na comparação de género, verifica-se que as raparigas (82,7%) têm conhecimentos mais correctos sobre a transmissão, comparadas com os rapazes (79%), tal como se verifica no estudo nacional.

	Respostas correctas transmissão VIH				
	Seringa	Tosse	Transm. mãe-bebé	Abraço	Pílula
Amostra geral	98,3%	76,9%	83,5%	97,5%	66,7%
Frei Luís de Sousa	98,1%	87,0%	87,0%	100,0%	68,5%
Francisco Manuel de Melo	98,5%	68,7%	80,6%	95,5%	65,2%
Rapazes	98,1%	71,7%	83,0%	96,2%	62,3%
Raparigas	98,5%	80,6%	83,6%	98,5%	71,2%

Tabela 6: Resultados do estudo quantitativo 2008 – Respostas correctas sobre VIH (n=121)

	Respostas correctas transmissão VIH			
	Relações sexuais	Parecer saudável	Talheres	Transfusão
Amostra geral	97,5%	86,0%	52,1%	70,2%
Frei Luís de Sousa	98,1%	81,5%	64,8%	64,8%
Francisco Manuel de Melo	97,0%	89,6%	41,8%	74,6%
Rapazes	96,2%	84,9%	54,4%	64,20%

Raparigas	98,5%	86,6%	50,7%	76,10%
-----------	-------	-------	-------	--------

Tabela 7: Resultados do estudo quantitativo 2008 – Respostas correctas sobre VIH (n=121) (cont.)

Quando inquiridos sobre fontes de informação, destacamos as três primeiras fontes escolhidas pelos diferentes grupos. Todos os grupos mostram preferência pela Internet (79% amostra total; 83,3% externato; 75,4% escola; 78% rapazes e 79,1% raparigas). Em segundo lugar aparece a televisão como fonte preferencial dos alunos da amostra total (70,3%), escola (71,9%), rapazes e raparigas (66,7% e 71,1%, respectivamente). Os alunos do externato preferem em segundo lugar os folhetos (70,4%). Em terceiro lugar, as opiniões dividem-se: na amostra total preferem falar com um amigo (59,7%), no externato preferem a televisão (68,5%), na escola escolhem o médico (61,9%), assim como o grupo dos rapazes (60%). As raparigas escolhem em terceiro lugar os folhetos (73,1%).

Amostra geral		Externato		Escola		Rapazes		Raparigas	
Internet	79,0%	Internet	83,3%	Internet	75,4%	Internet	78,0%	Internet	79,1%
Televisão	70,3%	Folhetos	70,4%	Televisão	71,9%	Televisão	66,7%	Televisão	73,1%
Amigo	59,7%	Televisão	68,5%	Médico	61,9%	Médico	60,0%	Folhetos	73,1%
Centro de Saúde	57,6%	Amigo	64,8%	Livros	58,5%	Centro de Saúde	52,1%	Amigo	68,7%
Médico	57,3%	Centro de Saúde	57,4%	Centro de Saúde	57,7%	Livros	48,1%	Livros	59,7%
Folhetos	56,8%	Médico	51,9%	Pais	57,1%	Amigo	48,1%	Médico	55,2%

### Estudo Qualitativo

Para avaliar as crenças, atitudes e comportamentos entre os adolescentes, procedeu-se à utilização de uma metodologia qualitativa (focus groups), onde foram entrevistados 72 adolescentes em 6 grupos de 12 alunos. Estes alunos são provenientes das duas escolas que participaram no estudo (um externato e uma escola pública), foram escolhidos entre os alunos que participaram no estudo quantitativo e que, como se verifica na análise quantitativa, apresentam em conjunto resultados bastante semelhantes aos do estudo nacional.

A escolha dos alunos não foi aleatória e solicitou-se aos directores de turma que escolhessem alunos que fossem representativos do grupo que se pretendia estudar, ou seja, na escola pública pretendíamos entrevistar alunos com baixo estatuto socio-económico (ESE), provenientes de preferência de comunidades migrantes da CPLP. No externato pretendíamos estudar alunos com ESE elevado, de preferência provenientes de famílias com nacionalidade portuguesa. Em ambos os grupos, as idades variam entre os 13 e os 14 anos de idade. A transcrição das informações obtidas pode ser observada no documento em anexo (ver anexo E), onde os dados estão agrupados e categorizados.

Foi elaborado um guião de entrevista, com uma sequência pouco rígida, uma vez que os grupos entrevistados tinham características muito diversas. Os pontos propostos em todas as sessões foram os seguintes:

1– Diferenças de género (As raparigas e os rapazes vivem a sexualidade de forma diferente) e diferenças culturais (nacionalidade, pobreza); Construção de papéis associados à sexualidade (pares? família? média?; afectos e emoções; género/cultura).

2– Pressões dos pares (Os jovens são pressionados para iniciarem a sua vida sexual mais cedo e para serem sexualmente activos);

3– Sexo seguro (amor, confiança, prazer, acesso ao preservativo, contraceptivos, associado a consumos, gravidez);

4– Educação sexual (procura de informação, consultas, conversas com colegas/pais/professores/centro de saúde, aceitação da família relativamente ao comportamento sexual).

Das categorias inicialmente propostas, nem todas foram representadas no discurso dos alunos. Paralelamente, algumas foram adicionadas dada a sua relevância durante a sessão. As categorias mais frequentes, ou seja, que estiveram presentes em quase todos os grupos, foram:

“*Diferenças de género*” – Referência às diferentes crenças e atitudes dos rapazes e raparigas; referência à forma como são educados os rapazes e as raparigas, relativamente à sexualidade.

*“Factores sócio-económicos e culturais”* – Referência à pobreza/iniquidade social, etnicidade/cultura.

*“Fontes de informação”* – Referência a diversas fontes de informação, nomeadamente pais, irmãos, professores, médicos e psicólogos.

*“Pressão dos pares”* – Referência à existência de pressão dos pares para que os jovens iniciem a sua vida sexual mais cedo.

*“Idade de início das relações sexuais”* – Razões que podem levar uma pessoa a antecipar a perda da virgindade ou a adiar este momento.

*“Métodos contraceptivos”* – Métodos contraceptivos utilizados pelos jovens, com destaque para o preservativo.

*“Infecções Sexualmente Transmissíveis”* – Crenças e atitudes associadas às IST’s e em especial ao VIH/SIDA e aos comportamentos de discriminação/aceitação dos doentes com SIDA.

*“Gravidez na adolescência”* – Referência a casos que conhecem de perto, nomeadamente colegas e amigos; atitudes perante as adolescentes que engravidaram e referência a consequências esperadas se imaginassem viver uma gravidez não planeada na adolescência.

*“Interrupção voluntária da gravidez”* – Opiniões acerca do aborto, em caso de gravidez não planeada na adolescência.

*“Boas práticas associadas à intervenção na sexualidade”* – Consultas de planeamento familiar; abordagem dos pais em conversas sobre sexualidade; educação sexual nas escolas (periodicidade das sessões, conteúdos e técnicos mais indicados).

Na apresentação dos resultados serão referidas as categorias que mais contribuíram para a discussão e que mais promoveram a participação dos alunos nos seis grupos focais. Serão

apontadas as diferenças identificadas entre a escola e o externato e entre as raparigas e os rapazes.

**“Diferenças de género”** - De um modo geral, os alunos consideram que existem claras diferenças entre rapazes e raparigas, relativamente à forma como vivem a sexualidade *“somos diferentes”* (rapaz).

#### “Como são os rapazes?”

Grande parte dos jovens refere que os rapazes vivem a sexualidade de forma mais atrevida e pensam mais em sexo do que as raparigas: *“os rapazes pensam mais em sexo”* (rapariga); *“os rapazes são uns tarados”* (rapariga); *“são abusados”* (rapariga); *“são atrevidos”* (rapariga); *“passam a vida na net, a ver filmes pornográficos”* (rapariga).

Relativamente às conversas sobre sexo, *“os rapazes falam mais entre eles”* (rapaz); *“todas as conversas que eles têm vão ter ao mesmo”* (rapariga); *“os rapazes têm mais facilidade”* (rapaz). No entanto, quando se trata de terem uma conversa mais séria sobre sexualidade com os seus pares, os rapazes têm tendência para não conversar porque *“os rapazes não guardam segredos. Nós guardamos e por isso confiamos mais umas nas outras”* (rapariga).

Os rapazes admitem que deixam os afectos para segundo plano, privilegiando as relações sexuais *“Sim, os rapazes querem mais outra coisa”* (raparigas). Os jovens admitem que por vezes são influenciados pela sociedade para serem/pensarem assim *“a sociedade obriga os homens a serem assim”* (fingir que têm uma vida sexual activa) (rapaz).

#### “Como são as raparigas?”

Quase todos os alunos concordaram com o facto de, nas raparigas, a sexualidade estar bastante associada aos afectos e ao amor *“sim, somos diferentes. As raparigas pensam mais no amor”* (raparigas) *“... e nos sentimentos”* (raparigas), *“têm mais sensibilidade”* (rapariga).

Apesar de referirem que falam bastante entre elas (*“as raparigas falam com mais facilidade”*), também admitem que *“as raparigas têm mais vergonha”* (rapariga). Referem

ainda: *“falamos entre nós, não fazemos é questão de partilhar com o mundo todo”* (rapariga).

Não existem diferenças entre a escola e o externato, excepto quando os jovens se referem à tomada de iniciativa nas relações. Os rapazes da escola são os únicos que consideram que as raparigas não devem tomar a iniciativa: as raparigas são *“oferecidas e atrevidas”* (rapaz), *“chegam-se ao pé de nós e pedem logo o número”* (rapaz).

Relativamente ao género, os rapazes consideram que são eles quem tem mais maturidade em relação à forma como vivem a sexualidade: *“nós temos mais maturidade que elas (rapaz)”*. As raparigas pensam exactamente o oposto.

### “Educação Diferente”

Alguns jovens consideram que os pais educam os filhos de forma diferente. Quando falam sobre sexualidade, as mensagens que se transmitem aos filhos são diferentes das mensagens que se transmitem às filhas. Esta questão foi desenvolvida apenas pelos alunos do externato. Os alunos da escola não consideraram que existissem diferenças a este nível.

As raparigas do externato consideram injusto o facto de não aceitarem que uma rapariga adolescente tenha uma vida sexual activa: *“somos muito diferentes, principalmente quando se fala de sexualidade. O que me irrita é que se o pai apanha dois adolescentes a namorar em casa fica contente se o filho dele é o rapaz. Se é uma miúda: «O que é que tu estás a fazer?!».* Claro que isto também influencia os comportamentos. *É por isso que os rapazes são como são”* (rapariga). Quanto aos rapazes do externato, alguns procuram arriscar uma explicação para o comportamento dos pais *“mas não é só isso: se uma rapariga engravida ela fica com o bebé e o rapaz não precisa, pode ir-se embora. É por isso que os pais pensam assim”* (rapazes).

**“Factores sócio-económicos e culturais”** – Nesta categoria são referidos alguns aspectos associados às diferenças entre adolescentes que vivem em situação de iniquidade social e adolescentes provenientes de outros países. De um modo geral, tanto os jovens do externato como os jovens da escola consideram que existem diferenças. No entanto, as respostas dos alunos do externato mostram maior distanciação/discriminação face aos jovens

mais pobres e/ou de outras raças, assim como em relação aos jovens que frequentam as escolas públicas: “*os adolescentes de outras escolas são diferentes*” (rapariga). As respostas dos alunos da escola apresentam exemplos concretos e casos que conhecem de perto, do bairro social onde muitos vivem. Não foram identificadas diferenças entre as opiniões das raparigas e dos rapazes.

### “Pobreza/Iniquidade Social”

Os jovens do externato consideram que vivem numa situação privilegiada, quando se comparam com jovens com ESE mais baixo e que estudam em escolas públicas. Para os alunos do externato, existe uma diferenciação bem clara entre as escolas públicas e privadas: “*nesta escola há mais informação sobre as doenças, contraceptivos, etc.*” (raparigas); “*nas outras escolas (públicas) há mais raparigas que engravidam, principalmente as escolas problemáticas*” (rapaz); “*nessas escolas (públicas) pensa-se em sexo mais cedo*” (rapariga); “*as raparigas dessas escolas engravidam porque pensam que não lhes acontece nada*” (rapaz); “*nesta escola não há riscos porque as pessoas estão bem informadas*” (rapaz).

Apesar de admitirem que não conhecem esses casos de perto (“*eu não conheço ninguém dessas escolas, não sei como é que eles são*”), os alunos do externato consideram que o ESE mais baixo pode influenciar negativamente a forma como se vive a sexualidade: “*afecta bastante*” (rapaz); “*as pessoas mais pobres são diferentes*” (rapariga); “*têm uma visão diferente da vida*” (raparigas); “*os pobres têm mais problemas*” (rapaz); “*de certeza que perdem a virgindade mais cedo*”; “*os outros são mais influenciáveis*” (rapariga).

Os alunos da escola referem que têm uma relação próxima com adolescentes que vivem em bairros sociais. Tal como relatam os alunos do externato, os alunos da escola pensam que os jovens que vivem em bairros sociais iniciam a vida sexual mais cedo “*nos bairros sociais começam a ter relações sexuais mais cedo*” (raparigas) e têm mais comportamentos de risco: “*quem vive em bairros sociais tem mais problemas*” (rapaz); “*esses são os piores*” (rapariga); “*não pensam no dia de amanhã*” (rapaz); “*têm mais doenças, acham que só acontecem aos outros e não se protegem*” (rapariga).

Os jovens da escola consideram que estes comportamentos podem surgir por opção dos jovens: “*falta de cabeça, de juízo*” (rapariga); falta de informação: “*têm menos informação*”

(raparigas e rapazes); falta de dinheiro: “*não têm dinheiro para comprar pílulas, preservativos*” (rapaz); “*às vezes nos bairros até há adolescentes muito novas, quase crianças, que fazem sexo por dinheiro com homens lá do bairro*”; sentimento de inferioridade: “*gostam de mostrar às outras que têm um namorado mais velho. Como são mais pobres precisam de se sentir superiores assim*” (rapariga); ausência da figura paterna: “*...e outras não têm pai e por isso ficam com problemas. Um dia conhecem um rapaz muito mais velho e começam a vê-lo como um pai*” (rapariga); crenças erradas: “*Eu moro num bairro, a mentalidade das pessoas é antiga. No meu bairro houve lá uma sessão de educação sexual e o meu pai não me deixou ir por achar que eu não tenho idade para pensar nessas coisas*” (rapariga).

O resultado é muitas vezes a gravidez não planeada: “*conheço algumas do bairro que engravidaram*” (raparigas); “*no meu bairro as raparigas andam a engravidar muito cedo, 14, 16 anos*” (rapariga).

Os alunos da escola consideram “os outros” como os jovens que vivem em escolas privadas. Relativamente a este grupo, consideram que a gravidez não desejada raramente existe, pois “*as miúdas betas não engravidam, só aquelas dos bairros sociais*” (rapariga) “*para eles é mais fácil, sabem onde fazer um aborto e até podem pagar sítios melhores*” (rapariga).

Os alunos do externato referem que a forma como as famílias carenciadas educam as crianças parece ser uma das razões apontadas para a existência de diferenças na forma como vivem a sexualidade: “*os pais educam-nos de forma diferente*” (rapariga). O ESE poderá estar relacionado com menor escolaridade dos pais ou falta de tempo para conversar com os filhos, o que significa menos informação “*os outros adolescentes têm pais analfabetos que não os sabem informar*” (rapariga); “*eu acho que as pessoas pobres têm menos informação em relação à sexualidade*” (rapaz); “*os pais têm que trabalhar muito e por isso são desleixados com os filhos, por não terem tempo para eles*”.

### “Cultura/Etnicidade”

Tanto os alunos do externato como os alunos da escola consideram que a cultura e a etnicidade influenciam a forma como os adolescentes vivem a sexualidade: “*ciganos, pretos,*

*esses têm menos informação*” (rapariga, escola). Um dos jovens que integrou o grupo referiu que existem também diferenças claras ao nível da ruralidade *“as pessoas da aldeia são diferentes. Há mais vergonha*” (rapaz, externato). Verifica-se também que os alunos do externato não têm muitos contactos com jovens pertencentes a comunidades migrantes: *“não tenho amigos de outros países, não sei o que eles pensam*” (rapaz, externato), ao contrário dos alunos da escola.

As diferenças identificadas referem-se essencialmente a brasileiros e africanos. *“Os brasileiros são mais atrevidos*” (rapariga, escola); *“os africanos entendem a sexualidade de maneira diferente*” (rapariga, externato), *“em relação à gravidez há mais mães adolescentes africanas do que portuguesas*” (rapaz, escola); *“em África têm mais filhos, sentem desejo e não controlam isso*” (rapaz, escola); *“na minha família, lá em África, eles têm mais filhos*” (rapaz, escola).

Consideram que a origem destas diferenças está relacionada com a cultura e com factores do passado *“sempre foram habituados a ter mais filhos, porque serviam para trabalhar*” (rapariga, externato); *“o simbolismo de ter uma família grande, para os africanos é importante. Eles passam isto de geração em geração*” (rapariga, escola); *“em África as raparigas novas têm muitos filhos e eles acham normal*” (rapariga, escola). Atribuem também as diferenças à falta de informação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde: *“engravidam sem querer porque estão menos informados*” (rapariga, externato); *“hoje há cada vez mais publicidade, mas se calhar não percebem a nossa língua*” (rapariga, externato) *“têm menos acesso aos centros de saúde, principalmente se estiverem cá ilegais se calhar não têm direito*” (rapaz, escola).

A educação também é apontada como causa das diferenças entre culturas: *“os pais deles são diferentes dos nossos, não têm tanta informação e por isso não conseguem transmitir estas coisas de forma igual*” (rapaz, externato).

Alguns dos jovens referiram que as diferenças estão associadas à pobreza e não à etnicidade/cultura *“eu acho que eles acabam por se adaptar a nós e deixam de haver diferenças*”(rapaz, externato); *“os países mais pobres têm mais problemas*”; *“é mais pela pobreza e não pela cultura* (rapariga)”; *“o facto de serem de outros países não muda nada*” (rapaz, escola).

**“Fontes de informação”** – Apesar de terem referido diversas fontes de informação, as conversas sobre os pais e professores foram as que geraram mais polémica e intervenções entre os alunos de todos os grupos. Foram identificadas algumas diferenças entre escola e externato, especialmente ao nível das conversas sobre sexualidade com os pais (os pais dos jovens que frequentam a escola reagem com mais agressividade). No que diz respeito às opiniões emitidas, não foram encontradas diferenças entre rapazes e raparigas. No entanto, é de salientar que as raparigas foram muito mais participativas que os rapazes. Estes mostraram-se sempre mais inibidos, tanto nos grupos da escola como nos grupos do externato.

#### “Fontes preferenciais de informação”

Tanto no externato como na escola, a Internet foi considerada por todos o local onde recorriam sempre queriam saber mais sobre sexualidade. Nos grupos do externato a discussão incidiu mais sobre as conversas com pais e professores enquanto que nos grupos organizados nas escolas surgiram mais intervenções sobre outras fontes, nomeadamente: “livros” (rapaz); “programas de televisão do canal Odisseia” (rapaz); trabalhos de grupo: “não são os professores que escolhem o tema, mas se nos deixam escolher nós escolhemos «sexualidade»” (rapariga); “centro de saúde (planeamento familiar)” (rapariga) e amigos “Os amigos, sem duvida” (todos); “conversas com amigos” (rapariga).

As informações encontradas na Internet resumem-se muitas vezes a conteúdos pornográficos, que são visionados por quase todos os jovens: “às vezes escrevemos uma coisa e aparece outra. São coisas que não são para a nossa idade, mas nós acabamos por ver na mesma porque temos curiosidade” (rapariga); “eu quando entro nesses sites apago, mas não apago logo assim tão depressa. Vejo um bocadinho...” (rapariga).

#### “Falar com os pais”

No externato, os jovens referem que os pais são uma boa fonte de informação sobre sexualidade: “eles têm mais experiência” (rapariga); “os meus pais sabem o que dizer”; “de todas as pessoas com quem devemos falar de sexualidade, os pais são os melhores” (rapariga); “na minha família falamos abertamente, não tenho vergonha” (rapariga).

Entre os alunos da escola, verifica-se uma maior relutância em falar com os pais, como se pode observar na sub-categoria seguinte. Estes jovens referem apenas que *“as mães falam mais com as raparigas e os pais com os rapazes”* (rapariga).

### *“Não falar com os pais”*

Alguns jovens do externato referem que é difícil falar com os pais, mas é na escola que os jovens mostram mais dificuldade.

Para os jovens do externato, a dificuldade em falar com os pais prende-se com falta de vontade/interesse por parte dos jovens; *“com a família é mais difícil falar”* (rapaz); *“eu não tenho à vontade para falar com os meus pais”* (rapaz); alguma desconfiança em relação à qualidade das informações transmitidas pelos pais: *“os pais às vezes não têm muita informação”* (rapaz) e à reacção negativa que alguns pais podem ter *“se eu me virar para eles agora e disser que quero falar de sexualidade eles pensam logo «Ai meu Deus!! Ela está grávida e quer falar disso»”* (rapariga); *“se os meus pais desconfiassem que eu tinha tido relações sexuais eu mentia”* (rapaz); *“se fosse agora, com esta idade, eles não iam reagir nada bem”* (rapaz); *“nesta idade todos falamos muito sobre sexo, mas os pais ainda não se aperceberam disso. Como ninguém fala connosco sobre estes assuntos nós acabamos por falar entre nós”* (rapariga); *“os pais acham que somos muito novos para falarmos nessas coisas”* (rapariga); *“ficam sempre com medo, já não nos deixam sair”* (rapariga); *“tiram-me a liberdade”* (rapariga); *“são muito protectores”* (rapariga); *“exageram muito, ficam logo muito preocupados e a pensar que estamos mesmo a pensar em ter relações sexuais”* (rapariga); *“há pais que nunca confiam em nós, aí não há nada a fazer”* (rapaz).

No externato alguns jovens admitem que nem sempre é fácil falar, não só porque os pais podem não ter todas as informações: *“devia haver alguém que lhes explicasse o que é que eles nos devem dizer e como devem dizer”* (rapariga), mas também porque nem sempre é fácil falar: *“o problema é que não temos à vontade para isso”* (rapariga); *“é complicado falar com os pais, é tabu”* (rapaz); *“eles não querem falar disso e nós também não”* (rapaz); *“não é um tabu, mas também não é fácil dizer de repente «olha, vamos falar de sexo»* (rapaz).

Na escola há mais jovens a referir que não falam com os pais sobre sexualidade: “*contava algumas coisas, mas não contava tudo*” (rapariga). Para a maior parte dos jovens da escola, os pais têm uma mentalidade retrógrada: “*são muito tradicionais e antigos*”. Tal como os alunos do externato, também referem a falta de vontade: “*é sempre constrangedor, tanto para pais como para filhos*” (rapariga); a crença de que os pais estão pouco informados “*acho que eles não sabem assim tanto sobre sexualidade, se calhar nós sabemos mais que eles*” (rapariga) e o medo da reacção dos pais “*tinha que ser muito jeitinho a falar com eles, porque iam zangar-se se eu abordasse o assunto de qualquer maneira*”. Os jovens referem ainda que os pais não dão espaço para que surjam conversas sobre sexualidade: “*eles imaginam que nós não pensamos em sexo*” (rapariga); “*eles até sabem que pensamos, mas fazem de conta que não estão a perceber*” (rapariga); “*vem logo aquela história: tens é idade para estudar. Quando acabares os estudos podes pensar nessas coisas, agora não*” (rapariga).

Relativamente ao medo, enquanto que os jovens do externato referem atitudes mais subtis (não aceitar, condenar, desconfiar), os jovens da escola apontam comportamentos mais agressivos e referem que esta é a principal razão porque não falam com os pais “*têm uma atitude severa, brusca*” (rapariga); “*os pais dão castigos se pensarem que já tivemos relações sexuais*” (raparigas).

#### “Falar só com a mãe”

Esta sub-categoria não estava pré-definida, mas surgiu pois foi referida por todos os grupos do externato, independentemente do género: “*É mais fácil falar com a mãe do que com o pai*” (resposta comum a todos os jovens); “*tenho uma relação muito aberta com a minha mãe, falo com ela*” (rapariga); “*as mães falam com as filhas e com os filhos*” (rapariga); “*a mãe é melhor que o pai*” (rapaz), “*as mães são mais compreensivas*” (rapariga). Mesmo assim, a tarefa das mães não é facilitada quando os filhos são do sexo masculino: “*como somos rapazes ainda é mais complicado. As mães falam com as raparigas e quando somos rapazes as mães têm mais dificuldade*” (rapaz); “*a mãe fala mais facilmente com a filha. Se somos rapazes também falamos com a mãe (porque o pai não fala sobre isso) e assim é mais difícil*” (rapaz).

Os progenitores do sexo masculino mostram um maior distanciamento: “*para os homens é mais difícil falar nessas coisas*” (raparigas); “*o meu pai nunca fala nessas coisas*” (rapaz). Quando se trata de conversar sobre sexualidade com raparigas, surgem dificuldades ainda maiores por uma questão de super-protecção: “*os pais falam mais com os filhos e não falam com as filhas*” (resposta referida por todas as raparigas); “*os pais pensam logo «ai a minha menina não faz essas coisas»*” (rapariga).

### “Falar com os irmãos”

No externato, surgiu também esta nova sub-categoria, que não foi referida na escola: “*prefiro falar com os meus irmãos mais velhos. Confio neles e sei que não vão contar nada aos meus pais*” (rapaz); “*se os irmãos forem mais velhos talvez*” (rapaz).

### “Não falar com os professores”

Relativamente aos professores, a grande maioria dos jovens de todos os grupos referiu que não se sente à vontade para falar de sexualidade “*nem pensar!!*”. Não foram encontradas diferenças entre escola e externato, nem entre rapazes e raparigas. As principais razões apontadas são: a falta de confidencialidade e a falta de confiança nos seus conhecimentos: “*principalmente por causa da confidencialidade, eles contam tudo aos nossos pais*” (rapariga, externato); “*há os professores e a psicóloga, mas não falava nem com eles nem com ela. Vão logo contar tudo aos pais*” (externato e escola, rapazes e raparigas); “*não confio muito nos conhecimentos dos professores*” (externato e escola, rapazes e raparigas); “*não é que eles não saibam, mas acho que há outras pessoas que conhecem melhor estes temas*” (rapaz, externato).

Ao contrário do externato, na escola surgiu outra razão: a falta de tempo. Os jovens da escola consideram que os professores não têm disponibilidade para falar de sexualidade com os alunos: “*na escola é para dar matéria, só pensam nisso*” (rapazes); “*eu compreendo que eles tenham que dar matéria. Se um professor decide falar de sexualidade e depois não tem tempo para dar matéria é ele que depois é prejudicado*” (rapariga).

### “Médicos”

Quanto aos médicos, as opiniões dividem-se. Alguns jovens referem que não acredita na confidencialidade: *“os médicos contam tudo aos pais”* (rapariga); *“não são de confiança. Dizem que é confidencial e depois contam aos pais”* (rapariga, escola). No entanto, alguns referem que *“há médicos bons e maus, alguns guardam segredo”* (rapariga, externato).

A maior parte dos jovens considera que poderia confiar num médico, desde que este tivesse características específicas: *“com os médicos depende. Eu não tenho confiança com nenhum, mas acho que até podia ter, dependendo do tipo de pessoa”* (rapaz, externato); *“eu não falava, mas era por ser médico. Não falava com ele porque é homem”* (rapariga).

### “Psicólogos”

Relativamente aos psicólogos, surge também a questão da falta de disponibilidade *“os psicólogos não são para isso, eles estão na escola só para os casos mais graves e não têm tempo para falar de sexualidade”* (externato, rapariga).

No entanto, os jovens da escola referem sentir confiança no psicólogo, tanto em relação à garantia de confidencialidade com em relação à forma como transmitem a informação: *“os médicos contam tudo aos nossos pais. Se for um psicólogo é diferente, porque eles têm obrigação de guardar os nossos segredos. Eu confiava num psicólogo e podia falar com ele sobre sexualidade. Um médico não”* (rapariga, escola); *“os psicólogos é que não contam aos pais, eles guardam os segredos”* (escola, rapariga); *“os psicólogos têm mais sensibilidade para estes assuntos de sexualidade porque já estão muito mais habituados a falar com adolescentes”* (rapariga, escola).

**“Pressão dos pares”** – A maior parte dos jovens refere que a pressão dos pares para que os jovens iniciem a sua vida sexual mais cedo é uma realidade. Segundo grande parte dos jovens, a pressão dos pares afecta essencialmente rapazes. Comparados com os jovens da escola, existem mais jovens no externato a admitir a existência de pressão dos pares.

### “Sim”

Para a maior parte dos rapazes do externato, a pressão dos pares é uma realidade: *“existe um pouco”*; *“claro! Se ninguém na minha turma fosse virgem eu também não queria ser o único”*; *“se eu fosse virgem acho que não era capaz de assumir. Às vezes as pessoas mentem, dizem que já não são virgens para impressionar. Mas isso acontece tanto em rapazes como em raparigas”*.

Para as raparigas do externato, as pressões dos pares não estão só relacionadas com as relações sexuais *“se todas as pessoas já não fossem virgens menos eu, era normal se eu tivesse vergonha de ser virgem”* mas também com os namoros: *“há rapazes que são casamenteiros e pressionam-nos para namorarmos com este ou aquele amigo”*; *“há pessoas que mentem em relação ao número de namorados, dizem que já tiveram muitos porque não querem ser mal vistas. Se toda a gente já teve menos eles, isso acaba por ser uma vergonha”*.

Tanto na escola como no externato e tanto os rapazes como as raparigas, os jovens consideram em maioria que são os rapazes quem mais sofre as pressões dos pares: *“os rapazes pressionam-se uns aos outros”* (raparigas, externato); *“os rapazes fazem apostas e dizem “daqui a 3 meses vou andar com aquela”* (rapariga, externato); *“fazem isso porque querem que os amigos pensem que eles são machos”* (rapariga, externato); *“eles têm medo de se sentirem inferiores”*; *“por exemplo, eu conheço uma rapariga e não ando com ela. Mas os meus amigos estão sempre a dizer «vai ter com ela»* (rapaz, escola); *“pressionam para termos muitas namoradas”* (rapaz, escola).

### “Não”

Na escola, muitos jovens referem que a pressão dos pares nem sempre existe: *“só tem namorado quem quer”* (rapazes e raparigas); *“em relação à sexualidade também ninguém pressiona”* (rapariga).

**“Idade de início das relações sexuais”** – Os jovens do externato referem mais vezes o adiamento do início da vida sexual, enquanto que os jovens da escola referem mais a antecipação. No entanto, a grande maioria refere que não existe uma idade ideal, sendo mais importante o grau de maturidade do jovem e o facto de se sentir preparado ou não. Também

nesta categoria se verificou uma participação mínima dos rapazes (externato e escola), que fizeram menos intervenções do que as raparigas.

### “Adiar”

A discussão nos grupos do externato centrou-se mais no adiamento das relações sexuais: *“eu não me imagino a ter relações sexuais agora”* (raparigas); *“só depois de encontrar a pessoa certa”* (rapariga); *“só lá para os 15 ou 16 anos”*; *“19 anos. Tenho curiosidade, mas não me vejo a fazer isso agora”* (rapariga); *“aos 13, 14 é a idade que mais se começa a vida sexual. A idade apropriada é 16. Só aos 16 é que o corpo já está formado”* (rapariga).

### “Antecipar”

Para os grupos entrevistados na escola, a idade de início das relações sexuais dos seus pares ronda os *“12, 13, 14, 15 anos”* (rapazes e raparigas); *“há pessoas que começam com 10 ou 9, eu conheço”*; *“as raparigas aqui andam com rapazes muito mais velhos, por exemplo com 21”* (rapariga). Estes jovens consideram que é demasiado cedo e atribuem causas a este fenómeno: *“a família é importante. Há famílias que dão liberdade a mais, não dão informação”* (rapaz); *“falta de atenção na família”* (rapariga); *“pessoas que se acham feias, não têm auto-estima”* (rapariga); *“pouca informação”* (rapaz).

**“Métodos contraceptivos”** – A maior parte dos jovens fez referência a poucos métodos contraceptivos. No entanto, desenvolveram-se em todos os grupos questões relacionadas com o preservativo.

### “Preservativo”

Não foram encontradas diferenças entre escola e externato, nem entre género. Para alguns jovens, comprar o preservativo continua a ser difícil *“eu tinha vergonha de ir a uma farmácia. Quer dizer, podia chegar lá, pedir e vinha embora. Mas depois ficava a pensar assim: e se o senhor da farmácia começar a olhar de lado para mim? E se ele me fizer alguma pergunta?”* (rapaz, escola). A maior parte dos alunos refere que o aparecimento de máquinas de venda automática veio facilitar a compra de preservativos por parte dos jovens

*“nas máquinas é mais fácil”* (rapazes, escola); *“eu tinha vergonha de ir a uma farmácia, mas agora há máquinas por isso não havia problema”* (rapaz, externato).

Para outros, é fácil falar sobre o preservativo *“não teria vergonha nenhuma se precisasse de comprar”* (rapaz, escola); *“hoje em dia já se fala mais abertamente”* (rapaz, externato); *“se o meu namorado não quisesse usar eu dizia-lhe que era muito importante”* (rapariga, externato); *“eu usava mesmo que tomasse a pílula, porque a pílula não previne as doenças”* (rapariga, externato); *“se ele não quiser usar preservativo é porque não gosta realmente de mim”* (rapariga, externato).

Alguns referem que dispensariam a sua utilização se confiassem no parceiro, especialmente as raparigas do externato *“quando já nos conhecemos bem não faz sentido continuar a usar. Tem tudo a ver com confiança”*; *“eu se tomasse a pílula não pedia ao meu namorado para usar preservativo”*; *“eu também não, desde que confiasse nele”*; *“se tivermos uma relação estável não há problema”*; *“se fizermos análises e estiver tudo bem não acho que seja necessário usar o preservativo”*.

***“Infecções Sexualmente Transmissíveis”*** – Nas sessões com os grupos foram referidas algumas crenças acerca das IST's. Discutiram-se também comportamentos de discriminação/aceitação dos doentes com SIDA, tendo sido notória uma maior discriminação nos grupos do externato e nos grupos dos rapazes.

### **“VIH/SIDA”**

Muitos dos jovens descreveram a SIDA como uma doença sexualmente transmissível. Mostram interesse em ver programas de televisão sobre a doença e optam por desenvolver o tema quando a escola solicita trabalhos de escolha livre: *“a SIDA é uma doença sexualmente transmissível”* (rapazes e raparigas, escola e externato); *“ouvimos falar na televisão e jornais”* (rapazes, externato); *“nós fizemos trabalhos sobre isso”* (rapazes e raparigas, escola).

### “Discriminação”

Verifica-se que os alunos do externato parecem discriminar mais os doentes com SIDA, comparados com os alunos da escola. Existem diferenças claras entre rapazes e raparigas, sendo os rapazes aqueles que mais discriminam.

No externato, quase todos os rapazes foram unânimes: *“se tivesse um colega com VIH... xiiii, isso eu não sei”* (rapaz); *“igual não era, eu não reagia bem”* (rapazes); *“eu não o aceitava”* (rapazes); *“não queria ser amigo dele”* (rapaz); *“não me importava que ele viesse estudar para cá, mas não se aproximava dele”* (rapaz); *“não me sentia à vontade”* (rapaz); *“se fosse minha namorada, não ficava mais com ela, terminava o namoro”* (quase todos os rapazes concordaram). Tal como referem estes jovens, a razão principal prende-se com o medo: *“pois, e se ele se cortasse? Eu não sabia o que fazer”* (rapaz); *“tinha medo”* (rapaz); *“sei que não é pelo ar que se transmite, mas se fosse amigo dele não ia conseguir parar de pensar que ele tinha SIDA”* (rapaz).

Na escola, alguns rapazes mostraram que ficariam na dúvida: *“eu ficava na dúvida, não sei”* (rapaz), mas tal como se verificou no externato, muitos referiram que não aceitariam um colega com VIH na escola: *“eu não aceitava”* (rapazes), mas outros optaram por referir que permitiam a sua entrada na escola, mas com algumas restrições: *“se fosse jogar futebol com ele escolhia-o para a baliza ou para suplente”* (rapaz); *“eu não o deixava ficar na minha turma”* (rapaz); *“ia para a ponta da sala”* (rapariga).

### “Não discriminação”

Tanto no externato como na escola, alguns dos jovens referiram que não discriminariam um colega que tivesse VIH. A maior parte dos jovens que referiu não discriminar eram raparigas. *“Se estivesse perto de um doente com SIDA eu reagia bem, para mim era normal, igual aos outros”* (rapariga, externato); *“claro que o aceitava na escola”* (rapariga, externato); *“eu não tinha dificuldade em tocar-lhe, em fazer educação física com ele. Não é assim que se pega”* (raparigas, externato); *“eu aceitava-o cá na escola e sentava-me ao pé dele”* (referido por todas as raparigas da escola); *“além disso, podemos até estar a conviver com pessoas que têm SIDA e não sabemos, por isso não vejo qual é o mal em ser amiga de alguém que tenha SIDA ou estar perto de alguém que esteja doente”* (rapariga, externato).

As raparigas referem ainda a importância da amizade, mostrando que a amizade pode ser mais importante do que o medo (irrealista) do contágio “*se fosse alguém especial, tipo um amigo aceitava*” (raparigas, escola); “*as raparigas têm mais sensibilidade, se não o conhecessem de lado nenhum também não o aceitavam, mas se fosse amigo sem dúvida que era como os outros amigos*” (rapariga, escola).

As raparigas referem que sabem da existência de diferenças entre género e atribuem as atitudes discriminatórias dos rapazes ao medo e a outras características associadas a diferenças de género: “*os rapazes são mais medricas*” (rapariga, escola); “*os rapazes discriminam mais, para eles tudo o que é diferente está mal*”; “*é o instinto, as raparigas têm o instinto de ajudar o outro*” (rapariga, escola); “*as raparigas são mais solidárias*” (rapariga, escola); “*mais altruístas*” (rapariga, escola).

### “IST’s”

No externato, esta sub-categoria foi pouco desenvolvida, pois os jovens referiram ter conhecimentos muito reduzidos acerca do assunto. Nos grupos da escola verificou-se que os conhecimentos eram um pouco mais aprofundados, principalmente por terem recentemente feito alguns trabalhos de pesquisa sobre IST’s.

Muitos jovens referem que têm poucos conhecimentos, apesar de saberem que podem ser infecções graves: “tenho medo, mas não sei quais são” (rapaz, escola). Alguns conhecem os nomes das infecções: “*gonorreia*”; “*SIDA, hepatite*” (rapazes, escola), mas mostraram ter pouca informação correcta “*sabemos que não as temos quando não aparecem sintomas*” (raparigas, escola).

**“Gravidez na adolescência”** – Relativamente a este tema foram identificadas diferenças entre os jovens do externato e os jovens da escola. Enquanto que os jovens do externato não desenvolveram muito o tema, os jovens da escola descreveram alguns casos que conhecem bem, relativos a colegas que engravidaram recentemente.

### “Casos que conhecem de perto”

Ao contrário dos alunos do externato, todos os jovens da escola referiram que conhecem pessoas que engravidaram precocemente, sem planejar a gravidez: *“aqui na escola há sempre muitas raparigas grávidas”* (rapaz); *“este ano houve e no ano passado ainda houve mais”* (rapariga); *“esta escola tem muitos problemas de gravidez na adolescência. As raparigas ficam grávidas, todos os anos há muitas”* (rapaz).

Alguns alunos da escola procuram atribuir causas à gravidez das suas colegas: *“a rapariga que engravidou era preta”* (rapaz); *“namoram com um, namoram com outro, depois engravidam e não há aborto nem nada”* (rapaz); *“os pais não lhes ligam”* (rapaz); *“não têm informação”* (rapariga).

Referem também as consequências: *“falam mal dela, comentam coisas”* (rapaz); *“falam de modo diferente com ela, não compreendem”* (rapaz); *“achamos sempre que são eles que têm a culpa. São irresponsáveis* (rapaz); *“nem sempre saem da escola”* (rapariga); *“uma rapariga tinha 14 anos e só disse à mãe quando estava grávida de 5 meses. Já não dava para fazer aborto e ela teve o bebé. Não deixou a escola e nem sequer chumbou, a escola ajudou-a. Agora o filho dela ficou à responsabilidade da avó, porque ela é menor”* (rapariga); *“ela tinha informação, mas aconteceu. Resolveram ter o filho e pronto. O namorado dela é mais velho, ela tem 13 anos e não trabalha. Ela afastou-se dos amigos. Elas depois têm que ficar com os filhos e por isso não ficam na escola”* (rapariga, escola).

### “Irresponsabilidade”

A grande maioria das intervenções dos alunos do externato pode ser integrada nesta sub-categoria. Mais uma vez, são as raparigas quem faz mais intervenções. Na discussão deste tema, os rapazes dos grupos da escola e do externato optaram por uma postura mais passiva. A maior parte destes jovens atribui a gravidez na adolescência a uma grande irresponsabilidade por parte do jovem: *“acho uma irresponsabilidade enorme. Há tantos métodos contraceptivos que não é aceitável que aconteça”* (rapariga, externato).

### “Conversas com os pais sobre gravidez”

Tanto na escola como no externato quase todos os jovens referem que os pais emitem frequentemente avisos claros sobre o que fariam se se deparassem com esta situação. Existem

diferenças claras entre a escola e o externato, relativamente à forma como os pais emitem essas mensagens.

No externato, os “avisos” dos pais surgem geralmente em mensagens implícitas e pouco directas *“os nossos pais investem muito em nós, gastam muito dinheiro connosco. No meu caso, depositam uma grande confiança em mim e eu não quero trair essa confiança. É por isso que não quero correr riscos”* (rapariga, externato); *“conheci uma rapariga assim. Os meus pais disseram-me que, quando descobriram que ela estava grávida tiraram-na desta escola e mandaram-na para uma pública. Ter um bebé tem muitas coisas negativas, como ter que abandonar a escola e ter que ir trabalhar”* (rapariga, externato). Nas conversas com as filhas, muitos pais referem que condenam a gravidez na adolescência, mas o seu apoio seria incondicional: *“sei que eles nunca me iam abandonar por eu ter um bebé”* (raparigas, externato).

Na escola, os pais comunicam geralmente através de ameaças claras: *“os meus batiam-me”* (no total, mais de metade dos jovens participantes nos três grupos deram esta resposta); *“ia trabalhar para as obras, já me avisaram”* (rapaz); *“a minha mãe punha-me na rua”* (rapariga); *“a minha mãe mandava-me para casa do meu pai e não queria saber mais de mim”* (rapariga); *“tinha que ir trabalhar, não me deixavam continuar a estudar”* (cerca de ¼ dos jovens dos 3 grupos); *“os meus reagem mal e deixavam de confiar em mim”* (rapariga). Alguns jovens referem também que os pais teriam que aceitar, uma vez que também eles tinham sido pais adolescentes: *“os meus aceitavam, eles também tiveram filhos muito novos”* (rapazes e raparigas).

***“Interrupção voluntária da gravidez”*** – Relativamente às opiniões acerca do aborto, as opiniões dividem-se. Verifica-se que é nos grupos da escola que são referidos mais exemplos de casos concretos, nomeadamente amigas e colegas. Verifica-se que é no externato que existem mais jovens a não concordar com o aborto.

### *“Sim”*

Alguns jovens concordam com a interrupção voluntária da gravidez (IVG), especialmente por considerarem que os pais nunca iriam aceitar a gravidez ou por sentirem ameaçado o percurso escolar ou o futuro: *“eu fazia. Os meus pais nunca iriam aceitar que eu*

*tivesse um filho e aceitavam o aborto*” (raparigas, externato); *“como é que eu ia ter um bebé e estudar? Sim, porque eu nunca ia deixar de estudar*” (rapariga, externato); *“concordo. Não vou estragar a minha vida por um filho que não desejei*” (rapariga, externato).

Quanto aos rapazes, consideram que uma das piores consequências do aborto prende-se com o facto de ser difícil, no futuro, para a mãe arranjar alguém que queira namorar com ela *“um dia separam-se e ela vai ficar sozinha com o filho e ninguém vai querer ser namorado dela porque já tem um filho. Depois o bebé cresce e nunca vai ter pai*” (rapaz, externato); *“eu não namorava com uma rapariga que já tivesse um filho*” (rapaz, externato).

Na escola, foram referidos casos reais: *“conheço pessoas que fizeram, adolescentes*” (todas as raparigas, escola); *“uma amiga minha fez no hospital e teve uma grande infecção. Agora já não pode ter filhos*” (rapariga, escola).

### “Não”

É no externato que mais jovens referem não concordar com o aborto, por um lado por considerarem que a gravidez pode ser evitável e por outro lado por admitirem que os pais nunca os abandonariam. Nesse caso, referem que preferiam levar a gravidez até ao fim *“eu não concordo com o aborto*” (rapariga).

**“Boas práticas associadas à intervenção na sexualidade”** – Na generalidade, os jovens fazem referência a consultas de planeamento familiar, com alguma ambivalência entre a curiosidade e o medo do desconhecido. São sugeridos pelos jovens alguns exemplos de boas práticas, nomeadamente na abordagem dos pais e na educação sexual nas escolas (periodicidade das sessões, conteúdos e técnicos mais indicados).

### “Planeamento familiar”

Esta sub-categoria foi mais desenvolvida pelo grupo das raparigas do externato. Nos grupos da escola eram poucos os alunos que sabiam o que eram consultas de planeamento familiar. Durante a sessão com o grupo, algumas raparigas admitiram já ter ido a uma consulta de planeamento familiar *“eu já fui a uma consulta de planeamento familiar no centro de saúde e sei que eles oferecem preservativos. Nessas consultas atendem-nos muito*

*bem, são pessoas que nos deixam à vontade e nem é preciso marcar. Vamos lá e atendem-nos logo”* (rapariga, externato); *“as consultas de planeamento não são à pressa como as outras. Conseguem arrancar de nós aquilo que não conseguimos falar com mais ninguém. Essas pessoas já estão muito habituadas a falar no assunto. Além disso, não nos obrigam a nada, só falamos daquilo que queremos”* (rapariga, externato).

Outras raparigas mostraram ter curiosidade e alguma ansiedade por não saberem como funciona. Surge mais uma vez a questão da confidencialidade e a necessidade em garantir que as informações não são transmitidas aos pais *“eu gostava de ir, mas não sei como é que funciona”* (rapariga, externato); *“gostava, mas primeiro queria que me explicassem o que é que o médico faz nessas consultas”* (rapariga, externato); *“gostava, mas se eu lhe contar coisas ele vai contar aos meus pais?”* (rapariga, externato); *“não sei, acho que gostava. Mas não é obrigatório ir a família toda?”* (rapariga, externato).

#### *“Comportamentos dos pais”*

Em todos os grupos (externato, escola, rapazes e raparigas) a maior parte dos jovens referiu que a abordagem dos pais deve ser repensada. Alguns jovens pensam que se deve falar de sexualidade na infância: *“eu acho que devia ser na infância”* (mais de metade dos jovens, externato); *“se eles falassem na infância (aos 10 anos), quando nós começássemos a namorar tínhamos mais vontade de falar com eles”* (rapariga, externato); *“se falassem naturalmente de sexualidade nessa idade, nós quando chegávamos à adolescência tínhamos muito mais à vontade para falar com eles e assim não temos”* (rapariga, escola); *“sim, na pré-adolescência, muito pré”* (rapariga, escola).

Alguns rapazes referem que não se deve falar de sexualidade na infância e que o comportamento dos pais deve manter-se como está: *“na infância não! Aos 8 anos não nos devem dizer certas coisas sobre sexualidade”* (rapaz, externato); *“não devem mudar nada. Na verdade a culpa não é só deles, é também nossa. Nós também não conseguimos falar com eles”* (rapaz, escola).

Na escola, também foi referida por alguns jovens a atitude de desconfiança dos pais, sempre que o filho quer falar de sexualidade, o que prejudica o diálogo: *“acima de tudo eles precisavam de confiar em nós para que nós nos sentíssemos à vontade a falar neste assunto”*

(rapaz, escola); *“e de nos dar liberdade, só assim é que nós podíamos mostrar se merecíamos essa confiança depositada em nós”* (rapaz, escola). Mais uma vez, os castigos e a severidade dos pais foi referida pelos alunos da escola *“não deviam dar castigos se falássemos em sexualidade”* (rapariga); *“se quando se começa a falar de sexualidade eles ficam logo com cara de maus, o que é que nós vamos dizer? Assim é difícil falar”* (rapariga, escola).

São referidos exemplos de boas práticas, nomeadamente *“ter uma conversa”*; *“falar de forma mais meiga, sem serem brutos”*; *“ter um ambiente descontraído”* (rapazes e raparigas, escola).

### *“Educação sexual nas escolas”*

A grande maioria dos jovens de todos os grupos (escola e externato) referiu que a educação sexual nas escolas é extremamente importante: *“acho bem a educação sexual nas escolas”*; *“é muito importante”*; *“esta escola devia ter”*; *“todas as pessoas deviam ter educação sexual”* (rapazes e raparigas, externato); *“tivemos na primária (3º e 4º ano). Desde que viemos para esta escola nunca mais tivemos educação sexual (raparigas, escola)”*; *“aqui não há, gostávamos”* (raparigas, escola).

Na escola, procuram-se explicações para a não existência de um programa de educação sexual e faz-se referência às respectivas consequências *“acham que somos muito novos, mas isso não é verdade. Assim há raparigas que engravidam na nossa idade. Se fosse cedo para falar sobre sexualidade, então elas agora não estavam grávidas”* (rapariga); *“esta escola não tem e devia ter. Acho que este problema da gravidez na adolescência ainda não despertou a atenção da nossa directora”* (rapariga).

Na opinião dos jovens existem alguns aspectos que devem ser trabalhados. Em todos os grupos foram surgindo sugestões e referência a boas práticas. Tanto os rapazes como as raparigas participaram activamente nesta discussão.

Quanto à dimensão e composição do grupo, a maior parte dos jovens está de acordo: *“se somos muitos ficamos inibidos”*; *“se há mistura entre rapazes e raparigas ficamos mais inibidos”* (raparigas e rapazes, externato). Sugerem ainda *“sessões com a turma toda, mas com sessões para rapazes e raparigas separados”* (quase todos os jovens do grupo da escola,

rapazes e raparigas); “*com mistura dava mau resultado, eles gozam muito*” (rapariga); “*podia haver um gabinete onde a pessoa pudesse ir lá sozinha quando precisasse, assim era confidencial e a pessoa sentia-se mais à vontade*” (rapariga, escola); “*até deviam fazer excursões a hospitais e falar de sexualidade, há escolas aqui perto que fazem isso*” (raparigas, escola).

A maior parte dos jovens do externato (rapazes e raparigas) fez referência à periodicidade das sessões, estando em maioria aqueles que referiram “*uma vez por semana*”.

Também foram sugeridos conteúdos, existindo um consenso entre quase todos os jovens: “*ter a oportunidade de fazer perguntas*” (rapazes e raparigas); “*permitir que o aluno deixe questões numa caixa, para ser anónimo*” (externato, rapaz). Os outros conteúdos referidos mais vezes foram: “*falar dos perigos, quando é que se deve usar/não usar preservativo, explicar como é quando se quer ter um filho, como se toma a pílula*” (rapaz, escola); “*explicar coisas relacionadas com a higiene*” (rapaz, escola); “*falar de precauções*” (rapaz); “*as doenças transmissíveis, não sabemos todas*” (rapariga, escola); “*efeitos da pílula*” (rapariga, escola); “*efeitos do aborto*” (rapariga, escola); “*como é que é feito um aborto e onde se deve recorrer*” (rapariga, escola).

Na opinião de quase todos os jovens, os técnicos que trabalham em educação sexual devem ter características muito específicas. A maior parte concorda que não devem ser professores: “*não podia ser com professores, mas até podia ser na escola*” (externato, rapaz); “*alguém que não se conhece há muito tempo. Estes professores conhecem-me desde pequeno e não me sentiria muito à vontade*” (rapaz, externato); “*dentro das outras aulas não podia ser porque os professores andam sempre à pressa para dar a matéria toda*” (rapariga, escola). Também não devem ser pessoas que tenham contacto directo com os pais “*tinha que ser alguém que não conhecesse os nossos pais*” (rapaz, externato); “*sim, alguém que fosse à escola, mas que não trabalhasse lá*” (rapaz, externato). Também não devem ser técnicos do sexo masculino e devem ser bastante jovens “*se for uma mulher é mais fácil e sentimo-nos mais à vontade para tirar dúvidas*” (rapazes, externato); “*as mulheres têm mais jeito para falar sobre estes assuntos, os homens não se sentem tão à vontade*” (raparigas, escola); “*devem ser jovens. Mais velhos que nós, claro*” (rapaz, escola); “*Pessoas muito velhas não podia ser, já não se lembram de como é ser adolescente, nem entendem os nossos problemas*” (rapariga, escola).

## Intervenção: Sessão de educação sexual

As sessões foram dinamizadas nas duas escolas que colaboraram na presente investigação: Externato Frei Luís de Sousa em Almada e Escola 2+3 Francisco Manuel de Melo na Amadora. Numa fase inicial, o director de turma recebeu uma informação sobre o delineamento do projecto e foi solicitada a sua colaboração. Nesta fase, o Director de Turma distribuiu pelos alunos uma carta destinada aos encarregados de educação para que estes tivessem conhecimento da realização da sessão e autorizassem o aluno a frequentar a mesma. O Director de Turma pediu também aos alunos para colocarem numa caixa um papel com dúvidas quisessem colocar.

As sessões tiveram a duração de 90 minutos e contaram com a participação bastante activa por parte dos alunos. Os conteúdos abordados na sessão podem ser consultados no anexo F ou através do blog <http://guiasexualidadeafectos.blogspot.com> (excerto no anexo D). Relativamente à avaliação que foi feita pelos alunos, não se encontraram diferenças entre os grupos e a maior parte dos jovens achou que a sessão tinha sido muito útil, especialmente porque facultou “*muita informação*”, permitiu “*esclarecer dúvidas*”.

Destacam-se alguns dos comentários feitos pelos alunos: “*antes da sessão achava que sabia tudo e afinal não sabia*”; “*na sessão falou-se de coisas que nunca tinha ouvido falar*”; “*ajudaram a esclarecer dúvidas que não colocaria aos meus pais*”; “*gostei de todas as partes e aprendi algo de novo em cada uma delas*”. Quanto aos conteúdos, os preferidos foram aqueles que desenvolveram temas como os métodos contraceptivos, as IST's, os afectos, a adolescência, namorar e curtir.

#### IV – DISCUSSÃO

Pretendeu-se com este trabalho aprofundar a compreensão dos aspectos que determinam a sexualidade dos adolescentes, nomeadamente crenças, atitudes e comportamentos de risco. Enfatizou-se a importância da educação sexual nas escolas, apurando quais são os factores que devem ser trabalhados a este nível e quais os factores que marcam especificidades em diferentes grupos de adolescentes. Desta forma, pretendeu-se utilizar diferentes estratégias de intervenção, adaptadas a populações específicas e de diferentes condições sociais. Com recurso a uma metodologia mista, procurou-se avaliar de forma global jovens provenientes de diferentes ambientes socioculturais, para que com base nos resultados se possa dar um contributo à construção adaptada de programas de prevenção/intervenção.

Estudou-se quantitativamente uma população a nível nacional e duas escolas inseridas em diferentes contextos socioculturais. Estudaram-se qualitativamente grupos de alunos destas duas escolas e, com base nos resultados, delineou-se um plano interventivo para todas as turmas do 8º ano nestas duas escolas, que se colocou em prática na fase final do estudo.

Na comparação entre o estudo nacional nacional HBSC de 2006 e o estudo quantitativo efectuado nas duas escolas em 2008 verifica-se que não existem grandes diferenças a apontar, o que nos sugere que as turmas estudadas em 2008 se assemelham bastante ao universo estudado em 2006 a nível nacional. Tal como no estudo nacional, foram identificadas algumas diferenças de género, assim como diferenças entre grupos provenientes de diferentes contextos socioeconómicos. A avaliação qualitativa, obtida através dos grupos focais, permitiu-nos identificar claras diferenças entre grupos provenientes de diferentes contextos socioculturais, o que justifica a criação de programas de educação sexual adaptados a diferentes populações.

Vários autores têm investigado ao longo dos últimos anos quais os factores que mais influenciam o comportamento sexual dos jovens (Kirby, 2001 a; Muluka, & Slonim-Nevo, 2007; Parker & Camargo, 2000; Pontes et al, 2004). Os resultados do presente estudo corroboram os resultados encontrados por estes autores e sugerem que os factores que mais influenciam os seus comportamentos sexuais são os seguintes: factores económicos, características da comunidade, cultura, nível de informação, factores associados às diferenças de género, estrutura familiar, influência dos pares, crenças/atitudes sobre sexualidade e relação com a escola. Tal como refere Kirby (2001 a) os adolescentes estudados também

consideram que estes factores podem ser trabalhados no âmbito da promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Os **factores económicos e o ambiente vivido na comunidade**, em especial nos bairros sociais, encontram-se associados a um maior número de comportamentos de risco. Nos bairros sociais, a presença de pessoas pertencentes a comunidades carenciadas e migrantes não permite, através de uma avaliação quantitativa, que se consiga perceber se são os factores económicos ou a etnicidade que se relacionam mais directamente com os comportamentos de risco. A utilização de uma metodologia mais qualitativa permitiu-nos perguntar directamente aos jovens qual a sua opinião relativamente a esta questão. Em todos os grupos os jovens referem que os factores económicos, e não tanto a etnicidade, influenciam em grande medida os comportamentos sexuais dos jovens. Estes resultados confirmam aquilo que defendem alguns autores, ou seja, os factores socioculturais podem influenciar a sexualidade e o planeamento familiar dos indivíduos (Kirby, 2001; Singh, Darroch, & Frost, 2001). Além de estarem menos informados, estes jovens têm também menos condições económicas para comprar preservativos e menos acesso às consultas de planeamento familiar. Além disso, as famílias mais carenciadas apresentam também características específicas, nomeadamente uma maior insegurança relativamente à qualidade da informação que podem transmitir, uma dificuldade em conversar sobre sexualidade com os filhos e uma tendência para abordar o assunto com agressividade, tal como se verifica nos temas desenvolvidos em grupo focal pelos alunos mais carenciados. Esta atitude agressiva associada aos comportamentos sexuais dos filhos pode ter repercussões negativas. Tal como referem alguns autores, os comportamentos repressivos, punitivos ou contraditórios por parte dos pais podem ter o efeito oposto ao pretendido (Deering, 1993; Taquette et al., 2005; Weiss, 2007), o que coloca em risco os jovens que se inserem nas famílias que apresentam estes padrões de comportamento.

Relativamente às condições económicas, este estudo identificou algumas especificidades dos grupos entrevistados no externato, jovens pertencentes à classe média-alta. Verifica-se que estes jovens têm mais acesso à informação correcta, mas menos percepção de risco, referindo-se sempre aos “outros” (ou seja, os jovens que frequentam as escolas públicas, os mais pobres ou os jovens migrantes) como aqueles que estão mais expostos ao risco. Verifica-se também que dão menos importância à utilização do preservativo (e mais importância dos contraceptivos), por considerarem que a confiança no

parceiro os pode proteger de contraírem uma doença. Estes jovens mostram também uma atitude mais discriminatória perante os doentes com VIH. Mostram grande preocupação com a possibilidade de um dia se depararem com uma gravidez não desejada, especialmente pelo medo de terem que abandonar os estudos e os seus objectivos para o futuro. Muitos jovens referem ainda o medo de trair a confiança dos pais e de os deixarem desiludidos, por acharem que os pais investem bastante no seu bem-estar e na preparação para o futuro.

Apesar de maioritariamente os jovens que participaram no estudo considerarem que são os factores económicos e não a etnicidade que influenciam os comportamentos sexuais dos jovens, alguns dos participantes no estudo referiram que os jovens africanos e brasileiros têm comportamentos diferentes, comparados com os jovens portugueses. Atribuem estas diferenças à **cultura**, que se traduzem em comportamentos mais desinibidos, menos conhecimentos e menos investimento no planeamento familiar. Estes resultados confirmam as diferenças identificadas no estudo quantitativo HBSC 2006, que apontavam para uma discrepância entre os jovens da CPLP e os jovens de nacionalidade portuguesa, sendo os primeiros aqueles que iniciavam a vida sexual mais cedo e aqueles que se protegiam menos.

Actualmente a sexualidade já não é encarada como um tabú. Os jovens conseguem facilmente obter informações sobre os mais variados assuntos e encontram rapidamente respostas para as suas dúvidas. No que diz respeito às fontes de **informação**, assiste-se actualmente a mudanças significativas a este nível. Verifica-se que os jovens dão grande importância a meios que há alguns anos atrás não existiam, como é o caso da Internet, uma das fontes de informação mais referidas no estudo de 2006, no estudo de 2008 e nos grupos focais. Estes resultados confirmam os resultados de diversos autores (Borzekowski, & Rickert, 2001; Hansen, Holly, Resnick, e Richardson, 2003). Uma análise mais qualitativa através dos grupos focais permite-nos observar que esta fonte nem sempre transmite informação correcta e, por vezes, culmina no visionamento de sites com pouca qualidade técnica e/ou no acesso a conteúdos pornográficos e desadequados à idade, que transmitem muitas vezes aos jovens informações contraditórias e erradas. A atenção dada aos programas de televisão, especialmente séries televisivas (por exemplo, “Morangos com Açúcar”) também é comum no discurso de muitos jovens. Alguns autores defendem que a informação passada através dos media nem sempre é credível e que os jovens nem sempre confirmam a credibilidade das informações que recebem. Relativamente à televisão, alguns estudos sugerem que os jovens que se baseiam essencialmente nas informações transmitidas por este

meio têm mais probabilidade de antecipar o início da vida sexual, em comparação com os jovens que optam por escolher os pais como fontes de informação preferenciais (Bleakley, Hennessy, Fishbein, & Jordan, 2008).

A informação obtida nem sempre está correcta e prova disso é o facto de grande parte dos jovens entrevistados, especialmente os mais carenciados, não saberem o que significa “consulta de planeamento familiar”. Além disso, grande parte dos jovens tem dificuldade em caracterizar as principais IST’s e não sabe como se pode proteger. Estes resultados são independentes do ESE e do género, tal como é sugerido pelos grupos focais. Considera-se que estes dados são extremamente preocupantes, já que o estilo de vida actual (início precoce da vida sexual, muitos parceiros sexuais, poucas relações estáveis) contribui para que os jovens sejam um alvo fácil para a contracção de IST’s (Charlotte, Fitzjohn, Herbison, & Dickson, 2000). Portugal tem dos piores índices da Europa no que diz respeito às ISTs e é fundamental que os jovens recebam informação correcta sobre os seus riscos (Caetano, 2006).

É fundamental que se tenha em conta a crescente importância dada a estas fontes de informação e que se procure compreender que podem levar a comportamentos de risco, especialmente se os jovens se mantiverem sozinhos enquanto recebem informações provenientes da Internet, da televisão e dos amigos. Durante as sessões dinamizadas, alguns alunos referiram que as séries televisivas influenciavam as decisões que tomavam em relação às suas próprias relações amorosas e que agiam muitas vezes em conformidade com os comportamentos das personagens. Por outro lado, quando estes programas transmitem informações sobre temas associados à sexualidade (e.g. contracepção), também se verifica que os jovens adquirem e retêm mais facilmente os conhecimentos, pois identificam-se com as personagens que os transmitem. Para que se obtenham vantagens associadas a estas novas preferências dos jovens deve existir um maior controlo da qualidade da informação transmitida através destes meios, assim como uma sensibilização dos pais para poderem pesquisar informação na Internet juntamente com os jovens e assistir em conjunto a séries televisivas. Estas actividades realizadas em conjunto podem ser um bom ponto de partida para conversas entre pais e filhos sobre sexualidade.

Enquanto que as opiniões acerca dos professores são unânimes (quase todos os jovens referem que nunca iriam recorrer ao professor para conversar sobre sexualidade,

especialmente por não acreditarem na confidencialidade das conversas), as opiniões acerca dos pais dividem-se. Os jovens provenientes de famílias com melhores condições económicas mostram maior interesse em recorrer aos pais para falar sobre sexualidade, comparados com os jovens mais carenciados. Apesar de todos referirem que existe uma barreira clara na comunicação (falta de à vontade de pais e filhos), os alunos do externato mostram confiar mais nos pais e sentem uma maior disponibilidade da parte destes. Existe também uma clara preferência em conversar com a mãe, por considerarem que as mulheres têm mais facilidade em falar sobre sexualidade, tanto com filhos como com filhas.

A forma como são educados e o tipo de mensagens implícitas enviadas pelos pais determina claras **diferenças de género** na forma como os adolescentes vivem a sexualidade. Independentemente dos factores económicos, os rapazes e as raparigas referem que a família transmite a informação de forma muito diferente. Assim, e tal como referem os jovens dos grupos focais, os rapazes parecem ter sido educados para serem mais atrevidos, para terem muitas namoradas e para terem uma vida sexual muito activa. As raparigas, por outro lado, devem pensar mais no amor e nos sentimentos. Quando admitem falar de sexo ou tomar a iniciativa numa relação, são conotadas (pela família e pelos rapazes) como muito “oferecidas”. As raparigas consideram injusto o facto de não aceitarem que uma rapariga adolescente tenha uma vida sexual activa, assim como a superprotecção dos pais, que geralmente não se estende ao género masculino.

Muitos dos comportamentos relacionados com a promoção da própria saúde são aprendidos no **contexto familiar** durante os primeiros anos de vida, onde os pais e os familiares mais próximos funcionam como modelos (WHO, 2000). No presente estudo, verificou-se que os jovens filhos de pais adolescentes sentiam que as suas atitudes perante uma gravidez não planeada na adolescência eram mais tolerantes, comparados com os outros jovens. Estes jovens referiram também uma ausência de comunicação sobre sexualidade com os seus pais, que se mostravam pouco à vontade para abordar o assunto. Alguns autores (Deering, 1993; Taquette et al., 2005; Weiss, 2007) defendem que a tolerância excessiva, associada à ausência de comunicação, aumentam os comportamentos de risco entre os jovens.

A **influência dos pares** exerce uma importância significativa nas decisões dos jovens, tal como defendem alguns autores (Albino, Vitalle, Schussel, Batista, 2005; Borges, Latorre, & Schor, 2007; Martins, Nunes, Muñoz-Silva; & Sanchez-Garcia, 2008). No presente estudo, verifica-se a existência de um desfasamento entre a idade estimada e a idade real do início da vida sexual dos jovens. Num estudo sobre a idade de início das relações sexuais verifica-se que os jovens entre os 16 e os 20 anos referem ter iniciado a sua vida sexual aos 16,3 (Durex, 2005). Quando questionados sobre a idade de início das relações sexuais dos seus pares, no presente estudo apenas os jovens do externato mostram uma aproximação à realidade (16,2 anos). Os jovens da escola consideram que os seus pares iniciam a vida sexual antes dos 15 anos (14,8 anos). Tendo em conta a existência de uma influência dos comportamentos dos pares, é importante salientar que as estimativas que os jovens fazem acerca da vida sexual dos seus pares pode ter consequências nos seus comportamentos e, em especial no caso dos alunos da escola, estas estimativas podem levar os jovens a antecipar o início da sua vida sexual por pensarem que os seus colegas/amigos já são sexualmente activos.

No presente estudo foram encontradas diferenças claras entre escolas, relativamente ao início da vida sexual. No externato os jovens falam em adiar as primeiras experiências sexuais por acharem que ainda não estão preparados emocionalmente para perder a virgindade, preferindo centrar-se nos estudos e nos namoros que não incluam relações sexuais. Estes jovens consideram que a maior parte dos seus pares ainda não teve relações sexuais e falam sobre sexualidade como uma experiência associada ao futuro. Na escola, os jovens referem que a maior parte dos seus pares já iniciou a vida sexual. Nos grupos focais, e também durante a dinamização das sessões, verifica-se que estes jovens colocam a questão do início da vida sexual no presente. Adicionalmente, estes jovens vivem com intensidade os problemas dos seus pares, nomeadamente os diversos casos de gravidez não planeada que surgem na escola todos os anos.

No que diz respeito à pressão dos pares, verifica-se que são os rapazes quem exerce mais pressão para que os outros tenham uma vida sexual activa. Tal como se pode verificar no estudo qualitativo, os rapazes referem que essa pressão existe essencialmente entre os grupos de rapazes. Estes resultados vão de encontro aos de Arilha e Calazans (1998, cit. por Vieira, 2008) e são mais comuns entre os rapazes de classe média-alta (grupos focais do externato).

Relativamente às **crenças e atitudes**, sabe-se que a estimativa que os jovens fazem da idade de início das relações sexuais dos seus pares é um factor que pode influenciar as suas decisões. Verifica-se no presente estudo que, quanto mais baixo o ESE, mais baixa é a idade estimada das relações sexuais dos pares. Relativamente às diferenças de género, verifica-se que a idade estimada pelos rapazes é mais baixa que a idade estimada pelas raparigas.

Outro aspecto a salientar relaciona-se com as crenças e atitudes associadas aos doentes com VIH/SIDA. Relativamente aos conhecimentos sobre a doença, a maior parte dos jovens mostra ter conhecimentos correctos, sendo as raparigas e os jovens provenientes de meios mais diferenciados aqueles que têm mais conhecimentos correctos acerca dos modos de transmissão. Estes resultados foram observados nos estudos HBSC 2006, tendo sido identificada uma evolução positiva nos conhecimentos dos jovens em 2006, em comparação com o estudo HBSC 2002 (Matos et al, 2006). No entanto, a atitude perante os doentes é geralmente discriminatória, apesar de reconhecerem que se trata de um contra-senso (a proximidade física e a amizade não constituem risco de contágio) muitos jovens admitem que não seriam capazes de se sentar a lado de um doente com VIH/Sida nem de manter uma amizade. Verifica-se, através de comparações entre os diversos estudos HBSC ao longo dos anos, que a atitude discriminatória perante os doentes tem vindo a aumentar (Matos et al, 2006). Se estes resultados já estavam presentes nos estudos quantitativos, é nos grupos focais que esta atitude discriminatória surge mais claramente. São os rapazes, especialmente aqueles que são provenientes de famílias mais diferenciadas, quem apresenta uma atitude mais discriminatória. Nos grupos focais, a principal causa referida prende-se com o medo, admitido como irracional, uma vez que os jovens sabem que o contacto entre colegas de escola não é uma forma de contágio. Por outro lado, as raparigas (independentemente do ESE) apresentam uma atitude muito mais tolerante perante os doentes com VIH/SIDA, justificando esta atitude com um sentimento de segurança relativamente à qualidade dos conhecimentos que têm sobre os modos de transmissão. São também referidos valores como a amizade e o interesse em ajudar o outro para justificar esta atitude.

A melhor forma de combater os inúmeros problemas associados a uma sexualidade pouco responsável passa pela prevenção e mudança de comportamentos (Dias, Matos, & Gonçalves, 2002; Matos et al, 2003), sendo fundamental que a **escola** reuna esforços para a organização de uma intervenção a este nível. Tal como defendem alguns autores (Malik,

Oandasan, & Yang, 2002) é fundamental a criação de inúmeras estratégias de promoção da saúde nesta faixa etária. No entanto, esta realidade ainda é rara em Portugal. Tal como se verificou neste estudo, a intervenção na área da educação sexual ainda não existe em muitas escolas, apesar de se tratar de um país onde existem elevados índices de gravidez na adolescência e IST's (Caetano, 2006).

Os alunos, independentemente do género, cultura ou condição social, consideram fundamental a existência de educação sexual nas escolas, referindo que existem alguns aspectos importantes a ter em conta. Na generalidade, os jovens referem que a educação sexual deve começar na infância e em casa. Os pais devem ter uma atitude de naturalidade, manter um ambiente descontraído, não fazer juízos de valor e não agir com comportamentos repressivos. Para os jovens que fizeram parte do estudo, a educação sexual deve iniciar-se no 1º Ciclo do Ensino Básico e prolongar-se até ao final da adolescência. Os grupos devem ser pequenos e as sessões devem ser dinamizadas por técnicos com formação específica na área, de preferência do sexo feminino. Os técnicos não devem fazer parte do corpo docente da escola e a confidencialidade deve ser garantida com todo o rigor. Quanto aos temas focados nestas sessões, os jovens consideraram menos importantes as matérias relacionadas com o sistema reprodutor (pois trata-se de uma matéria que está incluída no programa de uma das disciplinas), mostrando preferência pelos temas relacionados com os diferentes tipos de contraceptivos, as infecções sexualmente transmissíveis, os afectos, as relações amorosas, as diferenças de género e as mudanças associadas à adolescência. Quase todos os jovens referiram a importância de um momento para responder a dúvidas.

Paralelamente a estas sessões, os alunos sugerem a organização de sessões de sensibilização dinamizadas por adolescentes mais velhos, com quem os mais jovens se conseguem identificar mais facilmente, e a existência de um gabinete de atendimento individual, onde os jovens podem ter um acompanhamento mais personalizado.

Verificou-se com este estudo que os jovens são diferentes, no que diz respeito ao género, cultura e condições económicas. No entanto, considera-se que esta conclusão tem as suas limitações, dada a dimensão reduzida da amostra. Ainda que se trate de uma avaliação qualitativa, seria benéfico se fossem realizados mais grupos focais noutras escolas, o que permitiria entrevistar um maior número de alunos. Relativamente à intervenção, também se

considera que deveria alarga-se a um maior número de turmas e a diferentes faixas etárias. Tal como referem alguns dos jovens que participaram no estudo, também seria interessante que existisse um momento na sessão de educação sexual em que os grupos tivessem uma dimensão mais reduzida (cerca de 10 alunos) e não fossem mistos, para que rapazes e raparigas se sentissem mais à vontade a colocar as suas dúvidas. O delineamento de um estudo longitudinal, que permitisse acompanhar os alunos ao longo de vários anos também permitiria uma investigação da sua evolução, assim como uma acção interventiva mais sólida. A elaboração de um programa de educação sexual mais desenvolvido e pormenorizado (com mais horas de duração e ao longo ao ano lectivo) permitiria não só aumentar a quantidade de informações transmitidas, como também a realização de actividades mais interactivas, dinâmicas de grupo, debates, role-play, visionamento de vídeos e utilização de recursos técnico-pedagógicos mais diversificados (no anexo G pode ser consultada uma proposta de actividades para um programa de educação sexual com estas características). Tal como sugerem os resultados deste trabalho, estas sessões devem ser cuidadosamente adaptadas à população alvo, tendo em conta as suas características e necessidades específicas, especialmente no que diz respeito ao género, cultura e condições económicas.

Uma escola promotora de saúde deve ser considerada como fonte de desenvolvimento de atitudes e comportamentos orientados para a promoção da saúde e bem-estar (WHO, 2000). Por esta razão, é fundamental que se reúnam esforços para que se desenvolvam programas que permitam aos jovens viver a sexualidade de uma forma saudável.

## V – REFERÊNCIAS

- Aarons, S., & Jenkins, R. (2002). Sex, Pregnancy, and Contraception-related Motivators and Barriers among Latino and African-American Youth in Washington, DC, *Sex Education*, 2, 1, 5-30.
- Albino, G., Vitale, M., Schussel, E., & Batista, N. (2005). A sexualidade pelo olhar das jovens: contribuições para a prática do médico de adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, 23, 3, 124-129.
- Aronowitz, T. (2005). Heterosocial Behaviors in Early Adolescent African American Girls: The Role of Mother-Daughter Relationships. *Journal of Family Nursing*, 11, 2, 122-139.
- Aronowitz, T., Todd, E., Agbeshie, E., & Rennells, R. (2007). Attitudes that affect the ability of African American preadolescent girls and their mothers to talk openly about sex. *Issues in Mental Health Nursing* 28, 1, 7-20.
- As-Sanie, S., Gantt, A., & Rosenthal, M. (2004). Pregnancy Prevention in Adolescents *American Family Physician*, 70, 8, 1517-1524.
- Ashcraft, C. (2006). "Girl, you better go get you a condom": Popular culture and teen sexuality as resources for critical multicultural curriculum. *Teachers College Record*, 108, 10, 2145-2186.
- Bleakley, A., Hennessy, M., Fishbein, & M., Jordan, A. (2008). How Sources of Sexual Information Relate to Adolescents' Beliefs About Sex. *American Journal of Health Behavior*, 33, 137-48.
- Blum, R., Beuhring, T., Shew, M., Bearinger, L., Sieving, R., & Resnick, M. (2000). The Effects of Race/Ethnicity, Income, and Family Structure on Adolescent Risk Behaviors. *American Journal of Public Health*, 90, 12, 1879–1884.
- Borges, A; Latorre, M., & Schor, N. (2007) Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil, *Cadernos de Saúde Pública*, 23,7
- Borzekowski, D., Rickert, V. (2001). Adolescent Cybersurfing for Health Information. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 115 consultado a 26 de Junho de 2008 através de <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/155/7/813.pdf>
- Brückner, H., Martin, A. & Bearman, P. (2004). Ambivalence and Pregnancy: Adolescents' Attitudes, Contraceptive Use and Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36, 6, 248–257.
- Burgess, V., Dziegielewski, S, & Green, C. (2005). *Familial Sex Communication*. London: Oxford University Press.
- Caetano, J. (2006). Prefácio. In M. Matos & Cols (Eds.). *Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses*. Relatório Preliminar HBSC 2006. Consultado em 9 de Setembro de 2007 através de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/Indicadores%20deSaude.pdf>

- Campbel, C. & Mzaidume, Y. (2002) How can HIV be prevented in South Africa? A social perspective. *British Medical Journal*, 324, 229-232
- Carvajal, S., Parcel, G., Banspach, S., et al. (1999). Psychosocial predictors of delay of first sexual intercourse by adolescents. *Health Psychology*, 18, 443-452.
- Clark, L., Barnes-Harper, K., Ginsburg, K., Holmes, W., & Schwarz, D. (2006). Menstrual irregularity from hormonal contraception: a cause of reproductive health concerns in minority adolescent young women. *Contraception*, 74, 3, 214-219
- Connell, P., McKeivitt, C., & Low, N. (2004). Investigating ethnic differences in sexual health: focus groups with young people. *Sex Transmitted Infections*, 80, 300-305.
- Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida (2007). O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infecção pelo VIH/sida – 2007/2010 retirado de <http://www.acs.min-saude.pt> em 9 de Setembro de 2007.
- Cuffee, J., Hallfors, D., & Waller, M. (2007) Racial and Gender Differences in Adolescent Sexual Attitudes and Longitudinal Associations with Coital Debut *Journal of Adolescent Health*, 41, 1, 3-13.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO.
- Durex. *Give and Receive – 2005 Global Sex Survey Results*. Retirado da Internet em 5 de Maio de 2008, [www.durex.com/gss](http://www.durex.com/gss) .
- Edmunds, H. (1999). *The Focus Group Research Handbook*. London: McGraw-Hill Professional
- Ekere, Ogungbade, Gbadebo, Osemene, Meshack, & Peters (2005). Strategies to prevent HIV transmission among heterosexual African-American men. *BMC Public Health*, 5, 3.
- Fern, E. (2001). *Advanced Focus Group Research*. London: Sage Publications.
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999) Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1, 19-28.
- Gaspar, T. & Matos, M. (2007). Comportamentos de saúde de adolescentes migrantes e o efeito protector da relação com os avós. *Revista de Estudos demográficos*, 41, 38-51.
- García, M. (2006). *Sexualidade Humana*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Greenbaum (1998). *The Handbook for Focus Group Research*. London: Sage Publications.

- Hansen, Holly, Resnick, & Richardson (2003). Adolescents searching for health information on the Internet: an observational study. *Journal of Medical and Internet Research*, 5, 4  
Consultado em 26 de Junho de 2008 através de [www.jmir.org/2003/4/e25](http://www.jmir.org/2003/4/e25)
- IOM (2004). Migration from Latin America to Europe: Trends and Policy Challenges. *IOM Migration Research Series*, 16: IOM.
- Jones, N. & Haynes, R. (2006). The association between young people's knowledge of sexually transmitted diseases and their behaviour: A mixed methods study *Health, Risk & Society*, 8, 3, 293 – 303.
- Juarez, F., Martin, T. (2006). Safe Sex Versus Safe Love? Relationship Context and Condom Use Among Male Adolescents in the Favelas of Recife, Brazil. *Archives of sexual behaviour*, 35, 1, 25-35.
- Keller e Belle (2005). STDs.com: Sexuality Education Online. *Education and Health* 23, 1, 11-12.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299-302
- Lefkowitz, E., Boone, T., Kit-fong, T., & Sigman, M. (2003). No sex or safe sex? Mothers' and adolescents' discussions about sexuality and AIDS/HIV. *Health Education Research*, 18, 3, 341–351.
- Manuel., S. (2005). Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo city, Mozambique. *Culture, Health & Sexuality*, 7, 3, 293 – 302.
- Marques *et al*, (1999). *Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas: Um Projecto Experimental*. Consultado em 11 de Março de 2007 através de <http://www.min-saude.pt>
- Martins, A. Nunes, C., Muñoz-Silva, A.; Sanchez-Garcia, M. (2008). Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva, *Psico*, 39, 1, 7-9.
- Matos, M. G. (in press). Correr riscos e proteger-se. In M. Matos (Org.) *Sexualidade, Segurança e SIDA: Estado da Arte e Propostas em Meio Escolar*.
- Matos, M. G. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M. G., Gaspar, T., Vitória, P. & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o tabaco: Rapazes e raparigas*. Publicação: Conselho de Prevenção do tabagismo.
- Matos, M.G., Gonçalves, A., & Gaspar, T. (2005). *Aventura social, etnicidade e risco: Prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes*. Publicação IHMT/CMDT/UNL.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Pereira, S., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Comportamento Sexual e Conhecimentos, Crenças e Atitudes Face ao*

- Mayo, P. (2005). Educação crítica e desenvolvimento de uma cidadania multi-étnica. Uma perspectiva da Europa do Sul. *Revista Lusófona de Educação*, 6, 47-54.
- Merchán-Hamann, E. (1995). Grau de Informação, Atitudes e Representações Sobre o Risco e a Prevenção de AIDS em Adolescentes Pobres do Rio de Janeiro, Brasil *Cadernos de Saúde Pública*, 11, 3, 463-478.
- Moore, A. (2006). Gender role beliefs at sexual debut: Qualitative evidence from two Brazilian cities. *International Family Planning Perspectives*, 32, 1, 45–51
- Morgan, D. (1998). *Planning Focus Groups*. Consultado em 2 de Agosto de 2007 através de <http://idrinfor.idrc.ca/>
- Morgan, D., King, J, & Krueger, R. (1998). *Focus Group Kit*. London: Sage Publications.
- Mullen, P., Ramírez, G., Strouse, D., Hedges, L., & Sogolow, E. (2002). Meta-analysis of the Effects of Behavioral HIV Prevention Interventions on the Sexual Risk Behavior of Sexually Experienced Adolescents in Controlled Studies in the United States *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30, 94-105.
- Muluka, L., & Slonim-Nevo, V. (2007). AIDS-related knowledge, attitude, and behavior among adolescents in Zambia. *Ethnicity & Disease*, 16, 2, 488-494.
- Mushi, D. Mpembeni, R. & Rose, A. (2007). Knowledge about safe motherhood and HIV/AIDS among school pupils in a rural area in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7, 5. Consultado a 7 de Janeiro de 2008 através de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-7-5.pdf>
- Nagel, J. (2000) Ethnicity and sexuality, *Annual Review of Sociology*, 26, 107-133
- Ndinda, C. Chiweni, U., Uzodike, C. & Okeke, R. (2007). Gender relations in the context of HIV/AIDS in rural South Africa, *Aids Care*, 19, 7, 844-849
- O'Donnell, L., Dash, K., JeanBaptiste, V., Stueve, A., & Wilson, R. (2002). Understanding early sexual initiation and sexual risk taking among young, urban minority adolescents: The Reach for Health (RFH) Middle Childhood Study. *International Conference of AIDS*. Jul 7-12. Consultado em 10 de Setembro de 2007 através de <http://gateway.nlm.nih.gov>
- Pacheco-Sánchez, C. et al. (2007). Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Pública de México*, 49, 1, 45-51
- Parker, R. (1997). Migration, sexual subcultures, and HIV/AIDS in Brazil. In: Herdt, G., (Ed.). *Sexual culture and migration in the Era of AIDS: anthropological and demographic perspectives*, p. 55-69. Oxford: Claredon

- Parker, R., Easton, D. Klein, C. (2000). Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. *AIDS*, 14, 1, 22-32.
- Parker, R. (2001). Sexuality, culture and power in HIV/AIDS research. *Annual Review of Anthropology*, 30, 166-179.
- Parker, R. & Camargo, K. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 1, 89-102.
- Pontes et al (2004). Prevention of HIV infection among migrant population groups in Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1, 320-328.
- Promundo (2001). *Da violência para a convivência. Trabalhando com homens jovens*. Retirado da world wide web a 6 de Julho de 2008 através de [www.promundo.org.br](http://www.promundo.org.br)
- Promundo (2001a). *Razões e emoções. Trabalhando com homens jovens*. Retirado da world wide web a 6 de Julho de 2008 através de [www.promundo.org.br](http://www.promundo.org.br)
- Reis, M. & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. *Análise Psicológica*, 4, 22, 737-745.
- Rivers, K. & Aggleton, P. (2002). Working with young men to promote sexual and reproductive health. Retirado da world wide web a 6 de Julho de 2008 através de <http://www.safepassages.soton.ac.uk/pdfs/workingwithymen.pdf>
- Rumbaut, R. (2005) Turning points in the transition to adulthood: Determinants of educational attainment, incarceration, and early childbearing among children of immigrants, *Ethnic and Racial Studies*, 28, 6, 1041 – 1086.
- Sikkema et al (2005). Outcomes of a randomized, controlled community-level HIV prevention intervention for adolescents in low income housing developments. *AIDS*, 19, 14, 1509-1516.
- Stanton et al (2002). Longitudinal influence of perceptions of peer and parental factors on African American adolescent risk involvement. *Journal of Urban Health*, 79, 4 536-548.
- Tortolero et al (2005). Using Intervention Mapping to Adapt an Effective HIV, Sexually Transmitted Disease, and Pregnancy Prevention Program for High-Risk Minority Youth. *Health Promotion Practice*, 6, 3, 286-298.
- Vaughn, S., Schumm, J., & Sinagub, J. (1996). *Focus Group Interviews in Education and Psychology*. London: Sage Publications.
- Vieira, R. (2008). Juventude e sexualidade em movimento. Retirado a 1 de Junho de 2008 de <http://www.anped.org.br/reunioes/28/textos/ge23/ge23193int.rtf>
- Vogt, D., King, D., & King, L. (2004). Focus groups in psychological assessment: Enhancing content validity by consulting members of the target population *Psychological Assessment*, 16, 3, 231–243.

Westphal, M., Bógus, C., Faria, M. (1996). Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 120,6, 472-82.

Whitaker, D., & Miller, K. (2000). Parent-Adolescent Discussions about Sex and Condoms. Impact on Peer Influences of Sexual Risk Behaviour. *Journal of Adolescent Research*, 15, 2, 251-273.

World Health Organization (2000). *Health and Health Behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC) International Report*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2005). *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*. Denmark: WHO.

Foto da capa: Geisa Cruvinel

## VI - ANEXOS

ANEXO A: [AUTORIZAÇÃO DOS PAIS](#)

ANEXO B: [GUIÃO DE ENTREVISTA](#)

ANEXO C: [FOLHETOS](#)

ANEXO D: [BLOG SEXUALIDADE & AFECTOS](#)

ANEXO E: [CATEGORIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS](#)

ANEXO F: [MANUAL SEXUALIDADE](#)

ANEXO G: [QUESTIONÁRIO](#)

## **PARTE 2: PROGRAMA DE EDUCAÇÃO SEXUAL – ACTIVIDADES**

DESTINATÁRIOS: Jovens provenientes de meios carenciados, do 8º e 9º ano de escolaridade.

DIMENSÃO DO GRUPO: Turmas de 30 alunos, com algumas actividades destinadas a grupos mais pequenos (10 alunos).

GÉNERO: A maior parte das actividades são dinamizadas em grupos mistos, existindo algumas que sugerem a separação de rapazes e raparigas.

MATERIAL DE APOIO: O Blog Guia Sexualidade e Afectos <http://www.guialsexualidadeafectos.blogspot.com/> contém algumas sugestões de materiais, assim como links que dão acesso a alguns vídeos sugeridos para visionar durante as sessões. Estas sessões são efectuadas após uma [sessão prévia](#) com a turma, onde são abordados todos os aspectos de forma muito geral.

# Sessão n.º 1

**Título:** Apresentação e dinâmicas quebra-gelo

## **Objectivos**

A utilização de uma dinâmica quebra-gelo durante a apresentação permite deixar os participantes mais à vontade.

## **Duração**

30 minutos.

## **Procedimento**

Como os alunos já se conhecem, o dinamizador solicita que se juntem dois a dois. Cada pessoa escreve num papel o nome, a idade e 5 características do colega do lado. No final, cada aluno faz a apresentação do seu colega.

## **Material de apoio**

Papel e lápis.

# Sessão n.º 2

**Título:** A sexualidade – do nascimento até à idade adulta

## **Enquadramento**

Como introdução do tema da sexualidade, é importante que os alunos conheçam um pouco sobre a evolução da sexualidade.

## **Objectivos**

Reconhecer as mudanças relativas à sexualidade que ocorrem ao longo do desenvolvimento do indivíduo, compreendendo que a sexualidade nos acompanha ao longo de toda a vida.

## **Duração**

90 minutos.

## **Procedimento**

Desenvolver os seguintes temas (ver García, 2006):

- Gravidez
- Infância
- Puberdade e adolescência
- Idade adulta
- Terceira idade

## **Material de apoio**

Diapositivos.  
Computador e data show

## **Fonte**

García (2006).

# **Sessão n.º 3**

<b>Título:</b> Adolescência e desenvolvimento
---

## **Enquadramento**

A adolescência é uma fase em que se passa por diversas mudanças físicas e psicológicas.

## **Objectivos**

Apresentar as principais mudanças que surgem na adolescência.

## **Duração**

120 minutos.

## **Procedimento**

Referir quais são as principais mudanças físicas e psicológicas que ocorrem na adolescência, especificando características específicas de cada género.

**Para fazer em casa...**

Perguntar aos pais (e eventualmente avós, tios ou outros familiares) como viveram a sua adolescência. Organizar a entrevista, transcrevê-la e apresentá-la na aula seguinte à turma.

## **Material de apoio**

Diapositivos  
Computador/Datashow  
Guião de entrevista

# Sessão n.º 4

**Título:** O nosso corpo



## **Enquadramento**

O conhecimento do corpo é um dos temas sugeridos pelo GTES como fundamental na educação sexual.

## **Objectivos**

Reconhecer as mudanças do corpo associadas à adolescência, tanto em rapazes como em raparigas, e saber como funciona o ciclo menstrual.

## **Duração**

90 minutos.

## **Procedimento**

Dinâmica de grupos envolvendo o tema das mudanças do corpo.

### **APRESENTAÇÃO TEÓRICA**

(ver conteúdos e imagens de Garcia, 2006)

- Fazer uma apresentação em PowerPoint sobre os órgãos sexuais internos e externos de rapazes e raparigas.
- Explicar a sequência do ciclo ovulatório e o conceito de período fértil.

## **Material de apoio**

Diapositivos.  
Computador e data show

## Sessão n.º 5

**Título:** O nosso corpo – Higiene, menstruação



### Enquadramento

Actualmente existem ainda alguns mitos associados à higiene durante a menstruação (e.g. “durante o período não se pode lavar o cabelo”, “os tampões não podem ser utilizados por raparigas virgens”). É importante que as jovens estejam informadas sobre como manter uma boa higiene diária e também quando estão com o período.

### Objectivos

Aumentar conhecimentos sobre regras de higiene durante a menstruação.

### Duração

60 minutos.

### Procedimento

Apresentação de diapositivos, ilustrando a sessão com os objectos que se levaram para mostrar às alunas.

#### Para fazer em casa...

Fazer um estudo, entrevistando os familiares, sobre mitos associados à menstruação e sobre como era a higiene das mulheres quando não existiam pensos higiénicos iguais aos de hoje em dia. Apresentar à turma na aula seguinte.

#### Material de apoio

Maleta com diversos objectos relacionados com a higiene durante a menstruação (pensos higiénicos, tampões). Exemplo: “Material para a higiene pessoal durante a menstruação”

Recursos:

[www.3bscientific.es/](http://www.3bscientific.es/)

Garcia, 2006

## Sessão n.º 6

**Título:** Sexualidade e afectos



## Enquadramento

Algumas investigações sugerem que a educação sexual não deve reduzir-se à biologia e aos órgãos genitais.

## Objectivos

Procura-se nesta sessão discutir a importância dos afectos, da relação de intimidade e respeito entre o casal.

## Duração

90 minutos.

## Procedimento

Apresentação de diapositivos, visionamento de filme e debate.

## Material de apoio

Filme sobre o amor na adolescência.

# Sessão n.º 7

<b>Título:</b> Trabalhar a auto-estima
--



## Enquadramento

Uma boa auto-estima é fundamental para qualquer ser humano.

## Objectivos

Valorizar a auto-estima e o auto-conhecimento.

## Duração

60 minutos

## Procedimento

Pedir aos alunos para preencherem um pequeno [questionário](#), organizando depois um pequeno debate sobre as respostas dos alunos.

## Material de apoio

Fonte: Garcia (2006)

# Sessão n.º 8

**Título:** Trabalhar a assertividade I



## Enquadramento

A assertividade é uma competência que deve ser trabalhada em todas as faixas etárias, sendo a adolescência uma das fases onde se necessita mais de a utilizar.

## Objectivos

Ajudar os jovens a conhecerem-se melhor relativamente aos seus comportamentos assertivos.

## Duração

240 minutos

## Procedimento

Sessão teórica sobre assertividade (de preferência com apresentação de diapositivos), seguida de preenchimento de questionário pelos alunos. Debate no final sobre os resultados obtidos pelos alunos.

## Material de apoio

Programa de intervenção (programa adaptado e efectuado com base nos programas de Garlock, & Knapick, 2008; Jardim, & Gonçalves, 2006; Matos e Carvalhosa, 2000).

Utilização de um Questionário de auto-preenchimento **Escala de Avaliação Global da Assertividade (EAGA)** (Jardim & Gonçalves, 2006).

# Sessão n.º 9

**Título:** Trabalhar a assertividade II



## **Enquadramento**

A assertividade é uma ferramenta fundamental para negociações relacionadas com a vida sexual (decidir não ter relações sexuais se não quiser, exigir sexo seguro, não admitir relações amorosas pautadas pela violência, etc.)

## **Objectivos**

Estimular a assertividade.

## **Duração**

90 minutos

## **Procedimento**

Dinâmica sobre assertividade.

## **Material de apoio**

Fonte: Promundo (2001a)

# **Sessão n.º 10**

<b>Título:</b> Contraceção
----------------------------

## **Enquadramento**

Uma gravidez não desejada pode afectar negativamente vários aspectos da vida de um adolescente. Por esta razão, é fundamental que os jovens conheçam as várias formas de contraceção, mesmo antes do início da vida sexual.

## **Objectivos**

Apresentar os métodos contraceptivos que podem ser utilizados por adolescentes.

## **Duração**

60 minutos.

## **Procedimento**

Apresentação em PowerPoint, seguida de apresentação de vídeo e maleta com contraceptivos.

## **Material de apoio**

DVD sobre contraceção (APF)  
Diapositivos sobre contraceção  
Maleta com contraceptivos [www.3bscientific.es/](http://www.3bscientific.es/)  
Computador e data show  
Imagens em Garcia (2006)

# Sessão n.º 11

<b>Título:</b> Sexo seguro
----------------------------

## **Enquadramento**

O sexo seguro é sinónimo de protecção e a utilização do preservativo tem inúmeras vantagens.

## **Objectivos**

Apresentação das vantagens da utilização do preservativo.

## **Duração**

120 minutos (2 aulas de 60 minutos)

## **Procedimento**

Apresentação de diapositivos.  
Explicar como se coloca um preservativo.

## **Material de apoio**

Preservativos.  
Diapositivos  
Computador e data show.  
Garcia, 2006

# Sessão n.º 12

**Título:** Construção social da sexualidade I (Media)



## Enquadramento

Sabe-se que os jovens escolhem os media como fonte preferencial de informação. Por vezes, a televisão envia mensagens contraditórias aos jovens, o que os deixa confusos e sem saber quais são as informações correctas. Além disso, os media enfatizam algumas crenças associadas à sexualidade e fomentam ideias rígidas e pré-concebidas sobre a masculinidade, feminilidade, idade ideal para começar a ter relações sexuais, a contraceção, a homossexualidade, entre outras.

## Objectivos

Desconstruir algumas ideias pré-concebidas acerca da sexualidade.

## Duração

120 minutos

## Procedimento

Visionamento de séries destinadas aos jovens, como os “Morangos com Açúcar” e realização de debate em sala de aula.

### Para fazer em casa...

Visionamento de outros episódios da série e registar todas as informações associadas à sexualidade, para que depois os temas sejam discutidos na aula seguinte.

## Material de apoio

Vídeo/DVD

Cassete/DVD com episódio da série “Morangos com Açúcar”.

# Sessão n.º 13

**Título:** Construção social da sexualidade II (diferenças de género)



## Enquadramento

A forma como os pais educam os filhos leva muitas vezes a diferenças acentuadas relativamente à maneira como os rapazes e as raparigas vivem a sexualidade (Cuffee, Hallfors, & Waller, 2007; Ferguson, Sandelowski, Quinn, & Crouse, 2006; Matos et al, 2006; Ndinda, Chiweni, Uzodike, & Okeke, 2007; Pacheco-Sánchez, 2007).

## Objectivos

Desconstruir algumas ideias pré-concebidas acerca da sexualidade, nomeadamente em relação às diferenças de género.

## Duração

90 minutos

## Procedimento

Debater algumas [questões](#) relacionadas com a construção social da sexualidade.

## Para fazer em casa...

Fazer uma entrevista aos pais e perguntar se existem diferenças na forma como educam os filhos, tendo em conta o facto de serem rapazes ou raparigas.

## Material de apoio

Papel e lápis.

# Sessão n.º 14

**Título:** Construção social da sexualidade III (diferenças de género – cont.)

## Enquadramento

É importante que se trabalhe directamente com os rapazes, uma vez que comparados com as raparigas estes têm menos tendência para recorrer aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Além disso, os rapazes estão mais expostos ao risco, pois têm mais parceiros sexuais ao longo da vida, têm maior tendência para colocar as mulheres em risco, têm menos informação acerca das IST e têm uma enorme responsabilidade no que diz respeito à educação dos seus filhos, especialmente do sexo masculino, podendo contribuir para que a equidade de género seja uma realidade (Rivers & Aggleton 2002).



## Objectivos

Trabalhar diversas questões relacionadas com a construção social da sexualidade.

## Duração

Pode ser distribuído por várias aulas de 90 minutos e o vídeo pode ser passado em excertos, intercalados com debate.

## Procedimento

Ver antecipadamente o vídeo e preparar alguns exemplos que estejam relacionados com o quotidiano do público-alvo. Explicar de forma breve qual o conteúdo do filme e referir a sua duração (20 minutos). No final, perguntar aos alunos quais foram os assuntos desenvolvidos no filme e escrever num flipchart os tópicos referidos. Dinamizar depois um debate.

## Material de apoio

Vídeos: “Minha vida de João”

Flipchart

### Fonte

Program H: Working with Young Men to Promote Health and Gender Equity (Instituto Promundo)

# Sessão n.º 15

<b>Título:</b> Construção social da sexualidade IV (diferenças de género – cont.)
---

## Enquadramento:



As raparigas são educadas desde cedo para agirem em conformidade com o seu papel de mulher, moldado pela sociedade.

## Objectivos:

Trabalhar diversas questões relacionadas com a construção social da sexualidade.

## Duração:

Pode ser distribuído por várias aulas de 90 minutos e o vídeo pode ser passado em excertos, intercalados com debate.

## Procedimento:

Debater diversas questões relacionadas com o tema.

## Material de apoio

Vídeo: “Era uma vez outra Maria” (18 minutos)

# Sessão n.º 16

**Título:** Crenças e atitudes acerca da homossexualidade

## Enquadramento

Os adolescentes, especialmente os rapazes, continuam a rejeitar os seus pares que se revelam homossexuais, existindo ainda nos dias de hoje uma atitude discriminatória perante a homossexualidade.



## Objectivos

Promover uma reflexão sobre homossexualidade, procurando contribuir para uma diminuição da discriminação.

## Duração

60 minutos.

## Procedimento

Desenvolver o tema, apresentar uma história e debater diversas questões.

## Material de apoio

Vídeo “Medo de Quê?”

Fonte: Promundo (2001)

# Sessão n.º 17

**Título:** Trabalhar a percepção de risco



## Enquadramento

Alguns jovens baseiam-se em fundamentos como o amor e a confiança no parceiro para decidirem se utilizam ou não o preservativo. Esta noção leva os jovens a terem comportamentos de risco e a manterem relações sexuais não protegidas.

Mais informações em: Bearman, Moody, & Stovel. Chains of affection: the structure of adolescent romantic and sexual networks.

## Objectivos

Aumentar a utilização do preservativo em relacionamentos estáveis.

## Duração

90 minutos

## Procedimento

Abordar diversas questões.

### Para fazer em casa...

Fazer um teste de conhecimentos aos pais, através de um questionário sobre IST's. Trabalhar os dados na aula seguinte, enviar feedback aos pais e oferecer-lhes um folheto sobre IST's.

## Material de apoio

Questionário sobre IST's

[Imagem e vídeo sobre redes sexuais](#)

# Sessão n.º 18

<b>Título:</b> Da violência para a convivência
--



## Enquadramento

Em comparação com as raparigas, os rapazes têm maior tendência para serem agressivos,. Os rapazes são agressivos entre si, mas por vezes essa agressividade também é canalizada para as relações amorosas (Promundo, 2001).

## Objectivos

Promover a equidade de género e diminuir a violência nas relações entre os adolescentes, nomeadamente através de:

- Introdução de formas alternativas de convivência, que incluem o diálogo e o respeito;
- Facultar exemplos sobre diferentes formas de violência (para além da violência física);
- Explicar como as crenças associadas à masculinidade incitam à violência;
- Reflectir sobre o facto de existir mais violência contra os grupos minoritários ou supostamente mais fracos (mulheres, homossexuais, obesos).

## **Duração**

90 minutos.

## **Procedimento**

Desenvolver o tema e organizar actividades.

## **Material de apoio**

Manual “Da violência para a convivência” (Promundo)

Bastão

Fita para servir de estendal

Molas da roupa

Folhas de papel

Lápis

**Fonte:** Promundo (2001)

# Sessão n.º 19

<b>Título:</b> Prevenção da violência sexual
--

## **Enquadramento**

Ser violento significa intimidar e utilizar a força física. Antigamente era considerada como uma forma de conseguir atingir objectivos, hoje em dia é fortemente condenada.

## **Objectivos**

Ajudar os jovens a reflectir que a relação entre o casal não pode incluir violência.

## **Duração**

90 minutos.

## **Procedimento**

Temas desenvolvidos (mais informações em Garcia, 2006):

- Conceito de violência e suas causas

- Conceito de violência sexual
- Consequências
- Tipos de agressões sexuais
- Como prevenir situações de violência sexual.

## Material de apoio

Fonte: Garcia, 2006

# Sessão n.º 20

**Título:** Fontes de informação sobre sexualidade

## Enquadramento



Existem cada vez mais jovens a registar-se em sites sem saberem que esta decisão aparentemente inofensiva pode ser muito perigosa. Grande parte dos jovens utiliza a Internet como fonte preferencial de informação sobre sexualidade. No entanto, nem sempre procuram saber até que ponto os sites que frequentam são credíveis.

## Objectivos

Alertar os jovens para os perigos da Internet, assim como de outras fontes de informação pouco credíveis.

## Duração

2 aulas de 90 minutos

## Procedimento

Debate.

## Material de apoio

Folheto para entregar aos pais sobre Internet segura.

Apresentar um texto para discutir no debate.

# Sessão n.º 21



## **Enquadramento**

Apesar de conhecerem o VIH/SIDA, os jovens raramente conhecem outras IST's.

## **Objectivos**

Aumentar os conhecimentos dos jovens sobre IST's.

## **Duração**

60 minutos

## **Procedimento**

Apresentação em PowerPoint sobre as principais IST's, vias de transmissão, principais sintomas e formas de diagnóstico.

Desenvolver:

- Herpes genital
- Candidíase
- Condilomas
- Sífilis
- Gonorreia
- VIH

## **Material de apoio**

Diapositivos.

Mais informações em Garcia, 2006.

# Sessão n.º 22



## **Enquadramento**

Os jovens estão frequentemente expostos a informações contraditórias sobre o VIH/SIDA, sem saberem como diferenciar a informação correcta da informação incorrecta.

## Objectivos

Promover a reflexão sobre afectos, valores, relações amorosas; consolidar conhecimentos sobre os modos de transmissão, trabalhar a aceitação dos doentes com SIDA.

## Duração

60 minutos

## Procedimento

Jogo.

## Material de apoio

Jogo: “Tchim... A SIDA é Assim”.

[http://www.gostar.pt/obras\\_3.asp?id=26](http://www.gostar.pt/obras_3.asp?id=26)

# Sessão n.º 23

<b>Título:</b> A sexualidade na adolescência: educação pelos pares
--

## Enquadramento

A educação pelos pares é uma das formas mais eficazes de transmitir informação relacionada com a saúde sexual e reprodutiva.

## Objectivos

Consolidação de conhecimentos.

## Duração

60 minutos

## Procedimento

Pede-se aos alunos do 12º ano para prepararem uma sessão destinada às turmas do 8º ano. Esta sessão será realizada com a supervisão de um técnico e será dinamizada totalmente por alunos do 12º ano. O técnico deve certificar-se que a informação divulgada está correcta e deve sugerir dinâmicas, trabalhos de grupo e jogos.

Estas sessões também podem ser dinamizadas nos bairros sociais de onde os jovens são provenientes, sendo conveniente que os jovens dinamizadores das sessões sejam bons exemplos para a comunidade, ou seja, que tenham bom aproveitamento escolar, que não

tenham problemas ao nível do comportamento, que mantenham uma boa relação com os pares.

## Sessão n.º 24

**Título:** Testa os teus conhecimentos

### Enquadramento

Ter informação correcta sobre sexualidade é fundamental para que o jovem tome decisões mais conscientes acerca da sua sexualidade.



### Objectivos

Avaliar se os jovens conseguiram reter informações correctas acerca da sexualidade.

### Duração

90 minutos.

### Procedimento

Na sala de informática, mostrar alguns links onde os jovens possam fazer testes aos seus conhecimentos.

Exemplo: <http://www.apf.pt/index.php?area=001&qid=QUZ47c55a73b71d9&pn=0>

### Material de apoio

Computadores.

---

#### LEGENDA:

Sessão só para raparigas



Sessão só para rapazes



Sessão para pequenos grupos



**Nota: Este documento é a versão parcial do programa de educação sexual desenvolvido nas escolas. Se pretender obter mais informações sobre o programa completo, por favor contacte-nos através do mail [contacto@consultorio-psicologia.com](mailto:contacto@consultorio-psicologia.com)**