

O Projecto *AVENTURA SOCIAL* iniciou-se em 1987, na *Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa*.

Os vários sub-projectos têm a parceria do *Centro da Malária e Doenças Tropicais, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa e a colaboração da FCT/MCES; Ministério da Educação; Instituto da Droga e da Toxicoddependência e Coordenação Nacional da Infecção VIH*.

Os projectos *AVENTURA SOCIAL & RISCO* são trabalhos de elaboração, implementação, formação, supervisão e avaliação de programas de promoção de competências de relacionamento interpessoal em Instituições fechadas (Estabelecimentos Tutelares de Menores, Estabelecimentos Prisionais, Hospitais Psiquiátricos, Escolas do Ensino Especial) e de programas de promoção de competências de relacionamento interpessoal, em prevenção selectiva de base comunitária/autárquica, em zonas identificadas como vulneráveis do ponto de vista sócio-económico, com grande concentração de pobreza e desenraizamento cultural (migração). O mais recente projecto está a ser desenvolvido no Colégio Nossa Senhora da Conceição – Casa Pia de Lisboa, com crianças dos 3 aos 18 anos, professores e famílias.

O projecto *AVENTURA SOCIAL & SAÚDE* está integrado numa rede Europeia (*Health Behaviour in School Aged Children – HBSC/Organização Mundial de Saúde*). É um estudo de investigação e monitorização, que pretende ter impacto nas políticas de promoção e educação para a saúde. Iniciado em 1996, e realizado de 4 em 4 anos, incluiu já mais de 26 000 crianças e adolescentes Portugueses. O próximo estudo *HBSC* está previsto para 2010. Este sub-projecto incluiu mais recentemente o estudo *KIDSCREEN-UE – Avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes e suas famílias*.

O projecto *AVENTURA SOCIAL NA COMUNIDADE* iniciou-se a partir da necessidade de desenvolvimento de intervenções baseadas na activação de recursos comunitários, com participação activa das populações envolvidas. Destacam-se vários trabalhos com Autarquias (Lisboa, Almada, Montijo, Loures, Oeiras, Amadora), e mais recentemente o Projecto *Peer DriveClean-UE* (prevenção do consumo de substâncias “ao volante”) e *TEMPEST-UE/Temp-tation* (Gestão de recursos pessoais nos desafios do dia a dia), ambos baseados na educação entre pares (www.aventurasocial.com; www.fmh.utl.pt/aventurasocial).

SEXUALIDADE, SEGURANÇA & SIDA - ESTADO DA ARTE E PROPOSTAS EM MEIO ESCOLAR -

AVENTURA SOCIAL & SAÚDE

SEXUALIDADE, SEGURANÇA & SIDA

**- ESTADO DA ARTE E PROPOSTAS EM MEIO
ESCOLAR -**

**MARGARIDA GASPARD DE MATOS
(coordenação)**



**Centro de Malária e Doenças Tropicais/IHMT-LA/UNL
Fundação para a Ciência e a Tecnologia/MCES
Faculdade de Motricidade Humana/UTL
Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA
Health Behaviour in School-aged Children/OMS**

AVENTURA SOCIAL & SAÚDE

SEXUALIDADE, SEGURANÇA & SIDA - ESTADO DA ARTE E PROPOSTAS EM MEIO ESCOLAR -

**MARGARIDA GASPAR DE MATOS
(coordenação)**

Centro de Malária e Doenças Tropicais/IHMT-LA/UNL

Fundação para a Ciência e a Tecnologia/MCES

Faculdade de Motricidade Humana/UTL

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA

Health Behaviour in School-aged Children/Organização Mundial de Saúde

FICHA TÉCNICA

TÍTULO:

SEXUALIDADE, SEGURANÇA & SIDA – ESTADO DA ARTE E PROPOSTAS EM MEIO ESCOLAR

EDIÇÃO:

Aventura Social e Saúde

Estrada da Costa

1495-688 Cruz Quebrada

Tel.: 214149152

Email: aventurasocial@fmh.utl.pt

www.aventurasocial.com

COORDENAÇÃO:

Margarida Gaspar de Matos

REVISÃO:

Mafalda Ferreira

CAPA:

Foto retirada da internet

ACABAMENTO E IMPRESSÃO:

Gráfica Europam, Lda.

Data – Junho de 2008

ISBN – 978-989-95849-0-7

Depósito Legal – 279725 /08

Tiragem – 1000 exemplares

ÍNDICE

Prefácio (Luís Tavira)	5
Elementos da Equipa	7
Consultores	8
Financiamentos	9
Escolas participantes no estudo	11
Parte 1	
“Correr Riscos” e Proteger-se Margarida Gaspar de Matos	17
Sexualidade, Comportamentos Sexuais e VIH/SIDA Sónia Pereira, Marta Morais & Margarida Gaspar de Matos	25
Parte 2	
O Comportamento Sexual dos Adolescentes Portugueses – Estudo: HBSC/OMS Margarida Gaspar de Matos, Celeste Simões, Gina Tomé, Inês Camacho, Mafalda Ferreira, Sónia Pereira & Marta Morais	43
Comportamentos de Risco na Adolescência: Factores Associados ao Início Precoce da Actividade Sexual Celeste Simões & Margarida Gaspar de Matos	117
Contextualização Social, Histórica e Geográfica do Risco Sexual em Populações Migrantes Vanda Correia & Margarida Gaspar de Matos	143
Risco Sexual, Conhecimentos e Atitudes face ao VIH/SIDA em Adolescentes de Comunidade Migrantes Tania Gaspar & Margarida Gaspar de Matos	153
Parte 3	
Programas em Portugal e no Mundo Sónia Pereira & Margarida Gaspar de Matos	197
Educação Sexual: Propostas para Escolas Lúcia Ramiro, Marta Reis & Margarida Gaspar de Matos	223
Sexualidade, Segurança e SIDA Margarida Gaspar de Matos & Celeste Simões	265
Publicações da Equipa	270
Contactos	271

PREFÁCIO

Desde há mais de 10 anos que a equipa liderada por Margarida Gaspar de Matos se dedica ao estudo da saúde sexual dos adolescentes e crianças em idade escolar, de um modo, mais do que consistente, persistente e coerente. Trata-se de um trabalho de fundo, continuado, e que transcende em muito a associação com a epidemia de SIDA que atinge também esta população.

O tema desta obra, reflexo parcial da investigação da equipa, revela sobretudo a importância que assumem os múltiplos factores comportamentais humanos na génese de toda uma série de consequências indesejáveis, cujo espectro é amplo – violência sexual, gravidez e maternidade precoces, infecções sexualmente transmissíveis – e do qual a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana é seguramente o epifenómeno mais mediático.

As ferramentas de investigação utilizadas e a seriedade e profissionalismo com que o foram permitiram o encontro e a integração desta equipa nas actividades do Laboratório Associado, tendo-se tornado uma mais valia preciosa para a investigação multidisciplinar que levamos a cabo, nomeadamente na área da saúde sexual e reprodutiva e da infecção pelo VIH.

O contributo das ciências sociais para a compreensão e solução destes problemas passa, na acção desta equipa, a que nos orgulhamos de estar associados, a uma dimensão prática que é rara e que raramente resulta na produção de materiais tão ricos como os que se seguem nesta obra.

Permitam-me que considere a educação como o tema central deste livro, peça fundamental para compreender a problemática da sexualidade dos jovens. O tema é fulcral tanto na compreensão do problema como na sua solução, apontando-se caminhos e estratégias que, com aspectos de grande inovação, são solidamente baseados na evidência científica.

Reúnem-se, numa só publicação, ferramentas de diagnóstico e soluções que

apontam para a escola e a família. Mais uma vez, como em tantos aspectos do comportamento humano, as raízes do problema são simultaneamente a sua solução. Não menos importante, a característica internacional de muitos dos estudos agora publicados, confere-lhes uma solidez científica invulgar.

A mudança dos comportamentos é porventura uma das mais difíceis tarefas a enfrentar, quando pretendemos alterar as variáveis determinantes de doença individual ou social. Esta obra, estou seguro, contribui fortemente para que tal se torne possível.

Luís Távora Távora

Coordenador do Centro de Malária e Doenças Tropicais – Laboratório Associado

Equipa do projecto Aventura Social & Saúde em 2008

Coordenação da Equipa

Coordenador Geral – Margarida Gaspar de Matos

Co-Cordenador Geral – Celeste Simões

Co-Cordenador na FMH/UTL – José Alves Diniz

Coordenador FCT/SNR – Celeste Simões

Coordenador Leonardo/CE – Paula Lebre

Co-Coordenador KIDSCREEN/CE – Tania Gaspar

Co-Coordenador HBSC/OMS – Inês Camacho/Gina Tomé

Co-Coordenador DriveClean/CE – Andreia Sousa

Equipa (por ordem alfabética)

António Borges

Aristides Ferreira

Lúcia Ramiro

Mafalda Ferreira

Marina Carvalho

Marlene Silva

Marta Morais

Marta Reis

Ricardo Machado

Sónia Pereira

Outras Colaborações Académicas

Emanuel Vital

Helena Fonseca

Isabel Baptista

Nuno Loureiro

Raul Oliveira

Susana Veloso

Conselho Consultivo Nacional

Álvaro Carvalho (HSFXavier)	Joaquim Machado Caetano (FCM/ UNL)
António Paula Brito (FMH/UTL)	Jorge Mota (UPorto, FCDEF)
Ana Tomás (UMinho; IEC)	Jorge Negreiros de Carvalho (UPorto- FacPsi)
Anabela Pereira (UAveiro; DepPsi)	José Luís Pais Ribeiro (UPorto- FacPsi)
Américo Baptista (ULusófona; DepPsi)	Luísa Barros (ULisboa-FacPsi)
António Palmeira (ULusófona; DepEFD)	Luís Calmeiro (UFlorida)
Carlos Ferreira (FMH/UTL)	Luís Gamito (HJM)
César Mexia de Almeida (ULisboa- Med Dentária)	Luís Sardinha (FMH/UTL e IDP)
Daniel Sampaio (ULisboa-FacMed)	Luís Tavira (CMDT/IHMT/UNL)
Duarte Vilar (APF)	Maria Paula Santos (UPorto, FCDEF)
Henrique Barros (UPorto-FacMed; CCVIH)	Pedro Teixeira (FMH/UTL)
Isabel Leal (ISPA)	Paulo Vitória (CNT)
Isabel Soares (UMinho; IEP)	Virgílio do Rosário (CMDT/IHMT/ UNL)
João Goulão (IDT)	Vitor da Fonseca (FMH/UTL)

Conselho Consultivo Internacional

André Masson (Bélgica)	Lina Kostarova Unkosvka (Macedónia)
Candace Currie (Escócia)	Mari Carmen Moreno (Espanha)
Daniela Sacchi (Itália)	Martine Bouvard (França)
Diana Battistutta (Austrália)	Ramon Mendoza (Espanha)
Edwiges Mattos (Brasil)	Saoirse Nic Gabhainn (Irlanda)
Eliane Falcone (Brasil)	Susan Spence (Austrália)
Emmanuelle Godeau (France)	Tom Ter Bogt (Holanda)
Fredérique Petit (França)	Viviane Nahama (França)
James Sallis (EUA)	Wolfgang Heckmann (Alemanha)
Jean Cottraux (França)	Zilda de Prette (Brasil)
Joan Batista-Foguet (Espanha)	

Apoio logístico

Bruno Moreira

Filipa Soares

Webpage e Multimédia

EPROM, Lda.

Ana Almeida (design e imagem)

João Costa (som)

Ricardo Machado (imagem e vídeo)

Responsável pelo projecto:

Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos (FMH/ UTL)

Financiaram este projecto

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

Coordenação da Infecção do VIH

Ministério da Educação /DGIDC

Parcerias

Faculdade de Motricidade Humana/UTL

CMDT/IHMT/UNL

ESCOLAS PARTICIPANTES NO ESTUDO

Escolas da Região Norte

EB do 2º e 3º ciclos de Escariz
EB dos 2º e 3º ciclos de Sá Couto
EB dos 2º e 3º ciclos de S. João da Madeira
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Dr. Serafim Leite
EB dos 2º e 3º ciclos de Amares
EB dos 2º e 3º ciclos de Manhente
EB dos 2º e 3º ciclos Frei Caetano Brandão
ES com 3º ciclo do Ensino Básico de Carlos Amarante
EB dos 2º e 3º ciclos de Real
EB dos 2º e 3º ciclos de Tadim
Conservatório Calouste Gulbenkian – Braga (EB2,3/ES)
ES com 3º ciclo do Ensino Básico de Alberto Sampaio
EB dos 2º e 3º ciclos de Candarela
EB dos 2º e 3º ciclos de Mota-Fervença
EB dos 2º e 3º ciclos com Ens Sec. de Celorico de Basto
EB dos 2º e 3º ciclos de João Meira
ES com 3º ciclo do ensino básico de Caldas das Taipas
EB dos 2º e 3º ciclos São João da Ponte
EB dos 2º e 3º ciclos de Prof. Gonçalo Sampaio
EB dos 2º e 3º ciclos do Prado
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Abade de Baçal
EB dos 2º e 3º ciclos de Paulo Quintela
EB dos 2º e 3º ciclos de Ancede
EB do 2º e 3º ciclos de Airães
EB dos 2º e 3º ciclos de Lagares
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Vila Cova da Lixa
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Rio Tinto
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Valbom
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Marco de Canaveses
EB dos 2º e 3º ciclos Leça do Bailio
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Padrão da Légua
ES com 3º ciclo do E Básico de Boa Nova
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Augusto Gomes
EB dos 2º e 3º ciclos Sobreira
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Baltar
EB dos 2º e 3º ciclos Pinheiro
EB dos 2º e 3º ciclos Paço de Sousa
ES António Nobre
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Rocha Peixoto
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Eça de Queirós
EB integrada de Aves
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Oliveira do Douro
EB dos 2º e 3º ciclos de Santa Marinha
EB dos 2º e 3º ciclos Escultor António Fernandes de Sá
EB dos 2º e 3º ciclos Arcos de Valdevez
EB dos 2º e 3º ciclos Boticas

ES com 3º ciclo do Ensino Básico Dr. Júlio Martins
ES com 3º ciclo do Ensino Básico S. Pedro
EB dos 2º e 3º ciclos de Lamego
EB do 2º ciclo Moimenta da Beira
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Sá de Miranda
ES com 3º ciclo do Ensino Básico de Amares
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Águas Santas

Escolas da Região Centro

EB dos 2º e 3º ciclos de Aguada de Cima
ES com 3º ciclo do Ens Básico Dr. Jaime Magalhães Lima
ES com 3º ciclo do Ensino Básico de Estarreja
EB dos 2º e 3º ciclos Cidade de Castelo Branco
ES com 3º ciclo do Ensino Básico do Fundão
EB integrada do Centro de Portugal
EB dos 2º e 3º ciclos de S. Silvestre
ES de D. Duarte
EB dos 2º e 3º ciclos Dr. Pedrosa Veríssimo – Paião
ES de Montemor-o-Velho
EB dos 2º e 3º ciclos com Ens Sec Dr. Daniel de Matos
EB dos 2º e 3º ciclos com Ens Secundário de Vilar Formoso
EB do 2º ciclo de Figueira de Castelo Rodrigo
ES de Seia
ES de Francisco Rodrigues Lobo
EB dos 2º e 3º ciclos de Guilherme Stephen
EB dos 2º e 3º ciclos Prof. Alberto Nery Capucho
ES de Pombal
ES com 3º ciclo do Ensino Básico de Mira de Aire
EB dos 2º e 3º ciclos de Stª Comba Dão
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Frei Rosa Viterbo
EB dos 2º e 3º ciclos Prof. Dr. Carlos Mota Pinto
EB integrada de Campia

Escolas da Região de Lisboa e Vale do Tejo

ES Damião de Goes
EB dos 2º e 3º ciclos de Merceana
EB dos 2º e 3º ciclos de Alapraia
ES com 3º ciclo do Ensino Básico de Virgílio Ferreira
EB dos 2º e 3º ciclos de Manuel da Maia
EB dos 2º e 3º ciclos de Luís António Verney
EB do 2º ciclo do Padre Bartolomeu de Gusmão
ES com 3º ciclo do Ensino Básico do Restelo
ES com 3º ciclo do Ensino Básico de Camarate
EB dos 2º e 3º ciclos General Humberto Delgado
ES com 3º ciclo José Cardoso Pires – Stº Antº Cavaleiros
EB dos 2º e 3º ciclos Luis Sttau Monteiro – Loures
EB dos 2º e 3º ciclos da Venda do Pinheiro
ES José Saramago
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Luís de Freitas Branco

ES com 3º ciclo do Ensino Básico da Qt. do Marquês
EB dos 2º e 3º ciclos de Miraflares
EB Integrada Rainha D. Leonor de Lencastre
EB dos 2º e 3º ciclos do Padre António Alberto Neto
ES com 3º ciclo do Ensino Básico de Gama Barros
ES com 3º ciclo do Ensino Básico do Padre Alberto Neto
ES com 3º ciclo do Ensino Básico de Stuart Carvalhais
ES com 3º ciclo do Ensino Básico de Ferreira Dias
EB dos 2º e 3º ciclos de S. Gonçalo
ES de Gago Coutinho
ES do Forte da Casa
EB dos 2º e 3º ciclos Dr. Vasco Moniz
EB dos 2º e 3º ciclos Sophia de Mello Breyner Andresen
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Mães de Água
EB dos 2º e 3º ciclos de D. Miguel de Almeida
EB dos 2º e 3º ciclos Febo Moniz
EB dos 2º e 3º ciclos com Ens Sec. de Luís de Camões
EB dos 2º e 3º ciclos com Ensino Secundário de Sardeal
ES Jacôme Ratton
EB dos 2º e 3º ciclos de Gualdim Pais
EB dos 2º e 3º ciclos da Alembrança
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Anselmo Andrade
ES com 3º ciclo do Ensino Básico João de Barros

Escolas da Região do Alentejo

EB dos 2º e 3º ciclos de Stª Maria
EB dos 2º e 3º ciclos com Ens Sec de José Gomes Ferreira
EB dos 2º e 3º ciclos com Ens Sec de Cunha Rivara
EB integrada de Mourão
EB dos 2º e 3º ciclos Garcia da Orta
ES com 3º ciclo do Ensino Básico de Ponte de Sôr
ES com 3º ciclo do Ensino Básico António Inácio Cruz

Escolas da Região do Algarve

EB dos 2º e 3º ciclos de Aljezur
EB dos 2º e 3º ciclos Dr. José de Jesus Neves Júnior
ES com 3º ciclo do Ensino Básico Dr.ª Laura Ayres
EB dos 2º e 3º ciclos com Ensino Secundário Dr. João Lúcio
Escola Secundária de Silves

PARTE 1

“Correr Riscos” e Proteger-se

Muitos dos comportamentos relacionados com a promoção da saúde e protecção face a factores adversos são aprendidos no contexto familiar durante os primeiros anos de vida (Kim, Zane & Hong, 2002). A família influencia o adolescente de diversas formas, nomeadamente funcionando como modelo, comunicando com este, ou oferecendo informações e apoio social e emocional.

O grupo de pares tem uma influência considerável no comportamento de muitos adolescentes e os que têm uma relação forte com o grupo têm tendência para procurar estar sintonizados com as atitudes e actos do grupo, ou segundo outros autores, seleccionam os seus pares de modo a estes estarem em sintonia consigo, com as suas preferências e actos (Michael & Ben-Zur, 2007). Sabe-se que os adolescentes que estão inseridos em grupos que se mobilizam para ajudar outros jovens ou para participar em actividades escolares têm menos probabilidade de optar por comportamentos de risco (Prinstein, Boergers, & Spirito, 2001).

Na Europa os jovens entre os 14 e os 16 anos passam cerca de dois terços do tempo na escola (Kuntsche & Jordan, 2006). Assim, entende-se a escola como um ambiente privilegiado para a realização de aprendizagens que promovam a saúde. Uma escola promotora de saúde deve ser considerada uma fonte de desenvolvimento de comportamentos orientados para a promoção da saúde e bem-estar (WHO, 2000).

É neste sentido que as escolas portuguesas incluem no seu currículo, pelo menos desde há dois anos, uma área curricular não disciplinar de Educação para a Saúde, sendo uma das áreas prioritárias a promoção de uma sexualidade saudável (GTES, 2005, 2007a, 2007b). A promoção da saúde inclui a redução da pobreza e das condições de vida deficitárias em termos socio-económicos e culturais, através do aumento das competências pessoais e sociais, reduzindo o impacto negativo dos acontecimentos de vida (Matos, 2005; Matos et al., 2006).

A pobreza tem um profundo impacto sobre o rendimento escolar, sobretudo quando associada a uma fraca escolaridade dos pais e à exposição a eventos de vida negativos (Feigin, 2005; McLoyd, 1998). A pobreza e a iniquidade socio-cultural

afectam a saúde, quer directamente – reduzindo o acesso aos serviços de saúde, quer indirectamente – diminuindo as expectativas positivas de vida no futuro (Matos, 2005).

A escolaridade das mães aparece sempre associada à melhor saúde dos filhos, a melhores condições de habitação e a melhor alimentação (LeVine, LeVine, Richman, Uribe & Correa, 1994; Williams, Baumslag & Jelliffe, 1994), tornando o sucesso escolar e a permanência na escola um importante objectivo para qualquer programa de promoção da saúde em meio escolar.

As desigualdades socio-económicas afectam directamente a saúde dos adolescentes em vários aspectos. Quanto mais baixo o estatuto socio-económico, mais problemática é a saúde do adolescente. Existe uma relação próxima entre saúde, comportamento de risco, bem-estar e condições económicas. Quando melhor o estatuto socio-económico, maiores são as oportunidades de fazer exercício físico e ter uma alimentação saudável. O mesmo acontece com os indicadores de bem-estar: percepção de saúde, felicidade e autoconfiança (WHO, 2000). Mas, como Perrin (1989) sublinhou, a pobreza e a falta de escolaridade e de saúde das populações não são “traços” de uma população, mas situações temporárias que urge ultrapassar com medidas adequadas (Mechanic, 1994; OMS, 2002).

Morgan (2007) sublinha que, na verdade, a maior parte dos adolescentes procura valorizar os aspectos positivos da vida, na família como no grupo de pares, e valoriza a escola neste percurso.

Portugal é um país com baixo nível socio-económico e educacional, o que exige uma urgente intervenção governamental a nível das famílias, escolas e “Sociedade Civil”. Portugal tem alguns dos piores índices de Saúde Pública da Europa, nomeadamente no alcoolismo, cirrose hepática alcoólica, consumo de substâncias psico-activas, infecções sexualmente transmissíveis (IST's). Todas estas situações poderiam diminuir se se conseguisse recorrer a programas de informação e educação adequados. Investigar os comportamentos dos jovens é indispensável, pois o conhecimento correcto da situação que se vive hoje em dia poderá permitir o delineamento de programas de intervenção e encontrar soluções para resolver grande parte destes problemas (Caetano, 2006). A iniquidade (pobreza mas também desenraizamento social, como acontece em muitos casos de migração) está associada a uma escolaridade mais baixa e a um estilo de vida menos saudável.

(Matos, 2003; Over, Ellis, Huber & Orville, 1992; WHO, 1997).

Existem vários estudos que comprovam que as crianças e os adolescentes que vivem na pobreza estão expostas a um maior risco biológico (Garmezy, 1993). O impacto da pobreza é mediado por características pessoais tais como o sentido que as crianças e os jovens atribuem às suas experiências de vida e ao modo como são capazes de lidar com estas tornando-se mais (ou menos) vulneráveis ou mais (ou menos) resilientes. As consequências das influências ambientais negativas e dos eventos negativos são mediadas pelo apoio familiar e interpessoal, e pela competência escolar (Masten & Coatsworth, 1998; Resnick, Bearman & Blum, 1997), e são moderadas, quer pela intensidade, quer pela duração da exposição (Grotberg, 1995; Masten, 1997).

Um tema central no estudo da resiliência é o número de factores que ameaçam o ajustamento psicossocial e comportamental de crianças e adolescentes. Este aspecto é conhecido como o efeito cumulativo dos factores de risco, falando-se de quatro factores de risco como um número quase certamente associado a problemas de saúde psicossocial. A pobreza é quase sempre um destes quatro factores (Forehand, Bigger & Kutchick, 2002; Masten et al., 1988; Werner & Smith, 2001). Mas, como afirma Morgan (2007), as comunidades nunca se constroem a partir das suas deficiências mas a partir da capacidade de mobilizarem os seus recursos.

Scales (1999) identificou o que chamou os “40 trunfos para a saúde” que devem ser desenvolvidos na comunidade para promover estilos de vida saudáveis; estes incluem:

- a. uma visão positiva do futuro,
- b. apoio familiar,
- c. envolvimento escolar,
- d. responsabilização e
- e. autonomia na escola.

Parece, pois, importante mapear os “trunfos para a saúde” nas crianças e nos adolescentes, e entender os factores que estes associam ao seu bem-estar. Se um dos “trunfos usados” for o consumo de substâncias ou o sedentarismo, ou a alimentação deficiente ou abusiva, ou o isolamento social, ou o mal estar psicológico, ou o sexo desprotegido, ou ainda a violência interpessoal, será pois necessário identificar

e negociar com estas alternativas para lidar com os acontecimentos de vida em recurso a comportamentos que se acredita são lesivos para a saúde.

Estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS)

O HBSC/ OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que pretende investigar 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. Os seus principais objectivos visam uma nova e aprofundada compreensão dos comportamentos de saúde dos adolescentes, estilos de vida e contextos sociais.

O estudo HBSC criou e mantém uma rede internacional dinâmica nesta 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. O questionário internacional, para o estudo HBSC, é desenvolvido através de uma investigação cooperativa entre os investigadores dos países. Como é habitual neste tipo de estudo internacional, os países membros do HBSC têm de respeitar um protocolo de pesquisa e procedimentos (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2000; 2004).

Em termos gerais, seguindo com este protocolo, a amostra é constituída de forma aleatória e tem representatividade nacional para os jovens que frequentam o 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, no ensino oficial. A unidade de análise é a “turma” e os questionários foram preenchidos na sala de aula, sendo de preenchimento anónimo e voluntário.

Portugal realizou um primeiro estudo piloto em 1994 (Matos et al., 2000), o primeiro estudo nacional foi realizado em 1998 (Matos et al., 2000), o segundo estudo nacional em 2002 (Matos et al., 2003), e o terceiro estudo nacional em 2006 (Matos et al., 2006,b,c,); disponíveis para consulta em www.aventurasocial.com e www.fmh.utl.pt/aventurasocial.

A amostra nacional do estudo de 1998 foi constituída por 6903 adolescentes, a de 2002 constituída por 6131, e a de 2006 constituída por 4877 alunos. Nos três

estudos a média de idades foi 14 anos, e a amostra foi representativa dos alunos frequentando os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade do ensino público oficial, em Portugal Continental.

A amostra foi nos três estudos estratificada, proporcionalmente pelas 5 regiões educativas do Continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve).

Os grupos de idade foram escolhidos pelo protocolo internacional (Currie et al., 2000, 2004) no sentido de representar diferentes fases da adolescência: 11 anos – desafio das mudanças físicas e emocionais; 13 anos – idade intermédia em que são importantes as decisões de vida e de carreira que vão ser tomadas à idade dos – 15 anos.

Os níveis de escolaridade escolhidos para aplicação dos questionários (6º, 8º e 10º anos de escolaridade), procuravam encontrar, assim, um máximo de jovens com idades compreendidas entre os 11, 13 e 15 anos de idade. Segundo o protocolo internacional (Currie et al., 2000, 2004), pretendia-se aproximadamente 1500 de cada escalão etário, em todos os países participantes.

No estudo HBSC de 2006, da totalidade de questionários enviados para as cinco regiões do país, foi obtida uma taxa de respostas das escolas de 92%. Foi obtida uma taxa de resposta de 87%, no que diz respeito às turmas e aos alunos.

A recolha de dados foi realizada através de um questionário, distribuído pelos Correios. Os questionários foram aplicados à turma na sala de aula, de modo anónimo e em regime de voluntariado. Foi obtido o consentimento das Direcções Regionais, da Direcção da Escola, das Comissões de Pais e, em algumas escolas, o consentimento activo e individual dos pais. O estudo foi submetido e obteve parecer da Comissão Nacional de Protecção de dados e da Comissão de Ética do Hospital de S. João e foi sujeito à avaliação de especialistas do painel de consultores do projecto Aventura Social (www.aventurasocial.com e www.fmh.utl.pt/aventurasocial).

O presente trabalho, elaborado com o apoio e financiamento da Coordenação da Infecção pelo VIH, faz uma reflexão sobre os resultados do estudo Europeu HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), estudo colaborativo da OMS (Currie et al., 2000, 2004), desde 2002, abrangendo os estudos de 2002 e 2006, embora o principal foco seja o estudo de 2006 (Matos et al., 2003; 2006).

Está organizado por artigos independentes com autoria própria, que

pretendem aprofundar o comportamento sexual dos adolescentes portugueses na sua relação com outros processos, situações e contextos das suas vidas (pares, família, escola e comunidade).

Margarida Gaspar de Matos

Referências

1. Caetano, J. (2006). Prefácio. In M. Matos & Cols (Eds.). Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses. Relatório Preliminar HBSC 2006. Consultado em 26 de Janeiro de 2007 através de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/Indicadores%20deSaude.pdf>
2. Currie C., Hurrelmann K., Settertobulte W., Smith R. & Todd J. (2000). *Health and health behavior among young people*. Copenhagen: World Health Organization.
3. Currie C., Roberts C. & Morgan A. (2004). et al. *Young people health in context*. Copenhagen: WHO.
4. Feigin R. (2005). Prospects for the Future of Child Health Through Research *JAMA*. 294:1373-1379.
5. Forehand R., Biggar H. & Kotchick B. (2002). Cumulative risk across family stressors: Short- and long-term effects for adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. www.findarticles.com. Accessed 20-09-2002.
6. Garnezy N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*. 56:127-136.
7. Grotberg E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
8. GTEs (2005) *Educação para a saúde – relatório preliminar*, acessido em 2 Julho 2007 www.dgicd.min-edu.pt
9. GTEs (2007a) *Educação para a saúde – relatório de progresso*, acessido em 2 Julho 2007 www.dgicd.min-edu.pt
10. GTEs (2007b) *Educação para a saúde – relatório final*, acessível em 30 Setembro 2007 www.dgicd.min-edu.pt
11. Kim I., Zane N., & Hong S, (2002). Protective factors against substance use among asian american youth: A test of the peer cluster theory. *Journal of Community Psychology*, 30, 565-584.
12. Kuntsche E. & Jordan M. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.
13. LeVine R., LeVine S., Richman A., Uribe F. & Correa C. (1994). Schooling and survival: the impact of maternal education on health and reproduction in the third world. In: Chen L, Kleinman A, Ware N, eds. *Health and Social Change in International perspective*. Boston: Harvard Press;303-338.
14. Masten A., Garnezy N., Tellegen A., Pellegrini D., Larkin K. & Larsen A. (1988). Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family qualities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.;29(6):745-764.
15. Masten A. (1997). Resilience in children at risk. *Research and practice*.5(1):4-6.
16. Masten A. & Coatsworth J. (1998). The development of competence in favourable and unfavourable environments. *American Psychologist*. 53(2):205-220.
17. Matos M.G, & Equipa do Projecto Aventura Social. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
18. Matos M.G & Equipa do Projecto Aventura Social (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
19. Matos M.G (2005). *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.

20. Matos M.G & Equipa do Projecto Aventura Social (2006a). *A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos*. <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>. Accessed 20-12-2006.
21. Matos M.G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2006b). *Os adolescentes portugueses e o consumo de drogas* <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>. Accessed 20-12-2006.
22. Matos M.G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2006c). *Os comportamentos sexuais dos adolescentes portugueses* <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>. Accessed 20-12-2006.
23. McLoyd V. (1998). Paper presented at: “*Growing up poor: The effects on achievement, parenting and child care*”; Consortium of Social Science Associations, Washington.
24. Mechanic D. (1994) Promoting health: Implications for modern and developing nations. In: Chen L, Kleinman A, Ware N, eds. *Health and Social Change in International perspective*. Boston: Harvard Press;471-490.
25. Michael, K., & Ben-Zur, H. (2007). Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors. *Journal of Adolescence*, 30, 18, 17–31.
26. Morgan, A. (2007). *Frameworks for improving young people’s mental well being: Assets and deficits models*. WHO/HBSC Forum: Social Cohesion and Mental Health, 2007: Las Palmas, March 2007.
27. OMS (2002). *Rapport sur la santé dans le monde "Réduire les risques et promouvoir une vie saine"*. Genève: OMS.
28. Over M., Ellis, Huber J. & Orville S. (1992). The consequences of Adult Ill-health. In: Feachen R, Kjellstrom T, Murray C, Over M, Phillips M, eds. *The health of adults in the developing world* NY: Oxford Press;161-208.
29. Perrin B. (1989). Literacy and health: making the connection. *Health promotion*. 28:2-5.
30. Prinstein, M., Boergers, J., & Spirito, A. (2001). Adolescents’ and their friends’ health-risk behaviour: factors that alter or add to peer influence. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 5, 287-298.
31. Resnick M., Bearman P., Blum R. et al. (1997). Protecting children from harm. *JAMA*. 278(10):823-832.
32. Scales P. (1999). Reducing risks and building developmental assets. *Journal of School Health*.;69 (3):113-119.
33. Werner E. & Smith R. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: Cornell University Press; 2001.
34. WHO (1997). *The Jakarta Declaration: On Leading Health Promotion into the 21st Century*. Geneva: World Health Organization.
35. WHO (2000). *Health and Health Behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC) International Report*. Geneva: WHO.
36. Williams C., Baumslag N. & Jelliffe D. (1994). *Mother and Child Health*. NY: Oxford Press.

Os autores agradecem a toda a equipa do Projecto Aventura Social, às entidades parceiras, Faculdade de Motricidade Humana/UTL; Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL; e às entidades financiadoras: Instituto da Droga e da Toxicodependência; Coordenação da luta contra o VIH/SIDA; Fundação para a Ciência e Tecnologia / Ministério da Ciência e do Ensino Superior e Ministério da Educação

/DGIDC

Sexualidade, Comportamentos Sexuais e VIH/SIDA

Sónia Pereira^{1*}; Marta Morais* & Margarida Gaspar de Matos^{**}

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 algumas especificidades. É nesta fase que 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; é descoberta uma relação de intimidade, partilha e confiança com outra pessoa – o que contribui para o desenvolvimento psicológico do jovem. No entanto, a descoberta do amor, a partilha dos afectos e todos os outros aspectos positivos da sexualidade não são as únicas características da sexualidade na adolescência. Existem factores negativos que não devem ser esquecidos, pela ameaça que podem acarretar para a saúde física e psicológica do jovem.

A sociedade tem assistido a mudanças profundas na área da sexualidade. Após um período que se caracterizou pela afirmação da Mulher, pela descoberta de novos anticoncepcionais e liberalização do comportamento sexual, a propagação das IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis) exigiu novas reflexões acerca da sexualidade. Os adolescentes da actualidade enfrentam mais desafios do que em qualquer outro momento da história. Segundo Marques, Martingo e Frade (2006), todos os dias mais de 6000 jovens dos 15 aos 24 anos infectam ou são infectados pelo VIH.

Gravidez na Adolescência

Em muitos países, a gravidez na adolescência é uma realidade difícil de combater que exige a tomada de medidas mais eficazes na sua prevenção. Não obstante o facto da maternidade na adolescência estar a diminuir no nosso país, Portugal mantém o segundo lugar dos países europeus com maior taxa de gravidez na adolescência. A nível mundial, por sua vez, um em cada dez nascimentos são de mães adolescentes (Malta, Madeira, & Projecto ROSA, 2006).

^{1*} Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL

^{**} Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL

Toda a correspondência deve ser enviada para: aventurasocial@fmh.utl.pt

A maternidade na adolescência pode trazer consequências negativas para a mãe e para o bebê, não só a nível físico mas também psicológico. Para uma adolescente, uma gravidez indesejada pode significar a interrupção de muitos projectos, como prosseguir nos estudos ou manter uma relação conjugal estável. Para a criança está habitualmente reservado um ambiente pouco estimulante, uma maior probabilidade de condições de saúde deficitárias, problemas de comportamento e probabilidade de ser também no futuro mãe/pai adolescente (Kirby, 2001a). Por razões fisiológicas e sociais, as raparigas entre os 15 e os 19 anos têm o dobro da probabilidade de morrer no parto do que as raparigas acima dos 20 anos. Os filhos de mães adolescentes têm uma probabilidade 1,5 vezes maior de morrer antes de completarem um ano quando comparados com os filhos das mulheres adultas (Malta, Madeira, & Projecto ROSA, 2006). Apesar do conhecimento destas condições, muitas adolescentes têm dificuldade em imaginar como seria a sua vida se tivessem uma gravidez indesejada e referem nunca ter reflectido sobre o assunto (Albert, 2007).

Infecções Sexualmente Transmissíveis

Nos países mais desenvolvidos a idade cada vez mais precoce 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 aumenta a vulnerabilidade dos adolescentes a IST's (Charlotte, Fitzjohn, Herbison, & Dickson, 2000). O interesse crescente dos investigadores sobre a sexualidade dos adolescentes prende-se principalmente com as IST's. Estas são cada vez mais diversificadas e graves, ameaçando não só a fertilidade como também a própria vida. As IST's são em geral bacterianas (gonorreia ou clamídia) e virais (herpes genital ou VIH/SIDA).

Os adolescentes são um dos alvos preferenciais deste tipo de infecções, 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 às infecções, comparado com um útero mais maduro. A vulnerabilidade psíquica traduz-se, por sua vez, na procura da identidade sexual própria desta faixa etária, com tendência para a experimentação e multiplicidade de parceiros.

A ideia de imortalidade e baixa noção dos riscos também levam o

adolescente a optar por comportamentos pouco seguros. Os riscos das IST's são simultaneamente a curto prazo (exigindo tratamentos rápidos e modificações no comportamento sexual do casal) e a longo prazo (provocando lesões irreversíveis que podem causar, em caso de gravidez, problemas graves na saúde do bebé ou fazer com que a questão da infertilidade se transforme numa realidade) (WHO, 2000).

Esta panóplia de consequências nefastas é agravada por problemas de comunicação entre os casais que, por vezes não partilham entre si estas questões impedindo que o outro membro do casal tenha conhecimento de um problema que também o afecta directa e indirectamente. Estudos sugerem que cerca de 3 a 6 em cada 10 homens com IST's, incluindo o VIH/SIDA, não informam as suas parceiras desse facto e que, inclusive, cerca de 40% dos casais não discute as questões do planeamento familiar, considerando que estas são da responsabilidade exclusiva da mulher (Frade, 2006a).

VIH/SIDA

Apesar de ser relativamente recente, o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA) 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. Desde 2002 tem havido um acréscimo dos números relativos à infecção por via heterossexual, especialmente nos países africanos (WHO, 2000). Em todo o mundo, cerca de 50% das pessoas que vivem com o VIH/SIDA são mulheres. Embora a África do Sul seja a região mais afectada do mundo, Portugal ocupa o lugar cimeiro entre os jovens europeus infectados com VIH/SIDA (Frade, 2006b). 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

pela via sexual. 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, através de relações sexuais, partilha de seringas e transmissão mãe-bebé (Ayres, 2002).

A situação do VIH/SIDA em Portugal tem vindo a agravar-se nos últimos anos, encontrando-se notificados um total de 18995 casos de infecção de VIH/SIDA. No entanto, constata-se que os comportamentos de risco têm diminuído entre os adolescentes portugueses. A utilização do preservativo aparece associada ao género feminino, a uma idade mais avançada, à facilidade em falar com o pai, à não utilização de bebidas alcoólicas e ao não envolvimento em lutas com os pares. Quanto às crenças e atitudes perante as pessoas infectadas, as raparigas e os alunos que se encontram no final da adolescência têm mais facilidade em aceitar o indivíduo infectado (Dias, Matos, & Gonçalves, 2005; Matos et al., 2003).

Apesar de estarem a ser realizados esforços intensos para a descoberta de uma vacina eficaz, ainda não existe cura para esta doença. A melhor forma de a combater passa pela prevenção e mudança de comportamentos (Dias, Matos, & Gonçalves, 2002; Matos et al., 2003). Quando foram detectados os primeiros casos, o desconhecimento acerca da doença era enorme. 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, a sua epidemiologia e os seus principais determinantes sociais (Ayres, 2002).

É fundamental que se investiguem os factores psicossociais e ecológicos que constituem factores de risco e factores protectores no comportamento sexual dos adolescentes.

Sexualidade Segura

Embora há algumas décadas atrás fosse difícil conseguir informação sobre sexualidade, actualmente é fácil obter conhecimentos sobre esta temática, nomeadamente sobre os riscos que acarreta o sexo não protegido. Apesar disso, muitos adolescentes iniciam a vida sexual demasiado cedo, não utilizam preservativo, contraem IST's e engravidam. O comportamento sexual é influenciado por diversas

situações, crenças, atitudes e comportamentos que constituem factores de risco e factores protectores. Sabe-se que a relação entre a informação e a acção (o comportamento) não tem um sentido único (Camargo & Botelho, 2007). Por exemplo, 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 (Tamayo, Lima, Marques, & Martins, 2001). 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.

Os factores socio-económicos 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 nível mundial, uma em cada trinta e cinco pessoas foi ou é migrante (Santos, Goracci, & Gonçalves, 2006). Num estudo realizado em Portugal com população migrante residente em zonas carenciadas, verificou-se que, em comparação com os jovens de nacionalidade portuguesa, os jovens pertencentes à população migrante utilizam menos o preservativo e dizem ter mais relações sexuais. Quanto à procura de informação sobre VIH/SIDA, os jovens migrantes falam menos com os pais do que os jovens portugueses, recorrendo a folhetos e programas de televisão como fontes preferenciais de informação. Desta forma, 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).

Algumas investigações demonstram que, apesar de conhecerem os riscos que correm, muitos adolescentes não usam o preservativo. Alguns dos factores na base deste facto são a idade em que ocorre a primeira relação sexual, a raça ou etnia, a família, a escolaridade e a deficiente educação sexual (Manning, Longmore,

& Giordano, 2000). Alguns adolescentes referem também o medo que os pais descubram que já têm vida sexual activa. Outra razão apontada é o facto de estarem sob o efeito de drogas ou álcool (Albert, 2007). 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 mais cedo, a aumentar a frequência de relações sexuais ou a promover promiscuidade (Blake, Ledsy, Goodenow, Sawyer, Lohrmann, & Windsor, 2003; Sellers, McGraw, & McKinlay, 1994).

A família tem um papel fundamental na escolha, por parte do adolescente, de comportamentos sexuais saudáveis ou de risco, apesar de nem sempre considerar que a sua influência é de facto importante (Albert, 2007). A partilha de informação adequada sobre sexualidade pode contribuir para que os adolescentes façam escolhas mais seguras em relação ao seu comportamento sexual (Kirby & Miller, 2002). No entanto, as especificidades desta partilha de informação devem ser esclarecidas. Se questionarmos um adulto sobre se ele conversa sobre sexualidade com o seu filho, provavelmente a sua resposta será afirmativa. Mas, na realidade, conversar sobre sexualidade implica um número muito vasto de factores, que varia de família para família. Algumas pessoas associam a sexualidade a aspectos pessoais, outras associam-na a aspectos religiosos ou morais. Paralelamente a estas conversas, surgem sinais subtis que mostram disponibilidade para aceitação das decisões dos filhos, outros sinais mostram permissividade, rejeição ou hostilidade. No momento em que os pais conversam com os filhos sobre sexualidade algumas destas mensagens não verbais estão implícitas e constituem uma influência considerável no comportamento do adolescente (Lefkowitz, 2002). Muitos pais referem precisar de ajuda, quando se trata de falar sobre sexualidade, pois não sabem como começar a conversa, o que dizer ou como dizer (Albert, 2007). Outros pais admitem não ter muitos conhecimentos teóricos sobre a eficácia do preservativo na prevenção da gravidez e das IST's e não conhecer algumas especificidades dos contraceptivos, subestimando a sua eficácia (Eisenberg, Bearinger, Sieving, Swain, & Resnick, 2004).

Existe uma relação próxima entre o consumo de substâncias e a actividade sexual dos adolescentes (Rashad & Kaestner, 2004). O consumo de álcool está associado à adopção de comportamentos sexuais de risco, como a não utilização do preservativo na primeira relação sexual (Leigh, 2002). É fundamental que os

profissionais de saúde, pais e educadores sejam menos tolerantes em relação à sua utilização, sem optar por atitudes repressivas e punitivas que, muitas vezes, acabam por ter o efeito contrário ao pretendido (Taquette et al., 2005).

No que diz respeito ao comportamento sexual de risco, a intervenção dos profissionais de saúde 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).

Educação Sexual

A aprendizagem sobre a escolha de uma sexualidade saudável e sem comportamentos de risco em relação ao VIH e outras IST's requer uma intervenção efectiva e precoce (Cláudio, & Sousa, 2003). Para se obter uma diminuição da incidência das IST's são necessários investimentos sociais estruturais, especialmente no que diz respeito ao acesso universal à educação e à saúde (Taquette et al., 2005). A educação sexual pode contribuir para ajudar os adolescentes a tomarem decisões mais adequadas na sua sexualidade. O facto de terem actualmente muita facilidade em obter informação não garante que as suas escolhas sejam as mais adequadas. A educação sexual poderá fornecer uma ajuda na triagem desta informação, contribuindo para que seja utilizada da melhor forma (Piscalho, Serafim, & Leal, 2000).

Alguns autores consideram que os jovens têm mais tendência para praticar sexo seguro se aprenderem uma série de estratégias específicas, associadas às relações sexuais (Schaalma, Abraham, Gillmore, & Kok, 2004). Quando questionados sobre se a educação sexual pode ajudá-los a ter comportamentos sexuais mais seguros, a maioria dos jovens responde afirmativamente, enfatizando que a gravidez não

desejada é uma das suas maiores preocupações (Aquilino, & Bragadottir, 2000).

Alguns estudos demonstram que a educação sexual e o aconselhamento sobre a sexualidade estão igualmente associados a uma maior utilização de contraceptivos (Danielson, Marcy, Plunkett, Wiest, & Merwyn, 1990; Lonczak, Abbott, Hawkins, Kosterman, Catalano, 2002; Marsiglio, & Mott, 1986), maior utilização do preservativo (Johnson, Carey, Marsh, Levin, & Scott-Sheldon, 2003; Lonczak, Abbott, Hawkins, Kosterman, & Catalano, 2002), menor número de parceiros sexuais, início mais tardio da vida sexual (Johnson, Carey, Marsh, Levin, & Scott-Sheldon, 2003; Lonczak, Abbott, Hawkins, Kosterman, & Catalano, 2002), menor probabilidade de gravidez precoce (Lonczak, Abbott, Hawkins, Kosterman, & Catalano, 2002), e melhores conhecimentos sobre fertilidade e prevenção de IST's (Danielson, Marcy, Plunkett, Wiest, & Merwyn, 1990).

Existem dois grandes grupos de programas de educação sexual: os programas que promovem a abstinência sexual e o atraso do início da vida sexual, muito comuns nos EUA, e os programas que combinam a promoção da abstinência com informações sobre a utilização de preservativos e contraceptivos, assim como estratégias comportamentais que promovem uma sexualidade segura. O público-alvo dos programas não deve limitar-se aos adolescentes, sendo fundamental a intervenção conjunta com os pais. Esta intervenção pode promover a comunicação entre os pais e o adolescente, ajudando a fomentar conversas produtivas sobre a sexualidade (Kirby, 2001a).

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 recorrer aos pares pode ser uma boa opção, especialmente quando se está a trabalhar normas e atitudes relacionadas com o comportamento sexual (Mellanby, Newcombe, Rees, & Tripp, 2001). Os programas de educação sexual implementados por pares têm 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 promoção da saúde passa também pela adopção de medidas que fomentem a implementação de programas que promovam a saúde sexual dos adolescentes. Estas medidas necessitam do apoio da comunidade, para que sejam colocadas em prática (Schaalma, Abraham, Gillmore, & Kok, 2004).

Segundo Kirby (2001; 2001a) os programas de educação sexual eficazes têm em comum uma série de características que devem ser tomadas em conta no delineamento de qualquer programa de educação sexual. Devem investir na mudança para comportamentos que reduzam a gravidez não desejada e as IST's, devem ter um suporte teórico sólido, recorrer a programas comprovadamente eficazes e ter uma duração razoável, de modo a favorecer a consolidação de conhecimentos.

Segundo Kirby (2001), os programas implementados em escolas devem ter em conta que as estratégias mais eficazes são:

- Enfatizar estratégias claras sobre como evitar relações sexuais não protegidas;
- Facultar informações que demonstrem a importância e eficácia dessas estratégias;

- Encontrar formas personalizadas de aplicação das estratégias por cada adolescente individualmente e recorrer ao role-playing;
- Seleccionar e formar professores ou técnicos que tenham facilidade de relacionamento com adolescentes e que acreditem verdadeiramente na eficácia do programa, dada a importância da sua credibilidade;
- Formar e utilizar a educação pelos pares;
- Disponibilizar preservativos e fazer encaminhamento para consultas de planeamento familiar;
- Estruturar a promoção de comportamentos sexuais saudáveis através de outras entidades na comunidade (organizações, igreja, comunicação social local);
- Estimular a capacidade de tomada de decisão e assertividade dos jovens.

Os centros de saúde e clínicas têm uma responsabilidade evidente na promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente. Os profissionais de saúde devem criar condições para que o adolescente recorra às consultas, devem ter uma atitude aberta, de não julgamento, que permita avaliar quais os comportamentos do adolescente e facultar todo o aconselhamento necessário para permitir uma maior reflexão sobre os riscos e promover decisões mais informadas sobre a sua sexualidade. A confidencialidade deve ser salvaguardada, existindo condições para que a consulta não seja realizada na presença dos pais. O direito à confidencialidade não pretende excluir os pais de todo este processo, pois na consulta são abordados temas como a comunicação entre os pais e o adolescente, que é encorajado a partilhar com os pais as suas decisões (As-Sanie, Gantt, & Rosenthal, 2004). A consulta de rotina do adolescente pode ser uma ótima oportunidade para oferecer aconselhamento sobre responsabilidade associada à sexualidade, comportamentos sexuais saudáveis, utilização do preservativo e outros contraceptivos. Estas entidades podem ainda participar no rastreio das IST's e do VIH. Num estudo realizado por Burstein, Lowry, Klein, e Santelli (2003) verificou-se que a maior parte dos adolescentes fazia consulta de rotina anual. No entanto, poucos eram aqueles que referiram ter abordado assuntos relacionados com a prevenção de comportamentos de risco ligados com a sexualidade. Os autores defendem que os profissionais de saúde devem promover o diálogo e disponibilizar-se para o esclarecimento de dúvidas, sublinhando a importância da confidencialidade.

Segundo Kirby (2001), nos programas implementados em clínicas, as estratégias associadas a melhores resultados são:

- Conversar com os utentes sobre as razões que dificultam o uso do preservativo,
- Demonstrar como se usa o preservativo,
- Role-playing sobre como negociar a utilização do preservativo,
- Promover posteriores visitas à clínica,
- Disponibilizar panfletos para reforçar a mensagem.

A educação sexual não deve limitar-se à escola e aos centros de saúde. Dada a extrema influência que os media têm hoje em dia no comportamento dos adolescentes, estes podem ser ótimos veículos de informação e promoção da saúde. Collins, Elliott, Berry, Kanouse e Hunter (2003) estudaram o impacto da informação divulgada num episódio de uma série televisiva sobre a utilização do preservativo. Uma quantidade considerável de adolescentes referiu ter aprendido algo mais sobre o preservativo e referiu ter ficado mais consciencializado para a importância da sua utilização. A televisão não tem necessariamente que levar aos adolescentes informações que afectem negativamente a sua sexualidade. Pode mesmo ser uma forma de lhes fornecer informação correcta, ensinando que a sexualidade implica riscos e exige responsabilidade. Ao contrário dos livros, panfletos ou sessões de sensibilização, a televisão consegue transmitir informação, mostrando situações concretas, materializadas por personagens com quem os jovens se identificam. Sem ter o intuito de substituir os meios tradicionais de educação sexual, a televisão pode complementá-los, permitindo a ilustração de situações concretas de escolhas e de consequências relativas à sexualidade. Esta possibilidade de ilustração facultada pela televisão dificilmente é conseguida de outras formas. A presença dos pais durante o visionamento dos programas é outro ponto fulcral. A investigação sugere que o programa cria abertura ao diálogo, possibilitando aos adultos enfatizar a mensagem e esclarecer dúvidas, sendo melhores os resultados quando os jovens assistem aos programas na presença dos pais. Desta forma os media podem ser ótimos aliados de um programa de educação sexual.

Educação Sexual em Portugal

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 (GTES) /Educação para a Saúde em Meio Escolar, que determinou que a educação sexual será abordada no âmbito de um programa de promoção da saúde. A Educação para a Sexualidade, tem como objectivo fundamental o desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que estes se sintam informados e seguros nas suas opções (GTES, 2005; 2007a; 2007b).

Segundo o Grupo de Trabalho para a Educação Sexual (GTES) /Educação para a Saúde em Meio Escolar, os conteúdos mínimos nesta área, entre o 6º e o 9º ano devem ser os seguintes:

- Compreender a fisiologia geral da reprodução humana.

- Compreender o ciclo menstrual e ovulatório.

- Compreender a sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projecto de vida que integre valores (ex.: afectos, ternura, crescimento e maturidade emocional, capacidade de lidar com frustrações, compromissos, abstinência voluntária) e uma dimensão ética.

- Compreender a prevalência, uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e conhecer, sumariamente, os mecanismos de acção e tolerância (efeitos secundários).

- Compreender a epidemiologia e prevalência das principais IST em Portugal e no mundo (incluindo a infecção por VIH/Vírus da Imunodeficiência Humana, VPH /Vírus do Papiloma Humano - e suas consequências) bem como os métodos de prevenção.

- Conhecer as taxas e tendências de maternidade na adolescência e compreender o respectivo significado.

- Conhecer as taxas e tendências das interrupções voluntárias de gravidez, suas sequelas e respectivo significado (GTES, 2005, p. 17-18).

A promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é um importante contributo para a sua formação pessoal e social e tem ganho um protagonismo crescente nos sectores da Educação e da Saúde. A sensibilização para a importância da educação sexual como meio de promoção da saúde nas escolas tem aumentado significativamente, dando origem à criação de um modelo de intervenção para as escolas. É essencial que este modelo desenvolva tendo em conta as características próprias da adolescência e que se generalize às escolas de todo o país, permitindo que se consigam obter ganhos na saúde dos nossos adolescentes.

Referências

1. Aquilino, M., & Bragadottir, H. (2000). Adolescent pregnancy: Teen perspectives on prevention. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 25, 4, 192-197.
2. Albert, B. (2007). *With One Voice: America's Adults and Teens Sound Off About Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
3. As-Sanie, S., Gantt, A., & Rosenthal, M. (2004). Pregnancy Prevention in Adolescents. *American Family Physician*, 70, 1517-24.
4. Ayres, J. (2002). Educational practices and the prevention of VIH/Aids: lessons learned and current challenges. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 6, 11, 11-24.
5. Blake, S., Simkin, L., Ledsky, R., Perkins, C., & Calabrese, J. (2001). Effects of a Parent-Child Communications Intervention on Young Adolescents' Risk for Early Onset of Sexual Intercourse. *Family Planning Perspectives*, 33, 2, 52-61.
6. Burstein, G., Lowry, R., Klein, J., & Santelli, J. (2003). Missed Opportunities for Sexually Transmitted Diseases, Human Immunodeficiency Virus, and Pregnancy Prevention Services During Adolescent Health Supervision Visits, *Pediatrics*, 111, 5, 995-1001.
7. Camargo, B. & Botelho, L. (2007). Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o VIH. *Revista Saúde Pública*, 41, 1, 61-68.
8. Caron, F., Godin, G., Otis, J. & Lambert, L. (2004). Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Education Research*, 19, 2, 185-197.
9. Charlotte, M., Fitzjohn, J., Herbison, P., & Dickson, N. (2000). The determinants of Sexual Intercourse Before Age 16. *Journal of Adolescent Health*, 27, 136-147
10. Cláudio, V. & Sousa, P. (2003). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA. *Análise Psicológica*, 2, 21, 159-174.
11. Collins, R., Elliott, M., Berry, S., Kanouse, D., & Hunter, S. (2003). Entertainment Television

- as a Healthy Sex Educator: The Impact of Condom-Efficacy Information in an Episode of Friends, *Pediatrics*, 112, 5, 1114-1122.
12. Danielson, R., Marcy, S., Plunkett, A., Wiest, W., & Merwyn, G. (1990). Reproductive Health Counseling For Young Men: What Does It Do? *Family Planning Perspectives*, 22, 3, 115-121. *Family Planning Perspectives*, 22, 3, 115-121.
 13. Dias, S., Matos, M., & Gonçalves, A. (2005). Preventing VIH transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 15, 300-304.
 14. Eisenberg, M., Bearinger, L., Sieving, R., Swain, C., & Resnick, M. (2004). Parents' Beliefs About Condoms and Oral Contraceptives: Are They Medically Accurate? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36, 2, 50-57.
 15. Frade, A. (2006a). Saúde Reprodutiva e Desenvolvimento. Fact Sheet Women and AIDS da Associação Austríaca de Planeamento Familiar. Associação para o Planeamento da Família.
 16. Frade, A. (2006b). VIH/SIDA e a Mulher. Crise global, Acção global. Fact Sheet Women and AIDS da Associação Austríaca de Planeamento Familiar. Associação para o Planeamento da Família.
 17. Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face do VIH/SIDA em Adolescentes Migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 2, 299-315.
 18. GTES (2005) *Educação para a saúde – relatório preliminar*, Consultado em 2 Julho 2007 através de www.dgidec.min-edu.pt
 19. GTES (2007a) *Educação para a saúde - relatório de progresso*, Consultado em 2 Julho 2007 através de www.dgidec.min-edu.pt
 20. GTES (2007b) *Educação para a saúde – relatório final*, Consultado em 30 Setembro 2007 através de www.dgidec.min-edu.pt
 21. Halpern-Felsher, B.L., Cornell, J., Kropp, R.Y., & Tschann, J. (2005). Oral versus vaginal sex among adolescents: Perceptions, attitudes, and behavior. *Pediatrics*, 115, 845-851.
 22. Johnson, B., Carey, M., Marsh, K., Levin, K., & Scott-Sheldon, L. (2003). Interventions to Reduce Sexual Risk for the Human Immunodeficiency Virus in Adolescents, 1985-2000. *ArcVHes of Pediatric Adolescence Medicine*, 157, 381-388.
 23. Kirby, D. (2001). Understanding What Works and What Doesn't In Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking. *Family Planning Perspectives*, 33, 6, 276-281.
 24. Kirby D. (2001a). *Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (Summary).
 25. Kirby, D, & Miller, B. (2002). *Interventions Designed to Promote Parent-Teen Communication About Sexuality*. Consultado em 22 de Fevereiro de 2007 através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=2&hid=4&sid=2c192447-8c4b-402a-abf4-f9404f14951f%40sessio nmgr9>
 26. Lefkowitz, E. (2002). *Beyond the Yes-No Question: Measuring Parent-Adolescent Communication About Sex*. Consultado em 22 de Fevereiro de 2007 através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf? Vid=2&hid=107&sid=644df6b2-bf5f-4054-9286-0e2be6b940b6%40sessionmgr103>
 27. Leigh, B. (2002). Alcohol and Condom Use: A Meta-Analysis of Event-Level Studies. *Sexually Transmitted Diseases*, 29, 8, 476-481.
 28. Lonczak, H., Abbott, R., Hawkins, D., Kosterman, R., Catalano, R. (2002). Effects of the Seattle Social Development Project on Sexual Behavior, Pregnancy, Birth, and Sexually Transmitted Disease Outcomes by Age 21 Years. *ArcVHes of Pediatric & Adolescent Medicine*, 156, 438-447.
 29. Malta, I. ; Madeira, C. e Projecto ROSA (2006). Gravidez e Maternidade Adolescente. Direitos

- Humanos e Saúde Sexual e Reprodutiva. (2006). Fact Sheet Women and AIDS da Associação Austríaca de Planeamento Familiar. Associação para o Planeamento da Família.
30. Manning, W., Longmore, M., & Giordano, P. (2000). The Relationship Context of Contraceptive Use at First Intercourse. *Family Planning Perspectives*, 32, 3, 104-110.
 31. 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>
 32. Marques, R. Martingo, C. e Frade, A. (2006). Saúde Sexual e Reprodutiva e VIH/SIDA: Uma questão de compromisso e de desenvolvimento. Fact Sheet Women and AIDS da Associação Austríaca de Planeamento Familiar. Associação para o Planeamento da Família.
 33. Marsiglio, W. & Mott, F. (1986). The Impact of Sex Education on Sexual Activity, Contraceptive Use and Premarital Pregnancy Among American Teenagers. *Family Planning Perspectives*, 18, 4, 151-162.
 34. Matos, M & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois)*. Edições FMH: Lisboa.
 35. Mellanby, A., Newcombe, R., Rees, J., & Tripp, J. (2001). A comparative study of peer-led and adult-led school sex education. *Health Education Research*, 16, 4, 481-492.
 36. Mocroft, A., & al. (2002). Changes in the cause of death among VIH positive subjects across Europe: results from the EuroSIDA study. *AIDS*, 16, 1663-1671.
 37. Piscalho, I., Serafim, I., & Leal, I. (2000). *Representações sociais da educação sexual em adolescentes*. Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA.
 38. Prinstein, M., Meade, C., & Cohen, G. (2003). Adolescent Oral Sex, Peer Popularity, and Perceptions of Best Friends' Sexual Behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 4, 243-249
 39. Rashad, I., & Kaestner, R. (2004). Teenage sex, drugs and alcohol use: problems identifying the cause of risky behaviors. *Journal of Health Economics*, 23, 493-503.
 40. Reis, M. & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. *Análise Psicológica*, 4, 22, 737-745.
 41. Santos, L. ; Goracci, M. & Gonçalves, Y. (2006). Migrações Internacionais. Género e Saúde Sexual e Reprodutiva. Fact Sheet Women and AIDS da Associação Austríaca de Planeamento Familiar. Associação para o Planeamento da Família.
 42. Schaalma, H., Abraham, C., Gillmore, M., & Kok, G. (2004). Sex Education as Health Promotion: What Does It Take? *ArcVHes of Sexual Behavior*; 33, 3, 259-269.
 43. Sellers, D., McGraw, S., & McKinlay, J. (1994). Does the Promotion and Distribution of Condoms Increase Teen Sexual Activity? Evidence from an VIH Prevention Program for Latino Youth. *American Journal of Public Health*, 84, 12, 1955-59
 44. Singh, S., Darroch, J., & Frost, J. (2001). Socioeconomic Disadvantage and Adolescent Women's Sexual and Reproductive Behavior: The Case of Five Developed Countries. *Family Planning Perspectives*, 33, 6, 251-258.
 45. Taquette, S., Andrade, R., Vilhena, M. et al. (2005). A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51, 3, 148-152. Consultado em 22 de Fevereiro de 2007 através de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302005000300015&lng=pt&nrm=iso
 46. Tamayo, A., Lima, A., Marques, J., & Martins, L. (2001). Prioridades axiológicas e uso do preservativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 1, 167-75.
 47. 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.

PARTE 2

O Comportamento Sexual dos Adolescentes Portugueses

– Estudo: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Margarida Gaspar de Matos^{2*}, Celeste Simões*, Gina Tomé*, Inês Camacho*, Mafalda Ferreira*, Sónia Pereira & Marta Morais****

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 e comportamentos dos adolescentes nos vários cenários das suas vidas. Iniciou-se em 1982 com investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra, tendo sido adoptado pouco tempo depois pela OMS, como um estudo colaborativo. Em 2001/2002 faziam parte deste grupo 35 países (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001; 2004). Neste momento conta com 44 países, entre os quais Portugal, integrado desde 1996 e membro associado desde 1998 (Matos et al., 2000, 2003, 2005). Em 2006 Portugal realizou o terceiro estudo (Matos et al., 2006). 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.

Objectivos do HBSC

O HBSC procura compreender os comportamentos de saúde dos adolescentes, os seus estilos de vida e os seus contextos sociais. Os principais objectivos do estudo são:

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

^{2*} Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH)/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL

** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH)/UTL

Toda a correspondência deve ser enviada para: mmatos@fmh.utl.pt

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, constituídas por 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.

Instrumento – Questionário HBSC 2006

Cada estudo HBSC utiliza um questionário internacional, que é desenvolvido através de uma investigação cooperativa entre os diferentes investigadores dos países membros. O questionário “Comportamento e Saúde em jovens em idade escolar” utilizado neste estudo foi o adoptado no estudo internacional de 2002 do HBSC – Health Behaviour in School-aged Children (Currie et al., 2001).

Os países participantes incluíram todos os itens obrigatórios do questionário, que abrangem aspectos da saúde a nível demográfico, comportamental e psicossocial. Todas as questões seguiram o formato indicado no protocolo (Currie et al., 2001), englobando questões demográficas (idade, género, estatuto socio-económico), questões relativas à saúde positiva, consumo de álcool, tabaco e drogas, actividade física, comportamentos sexuais, 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.

Metodologia

Amostra

De modo a obter uma amostra representativa da população escolar portuguesa do 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, as escolas foram seleccionadas aleatoriamente, da lista oficial fornecida pelo Ministério da Educação, estratificada por regiões do país (cinco regiões escolares). Das 1194 escolas de todo o país (Portugal Continental) foram seleccionadas aleatoriamente 136 escolas públicas de ensino regular, que incluem EBI/JI (Escola Básica Integrada /Jardim de Infância), EBI (Escola Básica Integrada), EB2 (Escola Básica do 2º Ciclo), EB2,3 (Escola Básica do 2º e 3º Ciclo), EB3 (Escola Básica do 3º Ciclo), ES (Escola Secundária), EB2,3/ES (Escola Básica do 2º e 3º Ciclo /Escola Secundária) e EB3/ES (Escola Básica do 3º Ciclo /Escola Secundária).

Na região Norte foram sorteadas 53 escolas, na região Centro 25 escolas, na região de Lisboa e Vale do Tejo 44 escolas, na região do Alentejo 7 escolas e na região do Algarve 7 escolas. No estudo de 2006 foi utilizada a mesma selecção do estudo de 2002.

De acordo com o protocolo de aplicação do questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) para 2006 (Currie et al., 2001), a técnica de escolha da amostra foi a “cluster sampling”, onde o “cluster” ou unidade de análise foi a turma. Assim, foram seleccionadas 296 turmas dos 6º anos (96 turmas), 8º anos (102 turmas) e 10º anos (98 turmas), num total de 7400 alunos, correspondentes a 1,6% da população de alunos inscritos no ano lectivo 2005/2006. Esta amostra é uma amostra nacional significativa para alunos destes níveis de ensino a frequentar o ensino regular em Portugal continental.

Da totalidade de questionários enviados para as cinco regiões do país, foi obtida uma taxa de respostas de 92% das escolas, 87%, no que diz respeito às turmas, e 87% em relação aos alunos.

Os grupos de idade foram escolhidos no sentido de representar diferentes fases da adolescência:

- 11 anos – fase de desafio das mudanças físicas e emocionais;
- 13 anos – idade intermédia;

- 15 anos – fase em que importantes decisões de vida e de carreira são tomadas;

Procedimento

Recolha dos dados

Após a selecção das escolas, estas foram contactadas telefonicamente no sentido de confirmar a sua disponibilidade para colaborar no estudo.

A recolha de dados foi realizada através de um questionário, distribuído pelos Correios. Os questionários foram aplicados à turma na sala de aula. Os grupos escolhidos para aplicação dos questionários frequentavam o 6º, 8º e 10º anos de escolaridade. Segundo o protocolo internacional (Currie et al., 2001), pretendia-se obter uma amostra de aproximadamente 1500 inquiridos de cada escalão etário mais frequente nestes níveis de ensino (11, 13 e 15 anos), em todos os países participantes.

Após a recepção, os questionários foram digitalizados, traduzidos e interpretados através do programa “Eyes & Hands – Forms”, versão 5. Estes dados foram posteriormente transferidos para uma base de dados no programa “Statistical Package for Social Science – SPSS – Windows” (versão 15.0).

Análise dos Dados

Este capítulo apresenta a análise descritiva da amostra, no que diz respeito ao género, escolaridade, idade e estatuto socio-económico.

Os estudantes incluídos na amostra encontram-se distribuídos em percentagens idênticas no que se refere ao género.

Em relação à idade, este estudo foi realizado em turmas do 6º, 8º e 10º ano. Além desta divisão por ano de escolaridade, foi feito um agrupamento por quatro grupos etários:

Grupo dos 11 anos – idade inferior a 12 anos

Grupo dos 13 anos – dos 12 aos 13 anos e 11 meses.

Grupo dos 15 anos – dos 14 aos 15 anos e 11 meses.

Grupo dos 16 anos – 16 anos ou mais.

Algumas das questões do questionário relacionadas com a sexualidade foram respondidas apenas pelos adolescentes do 8º e 10º ano (amostra parcial) e as outras por todos os adolescentes (amostra total). Esta indicação será sistematicamente referida nos capítulos respectivos.

Neste trabalho serão apresentadas as questões relativas ao estudo de 2006 para a amostra total (6º, 8º e 10º anos). De seguida serão apresentados alguns resultados da amostra parcial de 2006 (8º e 10º anos) e resultados comparativos entre 2002 e 2006 apenas referentes ao 8º e 10º anos, uma vez que em 2002 algumas destas questões não foram apresentadas ao 6º ano.

A amostra nacional do estudo de 2006 é constituída por 4877 adolescentes, com uma média de idades de 14 anos, frequentando os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade do ensino público oficial, em Portugal Continental. É aproximadamente igual o número de rapazes e raparigas (49,6% de rapazes e 50,4% de raparigas), e estão distribuídos proporcionalmente pelas 5 regiões educativas do Continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve). A amostra foi aleatória e tem representatividade nacional para os jovens que frequentam estes graus de ensino, no ensino oficial (Matos et al., 2006).

A amostra nacional de 2002 foi constituída por 6131 adolescentes, com uma média de idades de 14 anos, frequentando os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade do ensino público oficial, em Portugal Continental. Era aproximadamente igual o número de rapazes e raparigas (49% de rapazes e 51% de raparigas), e também estavam distribuídos proporcionalmente pelas 5 regiões educativas do Continente (Matos et al., 2003). Em ambos os estudos a unidade de análise foi a “turma”.

AMOSTRA TOTAL – 2006

Tabela 1. Características demográficas da amostra total, 2006 (6º, 8º e 10º ano)

	2006 (N=4877)	
	N	%
Género		
Rapaz	2417	49.6
Rapariga	2460	50.4
Ano de escolaridade		
6º ano	1546	31.7
8º ano	1740	35.7
10º ano	1591	32.6
Nacionalidade		
Portuguesa	4548	96.8
CPCL (Africana + Brasileira)	150	3.2
Nível socioeconómico		
Baixo	2681	69.7
Médio Alto	1165	30.3
	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	14.01	1.89
6º ano	11.87	0.69
8º ano	14.16	0.96
10º ano	16.01	0.92

Comportamentos Sexuais

No que se refere à amostra total (6º, 8º e 10º anos), a maioria dos jovens afirma que ainda não teve relações sexuais. Daquelas que já tiveram, mais de metade menciona que teve a primeira relação sexual aos 14 anos ou mais.

Para os métodos contraceptivos, observa-se que grande parte dos jovens que já tiveram relações sexuais utilizaram algum método na última relação e que os mais utilizados foram o preservativo, seguido da pílula, do coito interrompido, de

outro método contraceptivo não especificado e do espermicida.

A maioria dos jovens afirma que na última relação utilizou preservativo e que nunca teve relações sexuais associadas ao consumo de drogas ou álcool.

Tabela 2. Frequência de Comportamentos Sexuais – Amostra Total, 2006 (6°, 8° e 10° anos)

Relações Sexuais (N=4636)	%
Sim (N=844)	18.2
Não (N=3792)	81.2
Jovens que já tiveram Relações Sexuais	
Idade da 1ª Relação Sexual (N=780)	%
11 anos ou menos (N=129)	16.5
12 – 13 anos (N=154)	19.7
14 anos ou mais (N=497)	63.7
Uso de métodos contraceptivos na última relação sexual (N=164)	%
Sim (N=138)	84.1
Não (N=26)	15.9
Métodos contraceptivos escolhidos na última relação sexual	
Preservativo (N=704)	%
Sim (N=655)	93.0
Não (N=49)	7.0
Pílula (N=371)	%
Sim (N=165)	44.5
Não (N=206)	55.5
Coito interrompido (N=272)	%
Sim (N=37)	13.6
Não (N=235)	86.4
Espermicida (N=264)	%
Sim (N=15)	5.7
Não (N=249)	94.3
Outro (N=172)	%
Sim (N=10)	5.8
Não (N=162)	94.2
Uso de preservativo na última relação sexual (N=780)	%
Sim (N=634)	81.3
Não (N=146)	18.7
Relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas (N=789)	%
Sim (N=111)	14.1
Não (N=678)	85.9

Para as diferenças entre a escolaridade e género, verifica-se que são as raparigas e os jovens do 6º ano quem mais frequentemente refere que ainda não teve relações sexuais (ver tabelas 3 e 4). Entre os jovens que já tiveram relações sexuais, são os rapazes e os jovens do 6º ano que iniciaram a vida sexual mais cedo (11 anos ou menos) e que mais recorreram ao espermicida como método contraceptivo na última relação sexual (ver tabelas 3 e 4).

Os rapazes e os jovens do 8º ano, são os que mais tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas, enquanto as raparigas e os jovens do 10º ano, utilizaram mais vezes um método contraceptivo na última relação sexual e recorreram à pílula como método contraceptivo na última relação sexual (ver tabelas 3 e 4). São também os jovens do 10º ano quem já teve relações sexuais e foram os quem mais utilizou o preservativo na última relação sexual (ver tabela 4).

Tabela 3. Diferenças entre géneros para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra total de 2006 (6º, 8º e 10º ano)

	Rapazes		Raparigas		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Relações Sexuais						64.546***
Sim	512	22.9	332	13.8	844	
Não	1721	77.1	2071	86.2	3792	
<i>Jovens que já tiveram Relações Sexuais</i>						
Idade da 1ª Relação Sexual						80.247***
11 anos ou menos	111	23.9	18	5.7	129	
12 – 13 anos	115	24.8	39	12.3	154	
14 anos ou mais	238	51.3	259	82.0	497	
Uso de métodos contraceptivos na última relação sexual						17.513***
Sim	72	74.2	66	98.5	138	
Não	25	25.8	1	1.5	26	
Preservativo						1.631
Sim	394	92.1	261	94.6	655	
Não	34	7.9	15	5.4	49	
Pílula						17.371***
Sim	61	33.5	104	55.0	165	
Não	121	66.5	85	45.0	206	
Coito interrompido						1.029
Sim	17	11.6	20	15.9	37	
Não	129	88.4	106	84.1	235	
Espermicida						6.766**
Sim	13	9.1	2	1.7	15	
Não	130	90.9	119	98.3	249	
Uso de preservativo na última relação sexual						3.555
Sim	384	83.5	250	78.1	634	
Não	76	16.5	70	21.9	146	
Relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas						5.410*
Sim	77	16.5	34	10.6	111	
Não	391	83.5	287	89.4	678	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 4. Diferenças entre anos de escolaridade para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra total de 2006 (6º, 8º e 10º ano)

	6º ano		8º ano		10º ano		Total	χ^2
	N	%	N	%	N	%		
Relações Sexuais								261.180***
Sim	121	8.4	256	15.4	467	30.6	844	
Não	1328	91.6	1406	84.6	1058	69.4	3792	
<i>Jovens que já tiveram Relações Sexuais</i>								
Idade da 1ª Relação Sexual								330.587***
11 anos ou menos	61	75.3	47	19.7	21	4.6	129	
12 – 13 anos	20	24.7	77	32.2	57	12.4	154	
14 anos ou mais	0	0.0	115	48.1	382	83.0	497	
Uso de métodos contraceptivos na última relação sexual								12.692**
Sim	23	69.7	44	78.6	71	94.7	138	
Não	10	30.3	12	21.4	4	5.3	26	
Preservativo								13.342***
Sim	78	85.7	194	91.1	383	95.8	655	
Não	13	14.3	19	8.9	17	4.3	49	
Pílula								14.774***
Sim	9	22.5	45	38.1	111	52.1	165	
Não	31	77.5	73	61.9	102	47.9	206	
Coito interrompido								1.837
Sim	4	10.8	8	10.1	25	16.0	37	
Não	33	89.2	71	89.9	131	84.0	235	
Espermicida								15.537***
Sim	7	18.9	5	6.0	3	2.1	15	
Não	30	81.1	79	94.0	140	97.9	249	
Uso de preservativo na última relação sexual								.290
Sim	79	82.3	186	80.2	369	81.6	634	
Não	17	17.7	46	19.8	83	18.4	146	
Relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas								16.133***
Sim	15	14.2	51	21.3	45	10.1	111	
Não	91	85.8	188	78.7	399	89.9	678	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

AMOSTRA PARCIAL – 2006 (apenas alunos do 8º e 10º anos)

Tabela 5. Características demográficas da amostra parcial, 2006 (apenas alunos do 8º e 10º anos)

	2006 (N=3331)	
	N	%
Gênero		
Rapaz	1579	47.4
Rapariga	1752	52.6
Ano de escolaridade		
8º ano	1740	52.2
10º ano	1591	47.8
Nacionalidade		
Portuguesa	3101	96,5
CPCL (Africana + Brasileira)	111	3.5
Nível socioeconómico		
Baixo	1816	68.0
Médio Alto	854	32.0
	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	15.07	1.34

Comportamentos Sexuais

Na **amostra parcial** (alunos do 8º e 10º ano), mais de metade dos alunos refere que a maioria dos jovens da sua idade ainda não teve relações sexuais e que os jovens costumam iniciar a sua vida sexual com 14 anos ou mais. A maior parte refere que quando os jovens têm relações sexuais o casal é que decide quando é a altura, e que têm relações porque querem experimentar, que as principais razões para o uso do preservativo são evitar a gravidez e a transmissão de IST's. A maioria dos inquiridos refere que se sentiria à vontade para conversar com o parceiro sobre o uso de preservativo, convencer o parceiro a usar preservativo, recusar ter relações sem preservativo e recusar ter relações se não quisesse (tabela 6 e 7).

Tabela 6. Frequência de Comportamentos Sexuais – Amostra Parcial 2006 (apenas alunos do 8º e 10º anos)

Maioria dos jovens da tua idade já teve relações sexuais (N=2593)	%
Sim (N=1165)	44.9
Não (N=1428)	55.1
Percepção da idade em que os outros jovens tiveram a 1ª relação sexual (N=1645)	%
11 anos ou menos (N=45)	2.7
12-13 anos (N=280)	17.0
14 anos ou mais (N=1320)	80.2
Quando os jovens têm relações sexuais.... (N=2967)	%
É o rapaz que toma a iniciativa (N=935)	31.5
É a rapariga que toma a iniciativa (N=54)	1.8
Decidem os dois quando acham que é a altura (N=1698)	57.2
Têm relações porque um deles insiste (N=209)	7.0
Outra razão (N=71)	2.4
Os jovens têm a sua primeira relação sexual porque...	
Estão muito apaixonados (N=3331)	%
Sim (N=1662)	49.9
Não (N=1669)	50.1
Querem experimentar (N=3331)	%
Sim (N=1778)	53.4
Não (N=1553)	46.6
Beberam demais (N=3331)	%
Sim (N=533)	16.0
Não (N=2798)	84.0
Tomaram drogas (N=3331)	%
Sim (N=290)	8.7
Não (N=3041)	91.3
Já namoram há muito tempo (N=3331)	%
Sim (N=952)	28.6
Não (N=2379)	71.4
Não querem que o parceiro(a) fique zangado ou o(a) abandone (N=3331)	%
Sim (N=617)	18.5
Não (N=2714)	81.5
Arranjaram um namorado(a) mais velho (N=3331)	%
Sim (N=361)	10.8
Não (N=2970)	89.2
Aconteceu por acaso (porque calhou) (N=3331)	%
Sim (N=672)	20.2
Não (N=2659)	79.8
Outra razão (N=3331)	%
Sim (N=72)	2.2
Não (N=3259)	97.8

Tabela 7. Frequência de Comportamentos Sexuais – Amostra Parcial 2006 (apenas alunos do 8º e 10º anos)

Razões para uso do preservativo	
Evitar a gravidez (N=3331)	%
Sim (N=2694)	80.9
Não (N=637)	19.1
Evitar o VIH/SIDA (N=3331)	%
Sim (N=2443)	73.3
Não (N=888)	26.7
Evitar outras IST's (N=3331)	%
Sim (N=2482)	74.6
Não (N=847)	25.4
Outra Razão (N=3331)	%
Sim (N=98)	2.9
Não (N=3233)	97.1
Como te sentirias nas seguintes situações	
Conversar com o parceiro sobre o uso do preservativo (N=3099)	%
À vontade (N=2324)	75.0
Pouco à vontade (N=335)	10.8
Não me sinto capaz (N=91)	2.9
Não sei (N=349)	11.3
Convencer o parceiro a usar preservativo (N=3124)	%
À vontade (N=2390)	76.5
Pouco à vontade (N=319)	10.2
Não me sinto capaz (N=78)	2.5
Não sei (N=337)	10.8
Recusar ter relações sexuais sem preservativo (N=3137)	%
À vontade (N=2190)	69.8
Pouco à vontade (N=296)	9.4
Não me sinto capaz (N=240)	7.7
Não sei (N=411)	13.1
Recusar ter relações sexuais se não quiseres (N=3133)	%
À vontade (N=2363)	75.4
Pouco à vontade (N=248)	7.9
Não me sinto capaz (N=132)	4.2
Não sei (N=390)	12.4

Quando questionados sobre se já tiveram relações sexuais, a maior parte dos jovens responde que ainda não. Aqueles que já tiveram relações sexuais, referem mais frequentemente que tiveram a primeira relação sexual aos 14 anos ou mais, que utilizaram algum método contraceptivo na última relação e o método mais utilizado foi o preservativo. Grande parte dos jovens afirma que não teve relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas (ver tabela 8).

Quando comparado o gênero constata-se que os rapazes referem mais frequentemente que os jovens da sua idade não tiveram relações sexuais e que têm a primeira relação sexual porque querem experimentar. As raparigas referem mais frequentemente que quando os jovens têm relações sexuais, decidem os dois quando acham que é a melhor altura, que têm a primeira relação sexual porque estão muito apaixonados e porque namoram há muito tempo.

Tabela 8. Frequência de Comportamentos Sexuais – Amostra Parcial 2006 (apenas alunos do 8º e 10º anos)

Relações Sexuais (N=3187)	%
Sim (N=723)	22.7
Não (N=2464)	77.3
Jovens que já tiveram Relações Sexuais	
Idade da 1ª Relação Sexual (N=699)	%
11 anos ou menos (N=68)	9.7
12 – 13 anos (N=134)	19.2
14 anos ou mais (N=497)	71.1
Uso de métodos contraceptivos na última relação sexual (N=131)	%
Sim (N=115)	87.8
Não (N=16)	12.2
Métodos contraceptivos escolhidos na última relação sexual	
Preservativo (N=613)	%
Sim (N=577)	94.1
Não (N=36)	5.9
Pílula (N=331)	%
Sim (N=156)	47.1
Não (N=175)	52.9
Coito interrompido (N=235)	%
Sim (N=33)	14.0
Não (N=202)	86.0
Espermicida (N=227)	%
Sim (N=8)	3.5
Não (N=219)	96.5
Outro (N=137)	%
Sim (N=7)	5.1
Não (N=130)	94.9
Uso de preservativo na última relação sexual (N=684)	%
Sim (N=555)	81.1
Não (N=129)	18.9
Relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas (N=683)	%
Sim (N=96)	14.1
Não (N=587)	85.9

Tabela 9. Diferenças entre gêneros para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	Rapazes		Raparigas		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Maioria dos jovens da tua idade já teve relações sexuais						13.205***
Sim	487	41.1	678	48.2	1165	
Não	699	58.9	729	51.8	1428	
Percepção da idade em que os outros jovens tiveram a primeira relação sexual						3.152
11 anos ou menos	22	3.0	23	2.5	45	
12-13 anos	113	15.2	167	18.5	280	
14 anos ou mais	606	81.8	714	79.0	1320	
Quando os jovens têm relações sexuais....						73.321***
É o rapaz que toma a iniciativa	520	37.1	415	26.5	935	
É a rapariga que toma a iniciativa	42	3.0	12	0.8	54	
Decidem os dois quando acham que é a altura	740	52.8	958	61.2	1698	
Têm relações porque um deles insiste	69	4.9	140	8.9	209	
Outra Razão	30	2.1	41	2.6	71	
Os jovens têm a sua primeira relação sexual porque...						
Querem experimentar						11.698***
Sim	892	56.5	886	50.6	1778	
Não	687	43.7	866	49.4	1553	
Estão muito apaixonados						27.703***
Sim	712	45.1	950	54.2	1662	
Não	867	54.9	802	45.8	1669	
Já namoram há muito tempo						55.822***
Sim	354	22.4	598	34.1	952	
Não	1225	77.6	1154	65.9	2379	
Razões para uso do preservativo						
Evitar a gravidez						3.782
Sim	1255	79.5	1439	82.1	2694	
Não	324	20.5	313	17.9	637	
Evitar o VIH/SIDA						4.182*
Sim	1132	71.7	1311	74.8	2442	
Não	447	28.3	441	25.2	888	
Evitar outras IST's						25.601***
Sim	1114	70.6	1370	78.2	2484	
Não	465	29.4	382	21.8	847	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Quando questionadas sobre as razões para o uso do preservativo, as raparigas referem mais frequentemente que serve para evitar IST's e a SIDA.

Por outro lado, os rapazes sentem-se mais à vontade para falar com a parceira sobre o uso do preservativo e afirmam mais frequentemente que já tiveram relações sexuais. As raparigas referem que se sentem à vontade para recusar ter relações sexuais se não quiserem e recusar ter relações sexuais sem o uso do preservativo, no entanto sentem-se pouco à vontade para convencer o parceiro a usar o preservativo.

Tabela 10. Diferenças entre géneros para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	Rapazes		Raparigas		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Como te sentirias nas seguintes situações						
Conversar com o parceiro sobre o uso do preservativo						42.907***
À vontade	1143	79.0	1181	71.5	2324	
Pouco à vontade	104	7.2	231	14.0	335	
Não me sinto capaz	33	2.3	58	3.5	91	
Não sei	167	11.5	182	11.0	349	
Convencer o parceiro a usar preservativo						21.820***
À vontade	1121	76.9	1269	76.1	2390	
Pouco à vontade	118	8.1	201	12.1	319	
Não me sinto capaz	33	2.3	45	2.7	78	
Não sei	185	12.7	152	9.1	337	
Recusar ter relações sexuais sem preservativo						81.718***
À vontade	910	62.0	1280	76.6	2190	
Pouco à vontade	185	12.6	111	6.6	296	
Não me sinto capaz	140	9.5	100	6.0	240	
Não sei	232	15.8	179	10.7	411	
Recusar ter relações sexuais se não quiseres						112.772**
À vontade	976	66.8	1387	83.0	2363	
Pouco à vontade	165	11.3	83	5.0	248	
Não me sinto capaz	82	5.6	50	3.0	132	
Não sei	239	16.3	151	9.0	390	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Relativamente aos jovens que já tiveram relações sexuais, as raparigas referem mais frequentemente que a idade da primeira relação sexual foi aos 14 anos de idade ou mais, e são também as raparigas que referem mais frequentemente que utilizaram algum método contraceptivo na última vez que tiveram relações sexuais. Quando questionadas sobre os métodos contraceptivos escolhidos na última relação sexual, as raparigas referem mais frequentemente que utilizaram a pílula e os rapazes o espermicida.

Tabela 11. Diferenças entre géneros para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	Rapazes		Raparigas		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Relações Sexuais						35.333***
Sim	404	27.4	319	18.6	723	
Não	1068	72.6	1396	81.4	2464	
<i>Jovens que já tiveram Relações Sexuais</i>						
Idade da 1ª Relação Sexual						45.690***
11 anos ou menos	56	14.4	12	3.9	68	
12 – 13 anos	96	24.6	38	12.3	134	
14 anos ou mais	238	61.0	259	83.8	497	
Uso de métodos contraceptivos na última relação sexual						13.713***
Sim	51	77.3	64	98.5	115	
Não	15	22.7	1	1.5	16	
Preservativo						.413
Sim	321	93.6	256	94.8	577	
Não	22	6.4	14	5.2	36	
Pílula						10.904***
Sim	53	36.8	103	55.1	156	
Não	91	63.2	84	44.9	175	
Coito interrompido						.947
Sim	13	11.7	20	16.1	33	
Não	98	88.3	104	83.9	202	
Espermicida						5.299*
Sim	7	6.5	1	0.8	8	
Não	101	93.5	118	99.2	219	
Uso de preservativo na última relação sexual						3.366
Sim	312	83.6	243	78.1	555	
Não	61	16.4	68	21.9	129	
Relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas						6.394*
Sim	64	17.1	32	10.4	96	
Não	310	82.9	277	89.6	587	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Na comparação dos jovens do 8º e 10º anos de escolaridade, verifica-se os jovens do 10º ano de escolaridade referem mais frequentemente que os outros jovens que tiveram a sua primeira relação sexual aos 14 anos ou mais, que decidem os dois quando acham que é altura de ter relações sexuais, que os jovens têm a sua primeira relação sexual porque querem experimentar e por namorarem há muito tempo.

Quando questionados sobre as razões para o uso do preservativo, os jovens que frequentam o 10º ano de escolaridade referem mais frequentemente que serve para evitar a gravidez, evitar as IST's e evitar o VIH/SIDA.

São também os jovens do 10º ano de escolaridade quem refere mais frequentemente que se sentem à vontade para conversar com o parceiro sobre o uso do preservativo, convencer o parceiro a usar preservativo, sentem-se à vontade para recusar ter relações sexuais se não quiserem, recusar ter relações sexuais sem o uso do preservativo e que já tiveram relações sexuais.

Tabela 12. Diferenças entre anos de escolaridade para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	8º ano		10º ano		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Maioria dos jovens da tua idade já teve relações sexuais						260.739***
Sim	427	30.4	738	62.1	1165	
Não	977	69.6	451	37.9	1428	
Percepção da idade em que os outros jovens tiveram a primeira relação sexual						175.334***
11 anos ou menos	39	6.5	6	0.6	45	
12-13 anos	181	30.0	99	9.5	280	
14 anos ou mais	384	63.6	936	89.9	1320	
Quando os jovens têm relações sexuais...						18.007***
É o rapaz que toma a iniciativa	511	34.2	424	28.8	935	
É a rapariga que toma a iniciativa	36	2.4	18	1.2	54	
Decidem os dois quando acham que é a altura	814	54.4	884	60.1	1698	
Têm relações porque um deles insiste	97	6.5	112	7.6	209	
Outra Razão	37	2.5	34	2.3	71	
Os jovens têm a sua primeira relação sexual porque...						
Querem experimentar						30.764***
Sim	849	48.8	929	58.4	1778	
Não	891	51.2	662	41.6	1553	
Estão muito apaixonados						.016
Sim	870	50.0	792	49.8	1662	
Não	870	50.0	799	50.2	1669	
Já namoram há muito tempo						20.031***
Sim	439	25.2	513	32.2	952	
Não	1301	74.8	1078	67.8	2379	
Razões para uso do preservativo						
Evitar a gravidez						31.127***
Sim	1344	77.2	1350	84.9	2694	
Não	396	22.8	241	15.1	637	
Evitar o VIH/SIDA						24.534***
Sim	1213	69.7	1230	77.3	2443	
Não	527	30.3	361	22.7	888	
Evitar outras IST's						56.735***
Sim	1203	69.1	1281	80.5	2484	
Não	537	30.9	310	19.5	847	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 13. Diferenças entre anos de escolaridade para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	8º ano		10º ano		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Como te sentirias nas seguintes situações						
Conversar com o parceiro sobre o uso do preservativo						133.096***
À vontade	1055	66.4	1269	84.1	2324	
Pouco à vontade	221	13.9	114	7.6	335	
Não me sinto capaz	69	4.3	22	1.5	91	
Não sei	245	15.4	104	6.9	349	
Convencer parceiro a usar preservativo						68.453***
À vontade	1131	70.5	1259	82.8	2390	
Pouco à vontade	196	12.2	123	8.1	319	
Não me sinto capaz	55	3.4	23	1.5	78	
Não sei	222	13.8	115	7.6	337	
Recusar ter relações sexuais sem preservativo						60.527***
À vontade	1036	64.3	1154	75.6	2190	
Pouco à vontade	158	9.8	138	9.0	296	
Não me sinto capaz	142	8.8	98	6.4	240	
Não sei	275	17.1	136	8.9	411	
Recusar ter relações sexuais se não quiseres						75.301***
À vontade	1119	69.6	1244	81.6	2363	
Pouco à vontade	133	8.3	115	7.5	248	
Não me sinto capaz	87	5.4	45	3.0	132	
Não sei	269	16.7	121	7.9	390	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Os jovens do 8º ano referem mais frequentemente que não tiveram relações sexuais, enquanto que os do 10º ano referem que já tiveram. Dos jovens que já tiveram relações sexuais os do 10º ano referem mais frequentemente que tiveram a primeira relação sexual aos 14 anos ou mais e que usaram métodos contraceptivos na última relação sexual, sendo a pílula o método mais referenciado.

Os alunos do 8º ano de escolaridade referem mais frequentemente que já tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas.

Tabela 14. Diferenças entre anos de escolaridade para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	8º ano		10º ano		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Relações Sexuais						105.032***
Sim	256	15.4	467	30.6	723	
Não	1406	84.6	1058	69.4	2464	
<i>Jovens que já tiveram Relações Sexuais</i>						
Idade da 1ª Relação Sexual						96.098***
11 anos ou menos	47	19.7	21	4.6	68	
12 – 13 anos	77	32.2	57	12.4	134	
14 anos ou mais	115	48.1	382	83.0	497	
Uso de métodos contraceptivos na última relação sexual						7.746**
Sim	44	78.6	71	94.7	115	
Não	12	21.4	4	5.3	16	
Preservativo						5.484*
Sim	194	91.1	383	95.8	577	
Não	19	8.9	17	4.3	36	
Pílula						5.953*
Sim	45	38.1	111	52.1	156	
Não	73	61.9	102	47.9	175	
Coito interrompido						1.512
Sim	8	10.1	25	16.0	33	
Não	71	89.9	131	84.0	202	
Espermicida						2.312
Sim	5	6.0	3	2.1	8	
Não	79	94.0	140	97.9	219	
Uso de preservativo na última relação sexual						.215
Sim	186	80.2	369	81.6	555	
Não	46	19.8	83	18.4	129	
Relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas						16.144***
Sim	51	21.3	45	10.1	96	
Não	188	78.7	399	89.9	587	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 15. Diferenças entre nacionalidades para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	Portuguesa		CPLP		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Maioria dos jovens da tua idade já teve relações sexuais						5.576**
Sim	1088	44.6	37	59.7	1125	
Não	1353	55.4	25	40.3	1378	
Percepção da idade em que os outros jovens tiveram a primeira relação sexual						1.085
11 anos ou menos	39	2.6	3	4.2	42	
12-13 anos	257	16.9	14	19.4	271	
14 anos ou mais	1226	80.6	55	76.4	1281	
Quando os jovens têm relações sexuais...						16.621**
É o rapaz que toma a iniciativa	856	30.8	43	48.3	899	
É a rapariga que toma a iniciativa	51	1.8	1	1.1	52	
Decidem os dois quando acham que é a altura	1611	58.0	34	38.2	1645	
Têm relações porque um deles insiste	197	7.1	7	7.9	204	
Outra razão	61	2.2	4	4.5	65	
Os jovens têm a sua primeira relação sexual porque...						
Querem experimentar						.072
Sim	1664	53.7	61	55.0	1725	
Não	1437	46.3	50	45.0	1487	
Estão muito apaixonados						.815
Sim	1560	50.3	51	45.9	1611	
Não	1541	49.7	60	54.1	1601	
Já namoram há muito tempo						.079
Sim	884	28.5	33	29.7	917	
Não	2217	71.5	78	70.3	2295	
Razões para uso do preservativo						
Evitar a gravidez						4.869*
Sim	2522	81.3	81	73.0	2603	
Não	579	18.7	30	27.0	609	
Evitar o VIH/SIDA						2.012
Sim	2283	73.6	75	67.6	2358	
Não	818	26.4	36	32.4	854	
Evitar outras IST's						8.528**
Sim	2335	75.3	70	63.1	2405	
Não	766	24.7	41	36.9	807	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Quando comparados os jovens de diferentes nacionalidades que frequentam o 8º e 10º anos de escolaridade, pode-se constatar que os alunos pertencentes à Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) referem mais frequentemente que a maioria dos jovens da sua idade já teve relações sexuais.

Enquanto que os alunos de nacionalidade portuguesa referem mais frequentemente que os jovens têm relações sexuais quando decidem os dois que é altura, os jovens da CPLP referem que é o rapaz que toma a iniciativa.

Quando questionados sobre o uso do preservativo, os jovens portugueses referem mais frequentemente que o preservativo serve para evitar uma gravidez e evitar IST's e que ainda não tiveram relações sexuais. Dos jovens que já tiveram relações sexuais, os portugueses são os que mais frequentemente referem que tiveram a primeira relação sexual aos 14 anos ou mais, que não utilizaram o espermicida como método contraceptivo na última relação sexual e que não tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas.

Quando comparados os jovens com estatuto socio-económico diferente, verifica-se que os de estatuto médio/alto referem mais frequentemente que os jovens têm a sua primeira relação sexual porque querem experimentar, que o uso do preservativo serve para evitar IST's e a pílula foi o método contraceptivo escolhido na última relação sexual.

Tabela 16. Diferenças entre nacionalidades para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	Portuguesa		CPLP		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Como te sentirias nas seguintes situações						
Conversar com o parceiro sobre o uso do preservativo						
À vontade	2178	75.4	81	79.4	2259	
Pouco à vontade	313	10.8	6	5.9	319	
Não me sinto capaz	83	2.9	2	2.0	85	
Não sei	316	10.9	13	12.7	329	
Convencer o parceiro a usar preservativo						7.012
À vontade	2233	76.6	86	83.5	2319	
Pouco à vontade	301	10.3	3	2.9	304	
Não me sinto capaz	70	2.4	4	3.9	74	
Não sei	310	10.6	10	9.7	320	
Recusar ter relações sexuais sem preservativo						3.014
À vontade	2046	69.9	73	72.3	2119	
Pouco à vontade	278	9.5	7	6.9	285	
Não me sinto capaz	220	7.5	11	10.9	231	
Não sei	385	13.1	10	9.9	395	
Recusar ter relações sexuais se não quiseres						2.612
À vontade	2218	75.9	75	73.5	2293	
Pouco à vontade	228	7.8	11	10.8	239	
Não me sinto capaz	116	4.0	6	5.9	122	
Não sei	362	12.4	10	9.8	372	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 17. Diferenças entre nacionalidades para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	Portuguesa		CPLP		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Relações Sexuais						30.756***
Sim	654	22.0	47	45.2	701	
Não	2320	78.0	57	54.8	2377	
<i>Jovens que já tiveram Relações Sexuais</i>						
Idade da 1ª Relação Sexual						23.033***
11 anos ou menos	53	8.3	13	29.5	66	
12 – 13 anos	120	18.9	10	22.7	130	
14 anos ou mais	463	72.8	21	47.7	484	
Uso de métodos contraceptivos na última relação sexual						3.598
Sim	109	88.6	3	60.0	112	
Não	14	11.4	2	40.0	16	
Preservativo						.490
Sim	529	94.3	32	91.4	561	
Não	32	5.7	3	8.6	35	
Pílula						.796
Sim	144	47.4	7	36.8	151	
Não	160	52.6	12	63.2	172	
Coito interrompido						.365
Sim	29	13.3	2	20.0	31	
Não	189	86.7	8	80.0	197	
Espermicida						9.351**
Sim	4	1.9	2	16.7	6	
Não	205	98.1	10	83.3	215	
Uso de preservativo na última relação sexual						2.381
Sim	514	82.2	29	72.5	543	
Não	111	17.8	11	27.5	122	
Relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas						14.157***
Sim	78	12.6	14	33.3	92	
Não	542	87.4	28	66.7	570	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 18. Diferenças entre estatutos socio-económico para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	Médio/Alto		Baixo		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Maioria dos jovens da tua idade já teve relações sexuais						.389
Sim	295	42.1	623	43.5	918	
Não	406	57.9	809	56.5	1215	
Percepção da idade em que os outros jovens tiveram a primeira relação sexual						.955
11 anos ou menos	11	2.8	17	1.9	28	
12-13 anos	68	17.0	157	17.8	225	
14 anos ou mais	321	80.3	710	80.3	1031	
Quando os jovens têm relações sexuais....						5.219
É o rapaz que toma a iniciativa	219	28.1	526	32.4	745	
É a rapariga que toma a iniciativa	11	1.4	27	1.7	38	
Decidem os dois quando acham que é a altura	470	60.4	926	57.0	1396	
Têm relações porque um deles insiste	58	7.5	112	6.9	170	
Outra Razão	20	2.6	33	2.0	53	
Os jovens têm a sua primeira relação sexual porque...						
Querem experimentar						4.069*
Sim	488	57.1	962	53.0	1450	
Não	366	42.9	854	47.0	1220	
Estão muito apaixonados						.198
Sim	429	50.2	929	51.2	1358	
Não	425	49.8	887	48.8	1312	
Já namoram há muito tempo						1.449
Sim	263	30.8	518	28.5	781	
Não	591	69.2	1298	71.5	1889	
Razões para uso do preservativo						
Evitar a gravidez						.311
Sim	705	82.6	1483	81.7	2188	
Não	149	17.4	333	18.3	482	
Evitar o VIH/SIDA						.002
Sim	637	74.6	1356	74.7	1993	
Não	217	25.4	460	25.3	677	
Evitar outras IST's						6.431*
Sim	676	79.2	1356	74.7	2032	
Não	178	20.8	460	25.3	638	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 19. Diferenças entre estatutos socio-económico para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	Médio/Alto		Baixo		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Como te sentirias nas seguintes situações						
Conversar com o parceiro sobre o uso do preservativo						5.656
À vontade	612	77.2	1269	74.2	1881	
Pouco à vontade	72	9.1	198	11.6	270	
Não me sinto capaz	17	2.1	53	3.1	70	
Não sei	92	11.6	190	11.1	282	
Convencer o parceiro a usar preservativo						.566
À vontade	616	77.3	1322	76.8	1938	
Pouco à vontade	78	9.8	172	10.0	250	
Não me sinto capaz	17	2.1	45	2.6	62	
Não sei	86	10.8	183	10.6	269	
Recusar ter relações sexuais sem preservativo						1.345
À vontade	580	71.9	1201	69.7	1781	
Pouco à vontade	68	8.4	160	9.3	228	
Não me sinto capaz	60	7.4	134	7.8	194	
Não sei	99	12.3	229	13.3	328	
Recusar ter relações sexuais se não quiseres						.663
À vontade	615	76.2	1301	75.6	1916	
Pouco à vontade	68	8.4	136	7.9	204	
Não me sinto capaz	32	4.0	72	4.2	104	
Não sei	92	11.4	212	12.3	304	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 20. Diferenças entre estatutos socio-económico para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	Médio/Alto		Baixo		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Relações Sexuais						.709
Sim	162	19.6	365	21.0	527	
Não	666	80.4	1373	79.0	2039	
<i>Jovens que já tiveram Relações Sexuais</i>						
Idade da 1ª Relação Sexual						1.979
11 anos ou menos	14	8.8	26	7.3	40	
12 – 13 anos	27	17.0	79	22.2	106	
14 anos ou mais	118	74.2	251	70.5	369	
Uso de métodos contraceptivos na última relação sexual						.290
Sim	17	85.0	67	89.3	84	
Não	3	15.0	8	10.7	11	
Preservativo						.564
Sim	132	95.7	292	93.9	424	
Não	6	4.3	19	6.1	25	
Pílula						4.460*
Sim	43	59.7	81	45.0	124	
Não	29	40.3	99	55.0	128	
Coito interrompido						.081
Sim	8	16.3	19	14.6	27	
Não	41	83.7	111	85.4	152	
Espermicida						.686
Sim	0	0.0	2	1.6	2	
Não	42	100.0	122	98.4	164	
Uso de preservativo na última relação sexual						.155
Sim	125	82.2	292	83.7	417	
Não	27	17.8	57	16.3	84	
Relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas						2.044
Sim	24	15.6	38	11.0	62	
Não	130	84.4	307	89.0	437	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Quando comparadas as cinco regiões do país incluídas no estudo, verifica-se que os jovens do Centro referem mais frequentemente que a maioria do jovens da sua idade não tiveram relações sexuais, enquanto os jovens do Alentejo referem mais frequentemente que os jovens da sua idade já tiveram relações sexuais.

Os jovens do Alentejo, referem mais frequentemente que se tem a primeira relação sexual porque se está muito apaixonado e que o preservativo serve para evitar a gravidez, enquanto que os jovens do Algarve referem mais frequentemente que o preservativo serve para evitar outras IST's.

Os jovens do Norte referem mais frequentemente que se sentem pouco à vontade para convencer o parceiro a usar o preservativo, enquanto os do Centro sentem-se pouco à vontade para recusar ter relações sexuais sem preservativo.

Os jovens da região do Alentejo referem mais frequentemente já ter tido relações sexuais.

Tabela 21. Diferenças entre regiões para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	Norte		Lisboa		Centro		Alentejo		Algarve		Total	χ^2
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Maioria dos jovens da tua idade já teve rel. Sexuais												33.153***
Sim	469	42.1	377	51.4	147	36.3	99	52.7	73	47.4	1165	
Não	644	57.9	356	48.6	258	63.7	89	47.3	81	52.6	1428	
Percepção da idade (outros 1ª rel. sexual)												4.743
11 anos ou (-)	21	3.3	16	2.9	5	2.4	1	0.7	2	2.0	45	
12-13 anos	111	17.3	88	16.2	40	18.9	26	17.6	15	14.7	280	
14 anos ou (+)	508	79.4	439	80.8	167	78.8	121	81.8	85	83.3	1320	
Quando os jovens têm rel. sexuais....												20.062
Rapaz toma a iniciativa	374	30.3	289	32.9	140	31.4	77	33.5	55	31.1	935	
Rapariga toma a iniciativa	20	1.6	18	2.0	11	2.5	3	1.3	2	1.1	54	
Decidem os dois quando é a altura	736	59.6	472	53.7	258	57.8	128	55.7	104	58.8	1698	
Têm relações porque um deles insiste	82	6.6	66	7.5	30	6.7	19	8.3	12	6.8	209	
Outra Razão	23	1.9	34	3.9	7	1.6	3	1.3	4	2.3	71	
Os jovens têm a sua primeira relação sexual porque...												
Querem experimentar												3.398
Sim	720	51.6	537	54.9	282	54.4	138	55.4	101	53.2	1778	
Não	676	48.4	441	45.1	236	45.6	111	44.6	89	46.8	1553	
Estão muito apaixonados												12.280*
Sim	716	51.3	453	46.3	252	48.6	143	57.4	98	51.6	1662	
Não	680	48.7	525	53.7	266	51.4	106	42.6	92	48.4	1669	
Já namoram há muito tempo												3.405
Sim	401	28.7	279	28.5	136	26.3	73	29.3	63	33.2	952	
Não	995	71.3	699	71.3	382	73.7	176	70.7	127	66.8	2379	
Razões para uso do preservativo												
Evitar a gravidez												14.766**
Sim	1102	78.9	818	83.6	408	78.8	215	86.3	151	79.5	2694	
Não	294	21.1	160	16.4	110	21.2	34	13.7	39	20.5	637	
Evitar o VIH/ SIDA												5.787
Sim	1007	72.1	723	73.9	376	72.6	185	74.3	152	80.0	2442	
Não	389	27.9	255	26.1	142	27.4	64	25.7	38	20.0	888	
Evitar outras IST's												14.450**
Sim	1005	72.0	743	76.0	385	74.3	193	77.5	158	83.2	2484	
Não	391	28.0	235	24.0	133	25.7	56	22.5	32	16.8	847	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 22. Diferenças entre regiões para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	Norte		Lisboa		Centro		Alentejo		Algarve		Total	χ^2
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Como te sentirias nas seguintes situações												
Conversar com parceiro sobre o uso preservativo												15.197
À vontade	965	74.9	697	76.2	355	75.1	180	75.0	127	69.4	2324	
Pouco à vontade	145	11.3	89	9.7	53	11.2	23	9.6	25	13.7	335	
Não me sinto capaz	46	3.6	20	2.2	14	3.0	9	3.8	2	1.1	91	
Não sei	132	10.2	109	11.9	51	10.8	28	11.7	29	15.8	349	
Convencer parceiro usar preservativo												26.492**
À vontade	971	74.9	725	78.5	365	76.7	194	79.8	135	72.6	2390	
Pouco à vontade	164	12.7	73	7.9	49	10.3	17	7.0	16	8.6	319	
Não me sinto capaz	37	2.9	19	2.1	10	2.1	4	1.6	8	4.3	78	
Não sei	124	9.6	106	11.5	52	10.9	28	11.3	27	14.3	337	
Recusar ter relações sexuais sem preservativo												26.473**
À vontade	929	71.4	632	68.5	328	68.2	173	70.6	128	68.8	2190	
Pouco à vontade	110	8.4	83	9.0	67	13.9	22	9.0	14	7.5	296	
Não me sinto capaz	108	8.3	76	8.2	33	6.9	11	4.5	12	6.5	240	
Não sei	155	11.9	132	14.3	53	11.0	39	15.9	32	17.2	411	
Recusar ter relações se não quiseres												17.511
À vontade	991	76.0	675	73.4	359	74.9	199	81.2	139	75.1	2363	
Pouco à vontade	98	7.5	85	9.2	41	8.6	10	4.1	14	7.6	248	
Não me sinto capaz	39	4.5	43	4.7	21	4.4	7	2.9	2	1.1	132	
Não sei	156	12.0	117	12.7	58	12.1	29	11.8	30	16.2	390	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 23. Diferenças entre regiões para as questões relativas ao comportamento sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	Norte		Lisboa		Centro		Alentejo		Algarve		Total	χ^2
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Relações Sexuais												20.414***
Sim	270	20.0	245	26.3	100	20.6	71	29.6	37	20.4	723	
Não	1077	80.0	688	73.7	386	79.4	169	70.4	144	79.6	2464	
<i>Jovens que já tiveram Relações Sexuais</i>												
Idade da 1ª Relação Sexual												9.839
11 anos ou (-)	23	8.8	25	10.5	13	13.5	6	8.6	1	2.8	68	
12 – 13 anos	51	19.6	42	17.7	22	22.9	16	22.9	3	8.3	134	
14 anos ou (+)	186	71.5	170	71.7	61	63.5	48	68.6	32	88.9	497	
Uso métodos contracept. na última relação sexual												6.702
Sim	50	89.3	34	87.2	13	72.2	14	100.0	4	100.0	115	
Não	6	10.7	5	12.8	5	27.8	0	0.0	0	0.0	16	
Preservativo												2.585
Sim	218	95.6	189	93.6	78	91.8	62	92.5	30	96.8	577	
Não	10	4.4	13	6.4	7	8.2	5	7.5	1	3.2	36	
Pílula												4.473
Sim	56	45.5	51	47.7	25	52.1	13	36.1	11	64.7	156	
Não	67	54.5	56	52.3	23	47.9	23	63.9	6	35.3	175	
Coito interrompido												2.159
Sim	9	10.3	14	17.3	6	17.6	3	12.0	1	12.5	33	
Não	78	89.7	67	82.7	28	82.4	22	88.0	7	87.5	202	
Espermicida												4.649
Sim	1	1.2	3	3.8	3	9.1	1	4.0	0	0.0	8	
Não	83	98.8	75	96.2	30	90.9	24	96.0	7	100.0	219	
Uso de preservativo na última relação sexual												7.592
Sim	213	84.5	180	75.9	73	81.1	60	87.0	29	80.6	555	
Não	39	15.5	57	24.1	17	18.9	9	13.0	7	19.4	129	
Rel. sexuais associadas ao consumo de álcool/drogas												2.740
Sim	31	12.1	35	15.2	16	17.0	11	16.2	3	8.8	96	
Não	225	87.9	196	84.8	78	83.0	37	83.8	31	91.2	587	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Educação Sexual e Crenças e Atitudes face ao VIH

A maioria dos jovens que frequentam o 8º e 10º anos de escolaridade refere que a educação sexual serve para ajudar a ter mais informação e tirar as dúvidas. Estes jovens referem que se sentem à vontade para falar de educação sexual com os amigos e colegas, e pouco à vontade com os pais e professores.

Tabela 24. Frequências sobre questões relacionadas com educação Sexual – Amostra Parcial 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>EDUCAÇÃO SEXUAL</i>	
A Educação Sexual serve para te ajudar a...	
Ter mais informação (N=3331)	%
Sim (N=2725)	81.8
Não (N=606)	18.2
Não ter SIDA (N=3331)	%
Sim (N=947)	28.4
Não (N=1553)	46.6
Saberes relacionar-te com outra pessoa (N=3331)	%
Sim (N=1002)	30.1
Não (N=2329)	69.9
Tirar dúvidas que tens (N=3331)	%
Sim (N=1795)	53.9
Não (N=1536)	46.1
Não engravidar (N=3331)	%
Sim (N=846)	25.4
Não (N=2485)	74.6
Como te sentes a falar de Educação Sexual com:	
Os teus amigos (N=3165)	%
Pouco à vontade (N=461)	14.6
À vontade (N=2704)	85.4
Os teus pais (N=3197)	%
Pouco à vontade (N=1966)	61.5
À vontade (N=1231)	38.5
Os teus colegas (N=3191)	%
Pouco à vontade (N=962)	30.1
À vontade (N=2229)	69.9
Os teus professores (N=3183)	%
Pouco à vontade (N=2333)	73.3
À vontade (N=850)	26.7

Relativamente às crenças e atitudes face ao VIH, mais de metade dos jovens refere que não corre risco de estar infectado pelo VIH, que não teve relações sexuais sem usar preservativo e não partilharam seringas.

Tabela 25. Frequências sobre questões relacionadas com Crenças e Atitudes Face ao VIH – Amostra Parcial 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH</i>	
Correr risco de ser infectado pelo VIH (N=3043)	%
Sim (N=488)	16.0
Não (N=1742)	57.2
Não sei (N=813)	26.7
Razões porque corre risco de ser infectado:	
Já tive relações sexuais sem usar preservativo (N=3331)	%
Sim (N=279)	8.4
Não (N=3052)	91.6
Já partilhei seringas (N=3331)	%
Sim (N=64)	1.9
Não (N=3267)	98.1
Não corro qualquer risco (N=3331)	%
Sim (N=2554)	76.7
Não (N=777)	23.3
Outro (N=3331)	%
Sim (N=141)	4.2
Não (N=3190)	95.8

Tabela 26. Frequências sobre questões relacionadas com Crenças e Atitudes Face ao VIH – Amostra Parcial 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – ACHAS QUE:	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa (N=3154)	%
Sim (N=2831)	89.8
Não (N=74)	2.3
Não sei (N=249)	7.5
Se alguém infectado com o VIH/SIDA tosse ou espirra perto de outras pessoas, estas podem ficar também infectadas (N=3200)	%
Sim (N=445)	13.9
Não (N=2002)	62.6
Não sei (N=753)	23.5
Se uma mulher infectada com o VIH/SIDA estiver grávida, o seu bebé pode ficar infectado (N=3199)	%
Sim (N=2564)	80.2
Não (N=150)	4.7
Não sei (N=485)	15.2
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por abraçar alguém que está infectado (N=3197)	%
Sim (N=175)	5.5
Não (N=2673)	83.6
Não sei (N=349)	10.9
Tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infectada com o VIH/SIDA (N=3200)	%
Sim (N=361)	11.3
Não (N=2145)	67.0
Não sei (N=694)	21.7
Uma pessoa pode ficar infectada pelo VIH/SIDA se tiver relações sexuais sem utilizar preservativo, mesmo que seja uma só vez (N=3189)	%
Sim (N=2766)	86.7
Não (N=150)	4.7
Não sei (N=273)	8.6
Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada com o VIH/SIDA (N=3179)	%
Sim (N=2485)	78.2
Não (N=177)	5.6
Não sei (N=517)	16.3
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa (N=3191)	%
Sim (N=726)	22.8
Não (N=1534)	48.1
Não sei (N=931)	29.2
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA com uma transfusão de sangue, num hospital, em Portugal (N=3187)	%
Sim (N=2060)	64.6
Não (N=339)	10.6
Não sei (N=788)	24.7

Tabela 27. Frequências sobre questões relacionadas com Crenças e Atitudes Face ao VIH – Amostra Parcial 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – OPINIÃO PARA CADA UMA DAS SEGUINTE AFIRMAÇÕES:	
Eu deixaria de ser amigo duma pessoa que estivesse infectada com o VIH (N=3176)	%
Concordo (N=222)	7.0
Não tenho certeza (N=588)	18.5
Discordo (N=2366)	74.5
Deve ser permitido aos jovens infectados com o VIH frequentar a escola (N=3156)	%
Concordo (N=2188)	69.3
Não tenho certeza (N=550)	17.4
Discordo (N=418)	13.2
Eu era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado com o VIH (N=3164)	%
Concordo (N=2160)	66.6
Não tenho certeza (N=749)	23.7
Discordo (N=309)	9.8
Eu visitaria um amigo(a) que estivesse infectado(a) com o VIH (N=3153)	%
Concordo (N=2540)	80.6
Não tenho certeza (N=444)	14.1
Discordo (N=169)	5.4
As pessoas infectadas com o VIH deveriam viver à parte do resto da população (N=3158)	%
Concordo (N=293)	9.3
Não tenho certeza (N=314)	9.9
Discordo (N=2551)	80.8
Fontes de informação sobre VIH/SIDA ou outras IST's	
Ver programa de televisão sobre esse assunto (N=3141)	%
Sim (N=2083)	66.3
Não (N=261)	8.3
Talvez (N=797)	25.4
Ler um folheto sobre esse assunto (N=3153)	%
Sim (N=2076)	65.8
Não (N=274)	8.7
Talvez (N=803)	25.5
Ver na Internet (N=3143)	%
Sim (N=2069)	65.8
Não (N=349)	11.1
Talvez (N=725)	23.1
Falar com um amigo(a) (N=3136)	%
Sim (N=1967)	62.7
Não (N=344)	11.0
Talvez (N=825)	26.3
Procurar em livros e revistas (N=3115)	%
Sim (N=1749)	56.1
Não (N=316)	10.1
Talvez (N=1050)	33.7

Relativamente às crenças e atitudes face ao VIH, a maior parte dos jovens refere que uma pessoa pode ficar infectada pela partilha de seringas, transmissão mãe/feto, relações sexuais sem preservativo, transfusões de sangue; que uma pessoa aparentemente saudável pode ser portadora de VIH, que não há transmissão do VIH através de espirros, abraços, partilha de utensílios para comer e beber (copos, pratos e talheres) e que a pílula não previne a transmissão do VIH.

Grande parte dos jovens concorda que deve ser permitido aos jovens infectados com VIH frequentar a escola, que assistiriam a uma aula ao lado de um colega com VIH e que visitariam um amigo com VIH. Discordam que deixariam de ser amigos de uma pessoa por esta ter VIH e que as pessoas com VIH deveriam viver à parte do resto da população.

As fontes de informação sobre o VIH ou outras IST's mais referidas pelos jovens são ver um programa de televisão, ler folhetos sobre o assunto, pesquisar na Internet, falar com um amigo e procurar em livros/revistas (ver tabela 26 e 27).

Para as diferenças entre o género relativamente à educação sexual, as raparigas referem mais frequentemente que a educação sexual serve para ter mais informação e tirar dúvidas que tenham.

Quando questionadas sobre como se sentem a falar de educação sexual, as raparigas referem mais frequentemente que se sentem pouco à vontade para falar com os professores e pais. Os rapazes referem que se sentem à vontade para falar com os amigos e colegas.

Tabela 28. Diferenças entre géneros para as questões relativas a educação sexual/crenças – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

EDUCAÇÃO SEXUAL						χ^2
Rapazes		Raparigas		Total		
N	%	N	%			
A Educação Sexual serve para te ajudar a...						
Ter mais informação						6.224*
Sim	1264	80.1	1461	83.4	2725	
Não	315	19.9	291	16.6	606	
Tirar dúvidas que tens						47.384***
Sim	752	47.6	1043	59.5	1795	
Não	827	52.4	709	40.5	1536	
Saberes relacionar-te com outra pessoa						.965
Sim	462	29.3	540	30.8	1002	
Não	1117	70.7	1212	69.2	2329	
Como te sentes a falar de Educação Sexual com:						
Os teus amigos						9.448**
Pouco à vontade	186	12.5	275	16.4	461	
À vontade	1300	87.5	1404	83.6	2704	
Os teus pais						22.171***
Pouco à vontade	859	57.2	1107	65.3	1966	
À vontade	643	42.8	588	34.7	1231	
Os teus colegas						72.311***
Pouco à vontade	341	22.8	621	36.6	962	
À vontade	1155	77.2	1074	63.4	2229	
Os teus professores						7.180**
Pouco à vontade	1058	71.1	1275	75.3	2333	
À vontade	431	28.9	419	24.7	850	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Relativamente à percepção de risco de infecção com VIH, as raparigas referem mais frequentemente que não correm riscos e que não tiveram relações sem usar preservativo.

Tabela 29. Diferenças entre géneros para as questões relativas a crenças e atitudes face ao VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH</i>						
	Rapazes		Raparigas		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Correr risco de ser infectado pelo VIH						47.821***
Sim	298	20.9	190	11.7	488	
Não	770	54.1	972	60.0	1742	
Não sei	355	24.9	458	28.3	813	
Razões porque corres risco de ser infectado:						
Já tive relações sexuais sem usar preservativo						20.047***
Sim	168	10.6	111	6.3	279	
Não	1411	89.4	1641	93.7	3052	
Já partilhei seringas						2.836
Sim	37	2.3	27	1.5	64	
Não	1542	97.7	1725	98.5	3267	
Não corro qualquer risco						13.438***
Sim	1166	73.8	1388	79.2	2554	
Não	413	26.2	364	20.8	777	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Relativamente às crenças e atitudes face ao VIH, as raparigas referem mais frequentemente que uma pessoa pode ficar infectada pelo VIH: se houver partilha de seringas, através de relações sexuais sem o uso do preservativo, transmissão via mãe/feto, transfusões de sangue e que uma pessoa aparentemente saudável pode estar infectada com o vírus, que uma pessoa não fica infectada se abraçar alguém com VIH, que tomar a pílula não protege a mulher de ficar infectada, que não há transmissão através de tosse ou espirros nem através de partilha de utensílios de comer e beber (pratos, talheres e copos).

As raparigas referem mais frequentemente que visitariam um amigo infectado com o VIH, que deve ser permitido aos jovens com VIH frequentar a escola e que eram capazes de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado e discordam que as pessoas infectadas deveriam viver à parte na sociedade e que deixariam de ser amigas de uma pessoa por esta estar infectada com VIH.

Tabela 30. Diferenças entre géneros para as questões relativas a crenças e atitudes face ao VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – ACHAS QUE:</i>						
	Rapazes		Raparigas		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa						26.952***
Sim	1286	86.8	1545	92.3	2831	
Não	41	2.8	33	2.0	74	
Não sei	154	10.4	95	5.7	249	
Se alguém infectado com o VIH/SIDA tosse ou espirra perto de outras pessoas, estas podem ficar também infectadas						21.554***
Sim	253	16.8	192	11.4	445	
Não	896	59.4	1106	65.4	2002	
Não sei	360	23.9	393	23.2	753	
Se uma mulher infectada com o VIH/SIDA estiver grávida, o seu bebé pode ficar infectado						41.008***
Sim	1146	75.9	1418	83.9	2564	
Não	102	6.8	48	2.8	150	
Não sei	261	17.3	224	13.3	485	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por abraçar alguém que está infectado						35.064***
Sim	99	6.6	76	4.5	175	
Não	1202	79.5	1471	87.2	2673	
Não sei	210	13.9	139	8.2	349	
Tomar a pilula pode proteger uma mulher de ser infectada com VIH/SIDA						8.113*
Sim	188	12.4	173	10.2	361	
Não	976	64.6	1169	69.2	2145	
Não sei	347	23.0	347	20.5	694	
Uma pessoa pode ficar infectada pelo VIH/SIDA se tiver relações sexuais sem preservativo, mesmo que seja uma só vez						57.157***
Sim	1234	81.9	1532	91.0	2766	
Não	95	6.3	55	3.3	150	
Não sei	177	11.8	96	5.7	273	
Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada com o VIH/SIDA						37.167***
Sim	1119	74.2	1366	81.7	2485	
Não	118	7.8	59	3.5	177	
Não sei	271	18.0	246	14.7	517	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa						18.300***
Sim	376	25.0	350	20.8	726	
Não	665	44.1	869	51.6	1534	
Não sei	466	30.9	465	27.6	931	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA com uma transfusão de sangue, num hospital, em Portugal						24.996***
Sim	908	60.3	1152	68.5	2060	
Não	189	12.5	150	8.9	339	
Não sei	409	27.2	379	22.5	788	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 31. Diferenças entre géneros para as questões relativas a crenças e atitudes face ao VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – Opinião para cada uma das seguintes afirmações:						χ^2
Rapazes		Raparigas		Total		
	N	%	N	%		
Eu deixaria de ser amigo dum(a) pessoa que estivesse infectada com o VIH						84.079***
Concordo	147	9.8	75	4.5	222	
Não tenho certeza	345	23.0	243	14.5	588	
Discordo	1006	67.2	1360	81.0	2366	
Deve ser permitido aos jovens infectados com o VIH frequentar a escola						34.669***
Concordo	959	64.4	1229	73.8	2188	
Não tenho certeza	291	19.5	259	15.5	550	
Discordo	240	16.1	178	10.7	418	
Eu era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado com o VIH						71.127***
Concordo	887	59.5	1219	72.9	2106	
Não tenho certeza	407	27.3	342	20.4	749	
Discordo	197	13.2	112	6.7	309	
Eu visitaria um amigo(a) que estivesse infectado(a) com o VIH						63.935***
Concordo	1115	75.0	1425	85.5	2540	
Não tenho certeza	252	17.0	192	11.5	444	
Discordo	119	8.0	50	3.0	160	
As pessoas infectadas com o VIH deveriam viver à parte do resto da população						41.964***
Concordo	173	11.6	120	7.2	293	
Não tenho certeza	185	12.4	129	7.7	314	
Discordo	1132	76.0	1419	85.1	2551	
Fontes de informação sobre VIH/SIDA ou outras IST's						
Ver programa de televisão sobre esse assunto						19.439***
Sim	926	62.4	1157	69.8	2083	
Não	140	9.4	121	7.3	261	
Talvez	418	28.2	379	22.9	797	
Ler um folheto sobre esse assunto						59.035***
Sim	881	59.1	1195	71.9	2076	
Não	166	11.1	108	6.5	274	
Talvez	443	29.7	360	21.6	803	
Ver na Internet						6.903*
Sim	942	63.7	1127	67.7	2069	
Não	166	11.2	183	11.0	349	
Talvez	371	25.1	354	21.3	725	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Quando comparados os jovens do 8º e 10º ano de escolaridade, verifica-se que os jovens do 10º ano de escolaridade referem mais frequentemente que a educação sexual serve para ter mais informação e tirar dúvidas, que se sentem à vontade para falar de educação sexual com os amigos e colegas, enquanto que os jovens do 8º ano sentem-se pouco à vontade para falar do tema com os professores e pais.

Tabela 32. Diferenças entre anos de escolaridade para as questões relativas a educação sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>EDUCAÇÃO SEXUAL</i>						
	8º Ano		10º Ano		Total	χ^2
	N	%	N	%		
A Educação Sexual serve para te ajudar a...						
Ter mais informação						49.752***
Sim	1345	77.3	1380	86.7	2725	
Não	395	22.7	211	13.3	606	
Tirar dúvidas que tens						48.081***
Sim	838	48.2	957	60.2	1795	
Não	902	51.8	634	39.8	1536	
Saberes relacionar-te com outra pessoa						2.425
Sim	544	31.3	458	28.8	1002	
Não	1196	68.7	1133	71.2	2329	
Como te sentes a falar de Educação Sexual com:						
Os teus amigos						72.228***
Pouco à vontade	322	19.7	139	9.1	461	
À vontade	1310	80.3	1394	90.9	2704	
Os teus pais						13.483***
Pouco à vontade	1067	64.5	899	58.2	1966	
À vontade	586	35.5	645	41.8	1231	
Os teus colegas						26.490***
Pouco à vontade	562	34.2	400	25.8	962	
À vontade	1081	65.8	1148	74.2	2229	
Os teus professores						16.207***
Pouco à vontade	1253	76.4	1080	70.0	2333	
À vontade	388	23.6	462	30.0	850	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

No que diz respeito às fontes de informação sobre o VIH, as raparigas recorrem mais aos folhetos, programas de televisão e Internet como fontes de informação.

Relativamente ao risco de estarem infectados, os jovens do 10º ano referem mais frequentemente que não correm risco de ser infectados com o VIH e que não partilharam seringas.

Tabela 33. Diferenças entre anos de escolaridade para as questões relativas a crenças e atitudes face ao VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH</i>						
	8º Ano		10º Ano		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Correr risco de ser infectado pelo VIH						6.122*
Sim	257	16.5	231	15.5	488	
Não	856	55.1	886	59.5	1742	
Não sei	440	28.3	373	25.0	813	
Razões porque corres risco de ser infectado:						
Já tive relações sexuais sem usar preservativo						2.161
Sim	134	7.7	145	9.1	279	
Não	1606	92.3	1446	90.9	3052	
Já partilhei seringas						11.756***
Sim	47	2.7	17	1.1	64	
Não	1693	97.3	1574	98.9	3267	
Não corro qualquer risco						.000
Sim	1334	76.7	1220	76.7	2554	
Não	406	23.3	371	23.3	777	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Relativamente às crenças sobre o VIH, os jovens do 10º ano referem mais frequentemente que uma pessoa pode ficar infectada se partilhar seringas usadas, se tiver relações sem o uso do preservativo, que uma mulher grávida infectada pode passar para o bebé, e que uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada com o vírus, que pode haver transmissão através de transfusões de sangue, que uma pessoa não fica infectada com o VIH se abraçar alguém que está infectado, que tomar a pílula não protege a mulher de ser infectada, e que não há transmissão do VIH através da tosse e espirros nem através da partilha de utensílios de comer e beber (pratos, talheres e copos).

Para as atitudes, os jovens do 10º ano referem mais frequentemente que visitariam um amigo que estivesse infectado com o VIH, que deve ser permitido aos jovens infectados frequentar a escola e que eram capazes de assistir uma aula ao lado de um colega infectado com o vírus, que discordam que as pessoas infectadas com o VIH sejam colocadas à parte na sociedade e que não deixariam de ser amigos de uma pessoa infectada.

São também os jovens do 10º ano, os que referem mais frequentemente que pesquisar na Internet, ver um programa na televisão e folhetos são as fontes de informação para saber sobre o VIH.

Tabela 34. Diferenças entre anos de escolaridade para as questões relativas a crenças e atitudes face ao VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – ACHAS QUE:</i>						
	8º Ano		10º Ano		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa						81.405***
Sim	1381	85.0	1450	94.8	2831	
Não	54	3.3	20	1.3	74	
Não sei	189	11.6	60	3.9	249	
Se alguém infectado com o VIH/SIDA tosse ou espirra perto de outras pessoas, estas podem ficar também infectadas						174.841***
Sim	310	18.8	135	8.7	445	
Não	854	51.7	1148	74.2	2002	
Não sei	488	29.5	265	17.1	753	
Se uma mulher infectada com o VIH/SIDA estiver grávida, o seu bebé pode ficar infectado						70.138***
Sim	1235	74.6	1329	86.1	2564	
Não	90	5.4	60	3.9	150	
Não sei	331	20.0	154	10.0	485	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por abraçar alguém que está infectado						146.424***
Sim	124	7.5	51	3.3	175	
Não	1254	76.0	1419	91.7	2673	
Não sei	27	1.6	77	5.0	349	
Tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infectada com o VIH/SIDA						285.882***
Sim	273	16.5	88	5.7	361	
Não	882	53.5	1263	81.5	2145	
Não sei	495	30.0	199	12.8	694	
Uma pessoa pode ficar infectada pelo VIH/SIDA se tiver relações sexuais sem preservativo, mesmo que 1 só vez						96.181***
Sim	1334	81.1	1432	92.7	2766	
Não	103	6.3	47	3.0	150	
Não sei	208	12.6	65	4.2	273	
Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada com o VIH/SIDA						94.244***
Sim	1173	71.3	1312	85.5	2485	
Não	118	7.2	59	3.8	177	
Não sei	354	21.5	163	10.6	517	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa						65.224***
Sim	401	24.3	325	21.0	726	
Não	682	41.4	852	55.2	1534	
Não sei	564	34.2	367	23.8	931	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA com uma transfusão de sangue, num hospital, em Portugal						78.387***
Sim	968	58.7	1092	71.0	2060	
Não	165	10.0	174	11.3	339	
Não sei	515	31.3	273	17.7	788	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 35. Diferenças entre anos de escolaridade para as questões relativas a crenças e atitudes face ao VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – Opinião para cada uma das seguintes afirmações:						
	8º Ano		10º Ano		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Eu deixaria de ser amigo duma pessoa que estivesse infectada com o VIH						59.751***
Concordo	157	9.6	65	4.2	222	
Não tenho certeza	350	21.3	238	15.5	588	
Discordo	1135	69.1	1231	80.2	2366	
Deve ser permitido aos jovens infectados com o VIH frequentar a escola						83.567***
Concordo	1015	62.2	1173	77.0	2188	
Não tenho certeza	338	20.7	212	13.9	550	
Discordo	279	17.1	139	9.1	418	
Eu era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado com o VIH						112.838***
Concordo	948	58.1	1158	75.6	2106	
Não tenho certeza	472	28.9	277	18.1	749	
Discordo	213	13.0	96	6.3	309	
Eu visitaria um amigo(a) que estivesse infectado(a) com o VIH						103.198***
Concordo	1198	73.6	1342	87.9	2540	
Não tenho certeza	308	18.9	136	8.9	444	
Discordo	121	7.4	48	3.1	169	
As pessoas infectadas com o VIH deveriam viver à parte do resto da população						96.528***
Concordo	201	12.4	92	6.0	293	
Não tenho certeza	220	13.5	94	6.1	314	
Discordo	1204	74.1	1347	87.9	2551	
Fontes de informação sobre VIH/SIDA ou outras IST's						
Ver programa de televisão sobre esse assunto						25.290***
Sim	1022	63.2	1061	69.6	2083	
Não	170	10.5	91	6.0	261	
Talvez	424	26.2	373	24.5	797	
Ler um folheto sobre esse assunto						13.429***
Sim	1039	63.7	1037	68.1	2076	
Não	169	10.4	105	6.9	274	
Talvez	422	25.9	381	25.0	803	
Ver na Internet						50.150***
Sim	979	60.5	1090	71.5	2069	
Não	229	14.1	120	7.9	349	
Talvez	411	25.4	314	20.6	725	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

No que se refere às diferenças entre as nacionalidades, pode-se constatar que os jovens de nacionalidade portuguesa referem mais frequentemente que a educação sexual serve para ter mais informação e no que diz respeito à facilidade de falar sobre a educação sexual, os jovens da CPLP referem mais frequentemente que se sentem pouco à vontade para falar com os pais sobre o tema.

Tabela 36. Diferenças entre nacionalidade para as questões relativas a educação sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>EDUCAÇÃO SEXUAL</i>						
	Portuguesa		CPLP		Total	χ^2
	N	%	N	%		
A Educação Sexual serve para te ajudar a...						
Ter mais informação						9.473**
Sim	2560	82.6	79	71.2	2639	
Não	541	17.4	32	28.8	573	
Tirar dúvidas que tens						.976
Sim	1684	54.3	55	49.5	1739	
Não	1417	45.7	56	50.5	1473	
Saberes relacionar-te com outra pessoa						.272
Sim	934	30.1	36	32.4	970	
Não	2167	69.9	75	67.6	2242	
Como te sentes a falar de Educação Sexual com:						
Os teus amigos						.388
Pouco à vontade	417	14.1	16	16.3	433	
À vontade	2541	85.9	82	83.7	2623	
Os teus pais						4.698*
Pouco à vontade	1819	60.9	73	71.6	1892	
À vontade	1166	39.1	29	28.4	1195	
Os teus colegas						.619
Pouco à vontade	885	29.7	34	33.3	919	
À vontade	2094	70.3	68	66.7	2162	
Os teus professores						1.135
Pouco à vontade	2160	72.7	79	77.5	2239	
À vontade	812	27.3	23	22.5	835	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Relativamente às crenças e atitudes face ao VIH, os jovens de nacionalidade portuguesa referem mais frequentemente que uma pessoa não corre risco de ser infectada pelo VIH através de uma transfusão de sangue em Portugal, que não correm risco de ser infectados pelo VIH, que não partilharam seringas e que não tiveram relações sexuais sem usar preservativo.

Tabela 37. Diferenças entre nacionalidade para as questões relativas a crenças e atitudes face ao VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH</i>						
	Portuguesa		CPLP		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Correr risco de ser infectado pelo VIH						.514
Sim	459	16.2	15	15.0	474	
Não	1621	57.0	55	55.0	1676	
Não sei	762	26.8	30	30.0	792	
Razões porque corres risco de ser infectado:						
Já tive relações sexuais sem usar preservativo						48.535***
Sim	236	7.6	29	26.1	265	
Não	2865	92.4	82	73.9	2947	
Já partilhei seringas						8.402**
Sim	52	1.7	6	5.4	58	
Não	3049	98.3	105	94.6	3154	
Não corro qualquer risco						23.663***
Sim	2403	77.5	64	57.7	2467	
Não	698	22.5	47	42.3	745	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 38. Diferenças entre nacionalidade para as questões relativas a crenças e atitudes face ao VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – ACHAS QUE:						
	Portuguesa		CPLP		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa						
Sim	2647	90.0	89	86.4	2736	1.519
Não	71	2.4	3	2.9	74	
Não sei	222	7.6	11	10.7	233	
Se alguém infectado com o VIH/SIDA tosse ou espirra perto de outras pessoas, estas podem ficar também infectadas						
Sim	407	13.6	15	14.4	422	.433
Não	1872	62.7	62	59.6	1934	
Não sei	705	23.6	27	26.0	732	
Se uma mulher infectada com o VIH/SIDA estiver grávida, o seu bebé pode ficar infectado						
Sim	2388	80.0	87	84.5	2475	2.162
Não	144	4.8	2	1.9	146	
Não sei	453	15.2	14	13.6	467	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por abraçar alguém que está infectado						
Sim	157	5.3	8	7.8	165	2.359
Não	2509	84.1	81	78.6	2590	
Não sei	316	10.6	14	13.6	330	
Tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infectada com o VIH/SIDA						
Sim	337	11.3	12	11.5	349	.173
Não	2005	67.2	68	65.4	2073	
Não sei	641	21.5	24	23.1	665	
Uma pessoa pode ficar infectada pelo VIH/SIDA se tiver relações sexuais sem utilizar preservativo, mesmo que seja uma só vez						
Sim	2580	86.8	92	88.5	2672	3.735
Não	142	4.8	1	1.0	143	
Não sei	250	8.4	11	10.6	261	
Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada com o VIH/SIDA						
Sim	2323	78.4	78	75.0	2401	2.030
Não	161	5.4	9	8.7	170	
Não sei	479	16.2	17	16.3	496	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa						
Sim	675	22.7	23	21.9	698	1.318
Não	1429	48.0	56	53.3	1485	
Não sei	870	29.3	26	24.8	896	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA com uma transfusão de sangue, num hospital, em Portugal						
Sim	1918	64.5	76	73.1	1994	6.019*
Não	328	11.0	4	3.8	332	
Não sei	726	24.4	24	23.1	750	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 39. Diferenças entre nacionalidade para as questões relativas a crenças e atitudes face ao VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – Opinião para cada uma das seguintes afirmações:						
	Portuguesa		CPLP		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Eu deixaria de ser amigo duma pessoa que estivesse infectada com o VIH						1.221
Concordo	202	6.8	10	9.5	212	
Não tenho certeza	552	18.6	20	19.0	572	
Discordo	2210	74.6	75	71.4	2285	
Deve ser permitido aos jovens infectados com o VIH frequentar a escola						2.945
Concordo	2060	69.9	64	62.1	2124	
Não tenho certeza	505	17.1	23	22.3	528	
Discordo	380	12.9	16	15.5	396	
Eu era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado com o VIH						.809
Concordo	1960	66.4	72	69.2	2032	
Não tenho certeza	708	24.0	21	20.2	729	
Discordo	286	9.7	11	10.6	297	
Eu visitaria um amigo(a) que estivesse infectado(a) com o VIH						.259
Concordo	2377	80.7	81	78.6	2458	
Não tenho certeza	415	14.1	16	15.5	431	
Discordo	155	5.3	6	5.8	161	
As pessoas infectadas com o VIH deveriam viver à parte do resto da população						3.429
Concordo	268	9.1	14	13.5	282	
Não tenho certeza	290	9.8	13	12.5	303	
Discordo	2393	81.1	77	74.0	2470	
Fontes de informação sobre VIH/SIDA ou outras IST's						
Ver programa de televisão sobre esse assunto						.885
Sim	1954	66.5	63	62.4	2017	
Não	235	8.0	10	9.9	245	
Talvez	748	25.5	28	27.7	776	
Ler um folheto sobre esse assunto						.955
Sim	1944	66.0	70	68.6	2014	
Não	248	8.4	10	9.8	258	
Talvez	754	25.6	22	21.6	776	
Ver na Internet						3.676
Sim	1950	66.4	59	57.8	2009	
Não	318	10.8	12	11.8	330	
Talvez	668	22.8	31	30.4	699	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Para as diferenças entre o estatuto socio-económico, relativamente às questões sobre a educação sexual, pode-se constatar que os jovens de estatuto socio-económico médio/alto sentem-se à vontade para falar com os amigos sobre a educação sexual, enquanto os que pertencem ao estatuto socio-económico baixo sentem-se mais frequentemente pouco à vontade para falar com os pais sobre o tema.

Tabela 40. Diferenças entre estatuto socio-económico para as questões relativas a educação sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>EDUCAÇÃO SEXUAL</i>							χ^2
		Médio/Alto		Baixo		Total	
		N	%	N	%		
A Educação Sexual serve para te ajudar a...							
Ter mais informação							.286
Sim		713	83.5	1501	82.7	2214	
Não		141	16.5	315	17.3	456	
Tirar dúvidas que tens							1.023
Sim		489	57.3	1002	55.2	1491	
Não		365	42.7	814	44.8	1179	
Saberes relacionar-te com outra pessoa							.525
Sim		252	29.5	561	30.9	813	
Não		602	70.5	1255	69.1	1857	
Como te sentes a falar de Educação Sexual com:							
Os teus amigos							10.180***
Pouco à vontade		88	10.8	271	15.5	359	
À vontade		725	89.2	1474	84.5	2199	
Os teus pais							16.060***
Pouco à vontade		465	56.1	1126	64.3	1591	
À vontade		364	43.9	625	35.7	989	
Os teus colegas							2.276
Pouco à vontade		228	27.7	537	30.6	765	
À vontade		595	72.3	1217	69.4	1812	
Os teus professores							.476
Pouco à vontade		608	73.9	1268	72.6	1876	
À vontade		215	26.1	479	27.4	694	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

No que diz respeito às crenças e atitudes face ao VIH, os jovens de estatuto médio/alto referem mais frequentemente que não correm o risco de ser infectados pelo VIH e que não tiveram relações sexuais sem usar preservativo.

Tabela 41. Diferenças entre estatuto socio-económico para as questões relativas a crenças e atitudes face ao VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH</i>						χ^2
	Médio/Alto		Baixo		Total	
	N	%	N	%		
Correr risco de ser infectado pelo VIH						12.449**
Sim	100	12.6	283	16.9	383	
Não	498	62.6	931	55.7	1429	
Não sei	197	24.8	458	27.4	655	
Razões porque corres risco de ser infectado:						
Já tive relações sexuais sem usar preservativo						5.360*
Sim	51	6.0	155	8.5	206	
Não	803	94.0	1661	91.5	2464	
Já partilhei seringas						.659
Sim	11	1.3	31	1.7	42	
Não	843	98.7	1785	98.3	2628	
Não corro qualquer risco						2.023
Sim	682	79.9	1406	77.4	2088	
Não	172	20.1	410	22.6	582	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

No que diz respeito às crenças e atitudes face ao VIH, os jovens de estatuto médio/alto referem mais frequentemente que o vírus do VIH não se transmite através de um abraço, tosse e espirros, nem por partilha de utensílios de comer e beber (talheres, copos e pratos), que as pessoas infectadas com o VIH não deveriam ser colocadas à parte na sociedade, que deve ser permitido aos jovens infectados frequentar a escola, que eram capazes de assistir a uma aula ao lado de um colega portador do VIH.

Os jovens pertencentes ao estatuto médio/alto, referem mais frequentemente a Internet como fonte de informação sobre o VIH/SIDA ou outras IST's.

Tabela 42. Diferenças entre estatuto socio-económico para as questões relativas a crenças e atitudes face ao VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – ACHAS QUE:</i>						χ^2
	Médio/Alto		Baixo		Total	
	N	%	N	%		
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa						5.597
Sim	756	93.1	1564	90.2	2320	
Não	14	1.7	43	2.5	57	
Não sei	42	5.2	126	7.3	168	
Se alguém infectado com o VIH/SIDA tosse ou espirra perto de outras pessoas, estas podem ficar também infectadas						23.926***
Sim	97	11.8	246	14.0	343	
Não	580	70.5	1065	60.8	1645	
Não sei	146	17.7	441	25.2	587	
Se uma mulher infectada com o VIH/SIDA estiver grávida, o seu bebé pode ficar infectado						3.269
Sim	686	83.1	1403	80.2	2089	
Não	34	4.1	77	4.4	111	
Não sei	106	12.8	270	15.4	376	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por abraçar alguém que está infectado						12.508**
Sim	37	4.5	90	5.1	127	
Não	728	88.5	1463	83.5	2191	
Não sei	58	7.0	199	11.4	257	
Tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infectada com o VIH/SIDA						1.749
Sim	88	10.6	197	11.3	285	
Não	576	69.6	1174	67.1	1750	
Não sei	163	19.7	379	21.7	542	
Uma pessoa pode ficar infectada pelo VIH/SIDA se tiver relações sexuais sem utilizar preservativo, mesmo que seja uma só vez						3.689
Sim	740	89.8	1535	88.0	2275	
Não	36	4.4	71	4.1	107	
Não sei	48	5.8	138	7.9	186	
Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada com o VIH/SIDA						3.569
Sim	669	81.5	1360	78.3	2029	
Não	39	4.8	95	5.5	134	
Não sei	113	13.8	283	16.3	396	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa						10.807**
Sim	175	21.3	400	22.9	575	
Não	441	53.6	818	46.9	1259	
Não sei	207	25.2	527	30.2	734	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA com uma transfusão de sangue, num hospital, em Portugal						4.000
Sim	545	66.2	1134	65.1	1679	
Não	97	11.8	173	9.9	270	
Não sei	181	22.0	435	25.0	616	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 43. Diferenças entre estatuto socio-económico para as questões relativas a crenças e atitudes face ao VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – Opinião para cada uma das seguintes afirmações:					χ^2
	Médio/Alto		Baixo		Total	
	N	%	N	%		
Eu deixaria de ser amigo duma pessoa que estivesse infectada com o VIH						3.681
Concordo	39	4.7	116	6.7	155	
Não tenho certeza	156	18.9	323	18.6	479	
Discordo	629	76.3	1301	74.8	1930	
Deve ser permitido aos jovens infectados com o VIH frequentar a escola						7.591*
Concordo	603	73.6	1189	68.7	1792	
Não tenho certeza	116	14.2	315	18.2	431	
Discordo	100	12.2	226	13.1	326	
Eu era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado com o VIH						6.904*
Concordo	584	71.0	1151	66.3	1735	
Não tenho certeza	174	21.2	405	23.3	579	
Discordo	64	7.8	180	10.4	244	
Eu visitaria um amigo(a) que estivesse infectado(a) com o VIH						4.816
Concordo	688	84.0	1398	80.7	2086	
Não tenho certeza	100	12.2	241	13.9	341	
Discordo	31	3.8	93	5.4	124	
As pessoas infectadas com o VIH deveriam viver à parte do resto da população						11.763**
Concordo	68	8.3	148	8.5	216	
Não tenho certeza	53	6.5	184	10.6	237	
Discordo	699	85.2	1399	80.8	2098	
Fontes de informação sobre VIH/SIDA ou outras IST's						
Ver programa de televisão sobre esse assunto						.295
Sim	551	67.5	1150	66.8	1701	
Não	64	7.8	131	7.6	195	
Talvez	201	24.6	441	25.6	642	
Ler um folheto sobre esse assunto						.528
Sim	551	67.2	1150	66.7	1701	
Não	67	8.2	131	7.6	198	
Talvez	202	24.6	444	25.7	646	
Ver na Internet						14.029***
Sim	589	72.1	1114	64.6	1703	
Não	72	8.8	190	11.0	262	
Talvez	156	19.1	420	24.4	576	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Quando comparadas as regiões relativamente às questões da educação sexual, os jovens do Alentejo referem mais frequentemente que a educação sexual serve para ajudar a ter mais informação, enquanto que os do Algarve referem mais frequentemente que a educação sexual serve para tirar dúvidas.

Tabela 44. Diferenças entre regiões para as questões relativas a educação sexual – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>EDUCAÇÃO SEXUAL</i>													
		Norte		Lisboa		Centro		Alentejo		Algarve		Total	χ^2
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
A Educação Sexual serve para te ajudar a...													
Ter mais informação												10.591*	
Sim		1127	80.7	805	82.3	412	79.5	218	87.6	163	85.8	2725	
Não		269	19.3	173	17.7	106	20.5	31	12.4	27	14.2	606	
Tirar dúvidas												11.446*	
Sim		714	51.1	555	56.7	276	53.3	134	53.8	116	61.1	1795	
Não		682	48.9	423	43.3	242	46.7	115	46.2	74	38.9	1536	
Saberes relacionar-te com outra pessoa												5.846	
Sim		448	32.1	285	29.1	140	27.0	76	30.5	53	27.9	1002	
Não		948	67.9	693	70.9	378	73.0	173	69.5	137	72.1	2329	
Como te sentes a falar de Educação Sexual com:													
Os teus amigos												6.722	
Pouco à vontade		199	15.1	148	15.8	54	11.2	31	12.8	29	15.8	461	
À vontade		1122	84.9	787	84.2	429	88.8	211	87.2	155	84.2	2704	
Os teus pais												11.943*	
Pouco à vontade		830	62.5	595	63.0	268	54.6	153	62.4	120	64.2	1966	
À vontade		499	37.5	350	37.0	223	45.4	92	37.6	67	35.8	1231	
Os teus colegas												16.054**	
Pouco à vontade		431	32.5	273	28.9	126	25.7	62	25.5	70	37.4	962	
À vontade		895	67.5	671	71.1	365	74.3	181	74.5	117	62.6	2229	
Os teus professores												17.599***	
Pouco à vontade		948	71.5	727	77.5	338	69.0	175	71.7	145	78.0	2333	
À vontade		377	28.5	211	22.5	152	31.0	69	28.3	41	22.0	850	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Quando questionados sobre a facilidade de falar sobre Educação Sexual, os jovens do Centro referem mais frequentemente que se sentem pouco à vontade em falar com os pais. Os jovens de Lisboa, sentem-se pouco à vontade para falar sobre Educação Sexual com os professores, por outro lado os jovens do Centro sentem-se à vontade para falar com os colegas sobre o tema.

Relativamente às crenças e atitudes face ao VIH, os jovens do Norte referem mais frequentemente que o vírus transmite-se através da tosse e espirros, e os jovens do Centro, referem que o VIH não se transmite através de abraços, que pode haver transmissão do VIH de mulher grávida para o feto e que uma pessoa não pode ficar infectada se tiver relações sexuais sem utilizar o preservativo.

Os jovens do Algarve afirmam mais vezes que tomar a pílula não protege uma mulher de ser infectada e os do Norte que uma pessoa pode ficar infectada por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos), já usados por outra pessoa infectada.

Quando questionados sobre a possibilidade de correr riscos de ser infectado pelo VIH, os jovens do Centro são os que referem mais frequentemente que não correm riscos.

Relativamente às fontes de informação sobre a VIH/SIDA e outras IST's, os jovens do Alentejo são os que referem mais frequentemente ver um programa na televisão, ler um folheto como fontes de informação e recorrer à Internet como fonte de informação sobre o tema.

Tabela 45. Diferenças entre regiões para as questões relativas a crenças e atitudes face VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH</i>												
	Norte		Lisboa		Centro		Alentejo		Algarve		Total	χ^2
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Correr risco ser infectado pelo VIH												19.938*
Sim	195	15.6	151	16.6	77	16.6	46	19.4	19	10.4	488	
Não	696	55.6	520	57.1	292	63.1	125	52.7	109	59.9	1742	
Não sei	360	28.8	239	26.3	94	20.3	66	27.8	54	29.7	813	
Razões porque corre risco de ser infectado:												
Já tive rel. sexuais sem preservat.												5.028
Sim	105	7.5	96	9.8	40	7.7	24	9.6	14	7.4	279	
Não	1291	92.5	882	90.2	478	92.3	225	90.4	176	92.6	3052	
Já partilhei seringas												5.679
Sim	30	2.1	14	1.4	15	2.9	3	1.2	2	1.1	64	
Não	1366	97.9	964	98.6	503	97.1	246	98.8	188	98.9	3267	
Não corro qualquer risco												4.715
Sim	1074	76.9	735	75.2	395	76.3	194	77.9	156	82.1	2554	
Não	322	23.1	243	24.8	123	23.7	55	22.1	34	17.9	777	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 46. Diferenças entre regiões para as questões relativas a crenças e atitudes face VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – ACHAS QUE:												Total	χ^2
	Norte		Lisboa		Centro		Alentejo		Açores		Algarve			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Pessoa ficar infect. VIH/SIDA se usar agulha e/ou seringa usada por outra														6.482
Sim	1163	88.6	848	90.6	438	91.1	214	88.8	168	91.8	2831			
Não	35	2.7	20	2.1	7	1.5	8	3.3	4	2.2	74			
Não sei	115	8.8	68	7.3	36	7.5	19	7.9	11	6.0	249			
Se alguém infect. VIH/SIDA tosse/ espirra perto de outros, estes podem ficar infect.														17.364*
Sim	204	15.3	110	11.6	80	16.3	31	12.7	20	10.8	445			
Não	795	59.8	611	64.4	306	62.2	167	68.4	123	66.5	2002			
Não sei	331	24.9	228	24.0	106	21.5	46	18.9	42	22.7	753			
Se mulher infect com VIH/SIDA estiver grávida, o seu bebé pode ficar infectado														20.689**
Sim	1044	78.7	773	81.4	412	83.7	179	73.1	156	83.9	2564			
Não	61	4.6	39	4.1	27	5.5	15	6.1	8	4.3	150			
Não sei	221	16.7	138	14.5	53	10.8	51	20.8	22	11.8	485			
Pessoa pode ficar infectada com VIH/SIDA por abraçar alguém infect.														24.103**
Sim	83	6.3	35	3.7	36	7.4	12	4.9	9	4.8	175			
Não	1071	80.8	815	85.9	406	83.0	216	87.4	165	88.2	2673			
Não sei	171	12.9	10.4	47	9.6	19	7.7	13	7.0	349				
Tomar a pílula protege mulher de ser infectada com VIH/SIDA														19.558*
Sim	166	12.5	97	10.2	57	11.6	27	11.1	14	7.5	361			
Não	849	63.8	639	67.4	343	70.0	171	70.1	143	76.5	2145			
Não sei	316	23.7	212	22.4	90	18.4	46	18.9	30	16.0	694			
Pessoa pode ficar infectada VIH/SIDA se tiver relações sexuais sem preservat., mesmo só 1 vez														20.172**
Sim	1130	85.5	833	88.1	421	86.3	215	87.0	167	89.3	2766			
Não	60	4.5	31	3.3	35	7.2	16	6.5	8	4.3	150			
Não sei	131	9.9	82	8.7	32	6.6	16	6.5	12	6.4	273			
Pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada com VIH/SIDA														10.285
Sim	1010	76.9	745	78.8	382	78.6	200	81.3	148	79.1	2485			
Não	73	5.6	48	5.1	34	7.0	16	6.5	6	3.2	177			
Não sei	231	17.6	153	16.2	70	14.4	30	12.2	33	17.6	517			
Pessoa pode ficar infectada VIH/SIDA por usar utensílios de comer/beber já usados														22.870**
Sim	330	24.9	192	20.3	127	26.0	46	18.8	31	16.7	726			
Não	599	45.2	463	49.0	233	47.6	133	54.3	106	57.0	1534			
Não sei	397	29.9	290	30.7	129	26.4	66	26.9	49	26.3	931			
Pessoa pode ficar infectada VIH/SIDA com transfusão de sangue, num hospital, em Portugal														14.922
Sim	839	63.2	608	64.5	333	68.2	156	64.2	124	66.7	2060			
Não	146	11.0	88	9.3	56	11.5	35	14.4	14	7.5	339			
Não sei	342	25.8	247	26.2	99	20.3	52	21.4	48	25.8	788			

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 47. Diferenças entre regiões para as questões relativas a crenças e atitudes face VIH – amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – Opinião para cada uma das seguintes afirmações:												χ^2
	Norte		Lisboa		Centro		Alentejo		Algarve		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Eu deixaria de ser amigo duma pessoa que estivesse infectada com VIH													12.650
Concordo	92	7.0	55	5.8	44	9.0	20	8.2	11	5.9	222		
Não tenho certeza	255	19.4	162	17.2	88	18.0	55	22.4	28	15.0	588		
Discordo	967	73.6	724	76.9	357	73.0	170	69.4	148	79.1	2366		
Deve ser permitido aos jovens infectados com VIH frequentar a escola													13.233
Concordo	872	66.9	654	69.8	358	73.5	167	68.4	137	74.1	2188		
Não tenho certeza	252	19.3	166	17.7	65	13.3	40	16.4	27	14.6	550		
Discordo	179	13.7	117	12.5	64	13.1	37	15.2	21	11.4	418		
Eu era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado com VIH													11.557
Concordo	858	65.6	644	68.5	325	66.7	149	61.1	130	69.9	2106		
Não tenho certeza	312	23.9	211	22.4	123	25.3	61	25.0	42	22.6	749		
Discordo	137	10.5	85	9.0	39	8.0	34	13.9	14	7.5	309		
Eu visitaria um amigo(a) que estivesse infectado(a) com VIH													6.549
Concordo	1033	79.1	766	81.9	392	81.2	195	80.2	154	82.8	2540		
Não tenho certeza	203	15.5	121	12.9	60	12.4	35	14.4	25	13.4	444		
Discordo	70	5.4	48	5.1	31	6.4	13	5.3	7	3.8	169		
As pessoas infectadas com VIH deveriam viver à parte do resto da população													13.339
Concordo	131	10.0	83	8.8	46	9.5	18	7.4	15	8.1	293		
Não tenho certeza	148	11.3	77	8.2	32	10.7	26	10.7	11	5.9	314		
Discordo	1025	78.6	780	83.0	386	79.8	200	82.0	160	86.0	2551		
Fontes de informação sobre VIH/SIDA ou outras IST's													
Ver programa de televisão sobre esse assunto													16.163*
Sim	876	67.7	588	62.9	313	64.8	177	72.5	129	69.4	2083		
Não	104	8.0	75	8.0	48	9.9	21	8.6	13	7.0	261		
Talvez	313	24.2	272	29.1	122	25.3	46	18.9	44	23.7	797		
Ler um folheto sobre esse assunto													17.815*
Sim	872	67.0	572	61.2	333	68.2	177	73.1	122	65.2	2076		
Não	113	8.7	93	10.0	38	7.8	17	7.0	13	7.0	274		
Talvez	317	24.3	269	28.8	117	24.0	48	19.8	52	27.8	803		
Ver na Internet													16.038*
Sim	829	64.1	606	64.7	327	67.6	177	72.8	130	69.5	2069		
Não	168	13.0	94	10.0	53	11.0	18	7.4	16	8.6	349		
Talvez	296	22.9	236	25.2	104	21.5	48	19.8	41	21.9	725		

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS EM 2002 E 2006 – AMOSTRA PARCIAL (APENAS ALUNOS DO 8º e 10º ANO)

Tabela 48. Características demográficas da amostra parcial 2002 (alunos do 8º e 10º ano)

	2002 (N=3762)	
	<i>N</i>	<i>%</i>
Género		
Rapaz	1806	48.0
Rapariga	1956	52.0
Ano de escolaridade		
8º ano	2181	58.0
10º ano	1581	42.0
Nacionalidade		
Portuguesa	3382	96.7
CPCL (Africana + Brasileira)	116	3.3
Nível socioeconómico		
Baixo	1807	57.1
Médio Alto	1356	42.9
	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	15.12	1.35

Comportamentos Sexuais

Na comparação entre os anos 2002 e 2006, verificou-se uma diminuição dos adolescentes que consideram que os jovens da idade deles já tiveram relações sexuais e um aumento daqueles que afirmam que os outros jovens tiveram a primeira relação sexual aos 14 anos ou mais.

Entre 2002 e 2006 diminuíram os jovens que afirmam ter tido a primeira relação sexual porque queriam experimentar, porque estavam apaixonados e porque já namoravam há muito tempo. O mesmo ocorre para as razões mais apontadas pelos adolescentes para utilizar o preservativo, ou seja, entre 2002 e 2006, são menos os jovens que referem que o utilizam para evitar a gravidez e para evitar o VIH/SIDA (ver tabela 49).

Entre 2002 e 2006, os jovens passaram a sentir-se mais à vontade para convencer o parceiro a utilizar o preservativo e sentem-se mais frequentemente pouco à vontade para conversar com o parceiro sobre o uso do preservativo e para recusar ter relações sexuais sem preservativo (ver tabela 50).

Para o uso do preservativo na última relação sexual, de 2002 para 2006, os jovens utilizaram mais o preservativo na última relação (ver tabela 51).

Tabela 49. Diferenças entre 2002 e 2006 para as questões relativas ao comportamento sexual – amostras parciais (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	2002		2006		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Maioria dos jovens da tua idade já teve relações sexuais						49.420***
Sim	1997	53.9	1165	44.9	3162	
Não	170	46.1	1428	55.1	3134	
Percepção da idade em que os outros jovens tiveram a primeira relação sexual						15.241***
11 anos ou menos	91	4.6	45	2.7	136	
12-13 anos	399	20.0	280	17.0	679	
14 anos ou mais	1501	75.4	1320	80.2	2821	
Os jovens têm a sua primeira relação sexual porque...						
Querem experimentar						44.753***
Sim	2304	61.2	1778	53.4	4082	
Não	1458	38.8	1553	46.6	3011	
Estão muito apaixonados						26.973***
Sim	2109	56.1	1662	49.9	3771	
Não	1653	43.9	1669	50.1	3322	
Já namoram há muito tempo						204.389***
Sim	1694	45.0	952	28.6	2646	
Não	2068	55.0	2379	71.4	4447	
Razões para uso do preservativo						
Evitar a gravidez						113.975***
Sim	3378	89.8	2694	80.9	6072	
Não	384	10.2	637	19.1	1021	
Evitar o VIH/SIDA						40.229***
Sim	2999	79.7	2443	73.3	5442	
Não	763	20.3	888	26.7	1651	
Evitar outras IST's						.013
Sim	2801	74.5	2484	74.6	5285	
Não	961	25.5	847	25.4	1808	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 50. Diferenças entre 2002 e 2006 para as questões relativas ao comportamento sexual – amostras parciais (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	2002		2006		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Como te sentirias nas seguintes situações						
Conversar com o parceiro sobre o uso do preservativo						10.392*
À vontade	2605	74.7	2324	75.0	4929	
Pouco à vontade	437	12.5	335	10.8	772	
Não me sinto capaz	70	2.0	91	2.9	161	
Não sei	374	10.7	349	11.3	723	
Convencer o parceiro a usar preservativo						12.790**
À vontade	2546	74.5	2390	76.5	4936	
Pouco à vontade	439	12.9	319	10.2	758	
Não me sinto capaz	67	2.0	78	2.5	145	
Não sei	364	10.7	337	10.8	701	
Recusar ter relações sexuais sem preservativo						13.556**
À vontade	2271	68.3	2190	69.8	4461	
Pouco à vontade	363	10.9	296	9.4	659	
Não me sinto capaz	200	6.0	240	7.7	440	
Não sei	491	14.8	411	13.1	902	
Recusar ter relações sexuais se não quiseres						4.497
À vontade	2570	75.4	2363	75.4	4933	
Pouco à vontade	278	8.2	248	7.9	526	
Não me sinto capaz	112	3.3	132	4.2	244	
Não sei	448	13.1	390	12.4	838	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 51. Diferenças entre 2002 e 2006 para as questões relativas ao comportamento sexual – amostras parciais (apenas alunos do 8º e 10º ano)

	2002		2006		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Relações Sexuais						1.019
Sim	862	23.7	723	22.7	1585	
Não	2772	76.3	2464	77.3	5236	
<i>Jovens que já tiveram Relações Sexuais</i>						
Idade da 1ª Relação Sexual						35.430***
11 anos ou menos	143	17.2	68	9.7	211	
12 – 13 anos	217	26.1	134	19.2	351	
14 anos ou mais	473	56.8	497	71.1	970	
Uso de métodos contraceptivos na última relação sexual						.313
Sim	136	85.5	115	87.8	251	
Não	23	14.5	16	12.2	39	
Preservativo						1.098
Sim	553	92.6	577	94.1	1130	
Não	44	7.4	36	5.9	80	
Pílula						3.222
Sim	118	40.0	156	47.1	274	
Não	177	60.0	175	52.9	352	
Coito interrompido						.333
Sim	37	15.9	33	14.0	70	
Não	195	84.1	202	86.0	397	
Espermicida						1.471
Sim	13	6.0	8	3.5	21	
Não	205	94.0	219	96.5	424	
Uso de preservativo na última relação sexual						20.370***
Sim	596	71.7	634	81.3	1230	
Não	235	28.3	146	18.7	381	
Relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas						1.339
Sim	101	12.1	96	14.1	197	
Não	737	87.9	587	85.9	1324	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Crenças e Atitudes face ao VIH

Quando analisamos as questões associadas às crenças e atitudes face ao VIH/SIDA, observamos que de 2002 para 2006, os jovens afirmam mais frequentemente que se alguém infectado com o VIH/SIDA tosse ou espirra perto de outras pessoas, estas podem ficar também infectadas; que uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por abraçar alguém que está infectado; que tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infectada com o VIH/SIDA e que uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada com o VIH/SIDA (ver tabela 53).

Em 2002, os jovens afirmaram mais frequentemente que uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA, se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa; que se uma mulher infectada com o VIH/SIDA estiver grávida, o seu bebé pode ficar infectado; que uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA, com uma transfusão de sangue num hospital, em Portugal; e que uma pessoa não pode ficar infectada com o VIH/SIDA por utilizar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos), já usados por alguém que esteja infectado (ver tabela 53). Quando questionados sobre se correm o risco de ser infectados pelo VIH/SIDA, de 2002 para 2006, diminuíram o número de jovens a responder afirmativamente (ver tabela 52).

Tabela 52. Diferenças entre 2002 e 2006 para as questões relativas às crenças e atitudes face ao VIH – amostras parciais (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH</i>						
	2002		2006		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Correr risco de ser infectado pelo VIH						86.996***
Sim	710	10.7	488	7.4	1198	
Não	1645	45.8	1742	57.2	3387	
Não sei	1238	34.5	813	26.7	2051	
Razões porque corres risco de ser infectado:						
Já tive relações sexuais sem usar preservativo						.100
Sim	323	8.6	279	8.4	602	
Não	3439	91.4	3052	91.6	6491	
Já partilhei seringas						78.156***
Sim	230	6.1	64	1.9	294	
Não	3532	93.9	3267	98.1	6799	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Para as opiniões dos jovens sobre o VIH/SIDA, verifica-se que em 2002 os jovens concordaram mais frequentemente que seriam capazes de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado com o VIH/SIDA; e que visitariam um(a) amigo(a) que estivesse infectado(a) com o VIH/SIDA. Já em 2006, os jovens concordaram mais frequentemente que as pessoas infectadas com o VIH/SIDA deveriam viver à parte do resto da população (ver tabela 54).

No que se refere às fontes de informação sobre o VIH/SIDA ou outras IST's, verifica-se que de 2002 para 2006 os jovens recorrem menos a programas de televisão e folhetos sobre o assunto e mais à recolha de informação na Internet (ver tabela 54).

Tabela 53. Diferenças entre 2002 e 2006 para as questões relativas às crenças e atitudes face ao VIH – amostras parciais (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – ACHAS QUE:</i>						
	2002		2006		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa						65.373***
Sim	3500	94.1	2831	89.8	6331	
Não	93	2.5	74	2.3	167	
Não sei	128	3.4	249	7.9	377	
Se alguém infectado com o VIH/SIDA tosse ou espirra perto de outras pessoas, estas podem ficar também infectadas						23.152***
Sim	454	12.2	445	13.9	899	
Não	2525	68.0	2002	62.6	4527	
Não sei	732	19.7	753	23.5	1485	
Se uma mulher infectada com o VIH/SIDA estiver grávida, o seu bebé pode ficar infectado						105.363***
Sim	3298	89.0	2564	80.2	5862	
Não	106	2.9	150	4.7	256	
Não sei	302	8.1	485	15.2	787	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por abraçar alguém que está infectado						75.800***
Sim	114	3.1	175	5.5	289	
Não	3352	90.6	2673	83.6	6025	
Não sei	234	6.3	349	10.9	583	
Tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infectada com o VIH/SIDA						9.938**
Sim	361	9.8	361	11.3	722	
Não	2432	65.8	2145	67.0	4577	
Não sei	905	24.5	694	21.7	1599	
Uma pessoa pode ficar infectada pelo VIH/SIDA se tiver relações sexuais sem utilizar preservativo, mesmo que seja uma só vez						5.886
Sim	3251	87.9	2766	86.7	6017	
Não	187	5.1	150	4.7	337	
Não sei	260	7.0	273	8.6	533	
Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada com o VIH/SIDA						22.118***
Sim	2800	76.0	2485	78.2	5285	
Não	313	8.5	177	5.6	490	
Não sei	572	15.5	517	16.3	1089	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa						23.160***
Sim	798	21.5	726	22.8	1524	
Não	1986	53.6	1534	48.1	3520	
Não sei	922	24.9	931	29.2	1853	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA com uma transfusão de sangue, num hospital, em Portugal						372.567***
Sim	3138	84.7	2060	64.6	5198	
Não	153	4.1	339	10.6	492	
Não sei	415	11.2	788	24.7	1203	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 54. Diferenças entre 2002 e 2006 para as questões relativas às crenças e atitudes face ao VIH – amostras parciais (apenas alunos do 8º e 10º ano)

<i>CRENÇAS E ATITUDES FACE AO VIH – Opinião para cada uma das seguintes afirmações:</i>						
	2002		2006		Total	χ^2
	N	%	N	%		
Eu deixaria de ser amigo duma pessoa que estivesse infectada com o VIH						5.752
Concordo	226	6.1	222	7.0	448	
Não tenho certeza	629	17.0	588	18.5	1217	
Discordo	2852	76.9	2366	74.5	5218	
Deve ser permitido aos jovens infectados com o VIH frequentar a escola						1.122
Concordo	2586	70.1	2188	69.3	4774	
Não tenho certeza	644	17.5	550	17.4	1194	
Discordo	457	12.4	418	13.2	875	
Eu era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado com o VIH						14.326***
Concordo	2615	70.8	2106	66.6	4721	
Não tenho certeza	775	21.0	749	23.7	1524	
Discordo	305	8.3	309	30.9	614	
Eu visitaria um amigo(a) que estivesse infectado(a) com o VIH						13.071***
Concordo	3104	83.9	2540	80.6	5644	
Não tenho certeza	425	11.5	444	14.1	869	
Discordo	172	4.6	169	16.9	5.4	
As pessoas infectadas com o VIH deveriam viver à parte do resto da população						11.905**
Concordo	294	8.0	293	9.3	587	
Não tenho certeza	300	8.1	314	9.9	614	
Discordo	3103	83.9	2551	80.8	5654	
Fontes de informação sobre VIH/SIDA ou outras IST's						
Ver programa de televisão sobre esse assunto						50.823***
Sim	2744	74.0	2083	66.3	4827	
Não	266	7.2	261	8.3	527	
Talvez	697	18.8	797	25.4	1494	
Ler um folheto sobre esse assunto						43.453***
Sim	2712	73.0	2076	65.8	4788	
Não	283	7.6	274	8.7	557	
Talvez	720	19.4	803	25.5	1523	
Ver na Internet						198.830***
Sim	1878	50.6	2069	65.8	3947	
Não	812	21.9	349	11.1	1161	
Talvez	1024	27.6	725	23.1	1749	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Discussão

O **HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)** centra-se no estudo dos comportamentos e estilos de vida dos adolescentes. Verifica-se que, na generalidade, os adolescentes portugueses estão a iniciar a sua vida sexual mais tarde. Os resultados de 2006 do HBSC sugerem que continuam a existir algumas diferenças de género no que diz respeito à sexualidade. Há mais rapazes do que raparigas que dizem já ter tido relações sexuais, sendo os rapazes a iniciar a vida sexual mais cedo.

A partilha de informação adequada sobre sexualidade pode contribuir para que os adolescentes façam escolhas mais seguras em relação ao seu comportamento sexual (Kirby, & Miller, 2002). Conversar sobre sexualidade pode ter consequências positivas, se o interlocutor estiver bem informado e se conseguir fazer passar a mensagem de forma adequada. Pelo contrário, se o interlocutor estiver mal informado, se não souber transmitir a mensagem da melhor forma ou se der maus exemplos, as consequências podem ser negativas, podendo originar comportamentos de risco entre os jovens. Tendo em conta os resultados obtidos no estudo HBSC 2006, os rapazes e os alunos de 10º ano são aqueles que dizem ter mais facilidade para falar sobre educação sexual com os amigos, com os pais e com os professores. Por ordem de preferência, os adolescentes escolhem em primeiro lugar os amigos, depois os colegas, os pais e por último os professores. Alguns estudos sugerem que muitos pais referem precisar de ajuda, quando se trata de falar sobre sexualidade, pois não sabem o que dizer (Albert, 2007). Outros pais admitem não ter muitos conhecimentos teóricos sobre este tipo de assunto (Eisenberg, Bearinger, Sieving, Swain, & Resnick, 2004).

A influência dos pares determina as escolhas dos adolescentes no que diz respeito ao comportamento sexual e à contraceção (Kirby, 2001). O grupo de pares tem uma influência considerável no comportamento de muitos adolescentes e aqueles que têm uma relação forte com o grupo de pares têm tendência para seguir as expectativas dos pares, procurando seguir as atitudes e actos do grupo. Ter comportamentos de risco pode ser uma forma de mostrar lealdade e respeito pelos valores do grupo (Kirby, 2001; Michael & Ben-Zur, 2007). A percepção da idade de início das relações sexuais dos pares pode ser um factor importante a

ter em conta, dada a importância da influência do comportamento dos outros. Na comparação entre o HBSC de 2002 e de 2006, verificamos que a idade com que os jovens pensam que os pares iniciaram a vida sexual aumentou, e o mesmo sucedeu em relação à idade de início das relações sexuais, em geral.

Existe uma relação próxima entre saúde, comportamento de risco, bem-estar e condições económicas. Quanto melhor o estatuto socio-económico, melhor é a percepção de saúde, felicidade e autoconfiança (WHO, 2000), o que significa que os factores socio-económicos podem influenciar a sexualidade dos indivíduos. 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).

Alguns autores defendem que as populações migrantes carenciadas têm mais comportamentos de risco relacionados com a sexualidade, nomeadamente utilizam menos o preservativo (Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares, 2006; Matos, Gonçalves, & Gaspar, 2005; Manning, Longmore & Giordano, 2000). No HBSC de 2006 verificou-se que, em comparação com os jovens de nacionalidade portuguesa, os jovens migrantes têm mais comportamentos de risco. Há mais jovens pertencentes à população migrante que dizem já ter tido relações sexuais, iniciam a vida sexual mais cedo, consideram que deve ser o homem a tomar a iniciativa nas relações sexuais e apenas cerca de um terço dos jovens consideram que devem simultaneamente ser os dois membros do casal a tomar a decisão.

Os comportamentos de risco têm diminuído entre os adolescentes portugueses (Dias, Matos, & Gonçalves, 2005), o que também se verifica nos resultados do HBSC 2006. Os alunos do 8º ano são aqueles que mostram mais dificuldade em conversar sobre a utilização do preservativo. Quanto às crenças e atitudes perante as pessoas infectadas, as raparigas e os alunos de 10º ano têm mais facilidade em aceitá-las.

Quanto às fontes de informação sobre sexualidade e VIH/SIDA, destacamos em 2006 um aumento significativo dos utilizadores das informações encontradas na Internet. Esta pode ser encarada como uma nova forma de difusão de informação, sendo essencial que se assegure que os jovens saibam identificar a informação correcta.

No que diz respeito às crenças e atitudes perante pessoas infectadas com

VIH/SIDA, em comparação com 2002 verifica-se um aumento de atitudes negativas perante os sujeitos infectados.

A escola é considerada um local privilegiado para a realização da Educação Sexual, uma vez que os jovens permanecem aí um tempo significativo, é nessas idades que acontecem as primeiras vivências amorosas, e é onde existem os recursos humanos e materiais para desenvolver conhecimentos, atitudes e competências pessoais e sociais.

Ramiro e Matos (2006) investigaram o grau de conhecimentos, atitudes, conforto e felicidade de 371 professores do 2º e 3º Ciclos e Ensino Secundário em relação à Educação Sexual. Os resultados demonstraram que os professores têm um conhecimento razoável, uma atitude positiva e um grau de conforto satisfatório em relação à abordagem da ES, apesar de 78% não ter frequentado qualquer acção dessa disciplina (ES) em meio escolar e 72% afirmar não ter experiência na área. Salienta-se ainda o facto de os professores se considerarem bastante felizes e, portanto, segundo a literatura, capazes de gerar bem-estar e felicidade nos alunos.

Uma outra investigação (Reis & Matos, 2006), realizada com jovens universitários, avaliou os comportamentos sexuais, os conhecimentos e as atitudes face aos métodos contraceptivos e IST's. Relativamente aos comportamentos sexuais, verificou-se que a maioria dos jovens é sexualmente activa, teve a sua primeira relação sexual aos 16 anos ou mais e utilizou o preservativo como primeira contracepção. Os métodos contraceptivos escolhidos habitualmente são o preservativo (71.4%) e a pílula (63.2%) com intenção de prevenir, quer uma IST, quer uma gravidez indesejada (70.2%). Os rapazes tiveram a primeira relação sexual mais cedo que as raparigas e não utilizaram qualquer método contraceptivo ou utilizaram o coito interrompido, o que sugere um elevado risco para contrair uma gravidez não desejada ou uma IST. Também foram os rapazes que referiram ter mais parceiros ocasionais e maior frequência de actividade sexual sob o efeito de álcool ou drogas. Quanto aos conhecimentos e às atitudes sobre os métodos e as IST's, os resultados demonstraram que os jovens estavam no geral informados e revelaram uma forte atitude preventiva no que diz respeito à gravidez não desejada e às IST's, no entanto tinham dificuldade em transformar esses conhecimentos em comportamentos saudáveis. No que diz respeito ao desempenho dos agentes educativos na promoção de comportamentos sexuais saudáveis, na opinião destes

jovens, a escola não teve um papel relevante, considerando mesmo insuficiente a Educação Sexual que receberam.

O facto da maior parte dos professores inquiridos afirmar que não tem experiência de ensino de Educação Sexual, reiterado pelo facto dos jovens inquiridos não reconhecerem a escola como um agente relevante na sua própria ES, sugere que a escola não tem estado a desempenhar um papel activo nesta matéria. E uma vez que os professores inquiridos possuem conhecimentos, atitudes e, conforto aceitáveis para a implementar, e que os jovens são um grupo prioritário a nível de prevenção, considera-se urgente que se dinamizem os recursos existentes e que a ES se torne uma realidade generalizada nas escolas portuguesas.

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 adaptadas a grupos específicos de jovens. Esta é uma das razões que justifica a importância do investimento em programas de Educação Sexual, adaptados às novas gerações de adolescentes, tendo em conta os seus valores, a forma como ocupam os seus tempos livres, as novas fontes de informação e atendendo às especificidades da idade, do género e dos factores socio-económicos.

PONTOS-CHAVE

- Diminuição no número de jovens que afirma já ter tido relações sexuais;
- Ligeiro aumento da idade da primeira relação sexual;
- Diminuição dos adolescentes que julgam que os colegas já tiveram relações sexuais;
- Aumento do número de adolescentes que se sente à vontade a convencer o companheiro a ter relações sexuais com preservativo;
- Aumento da dificuldade dos adolescentes em recusar ter relações sexuais sem preservativo;
- Diminuição dos conhecimentos;
- Aumento da dúvida dos modos de transmissão do VIH/SIDA;
- Diferenças ao nível das fontes de informação sobre VIH/SIDA:
 - (1) aumento da Internet;
 - (2) redução nos programas de televisão;

(3) redução em falar com um amigo;

- Diminuição de atitudes positivas face aos portadores de VIH/SIDA;
- Diminuição na percepção de risco de ser infectado pelo VIH/SIDA.

Referências

1. Albert, B. (2007). *With One Voice: America's Adults and Teens Sound Off About Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
2. Currie, C., C. Roberts, et al. (2004). *Young people health in context*. Copenhagen.
3. Currie, C., O. Samdal, et al. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen.
4. Dias, S., M. Matos, et al. (2005). "Preventing VIH transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children study and focus groups." *European Journal of Public Health* 15: 300-304.
5. Eisenberg, M., Bearinger, L., Sieving, R., Swain, C., & Resnick, M. (2004). Parents' Beliefs About Condoms and Oral Contraceptives: Are They Medically Accurate? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36, 2, 50-57.
6. Gaspar, T. Matos, M. Gonçalves, S. Ferreira, M. & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face do VIH/SIDA em Adolescentes Migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 2, 299-315.
7. Kirby, D. (2001). Understanding What Works and What Doesn't In Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking. *Family Planning Perspectives*, 33, 6, 276-281.
8. Kirby, D., & Miller, B. (2002). *Interventions Designed to Promote Parent-Teen Communication About Sexuality*. Consultado em 22 de Fevereiro de 2007 através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=2&hid=4&sid=2c1924478c4b402aabf4f9404f14951f%40sessionmgr9>
9. Manning, W., Longmore, M., & Giordano, P. (2000). The Relationship Context of Contraceptive Use at First Intercourse. *Family Planning Perspectives*, 32, 3, 104-110.
10. Matos M.G, & Equipa do Projecto Aventura Social. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
11. Matos M.G & Equipa do Projecto Aventura Social (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
12. Matos, M., Gonçalves, A., & Gaspar, T. (2005). *Aventura Social, Etnicidade e Risco. Prevenção Primária do VIH em Adolescentes de Comunidades Migrantes*. Edições FMH: Lisboa.
13. Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A., et al. (2006). A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos. Retrieved 20-12-2006, from <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
14. Michael, K. and H. Ben-Zur (2007). „Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors.“ *Journal of Adolescence* 30(18): 17-31.
15. Ramiro, L. & Matos, M (2006). *A Educação Sexual e os Professores*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. Manuscrito não publicado.
16. Reis, M. & Matos, M (2006). *Sexualidade e a Promoção da Saúde em Jovens Universitários*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. Manuscrito não publicado.
17. Singh, S., Darroch, J., & Frost, J. (2001). Socioeconomic Disadvantage and Adolescent Women's Sexual and Reproductive Behavior: The Case of Five Developed Countries. *Family Planning Perspectives*, 33, 6, 251-258.
18. WHO (2000). *Health and Health Behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC) International Report*. Geneva: WHO.

Comportamentos de Risco na Adolescência: Factores Associados ao Início Precoce da Actividade Sexual

Celeste Simões^{3*} & Margarida Gaspar de Matos^{**}

Introdução

Uma das questões que se tem levantado e que tem sido alvo de preocupação, é a entrada na vida sexual em idades precoces. Na base desta preocupação estão vários aspectos, nomeadamente o facto destes adolescentes se encontrarem em maior risco para o surgimento de problemas que podem comprometer o seu desenvolvimento positivo como, por exemplo: risco de infecção com VIH/SIDA ou outras IST's, gravidez na adolescência e envolvimento em outros comportamentos de risco.

O estudo desenvolvido no âmbito deste artigo tem como objectivo analisar os factores associados ao início precoce da actividade sexual numa amostra representativa de adolescentes portugueses que frequentam o 6º ano de escolaridade, utilizando os dados do estudo HBSC/OMS de 2006.

Revisão da Literatura

A adolescência é um tempo de crescimento, de desenvolvimento de uma progressiva maturidade a nível biológico, cognitivo, social e emocional. Nas sociedades modernas não existe um acontecimento único que marque o fim da infância ou o início da adolescência⁴. Esta transição envolve um conjunto de mudanças graduais em múltiplas áreas da condição humana, que ocorrem durante um período mais ou menos alargado, e que preenchem toda a adolescência (Steinberg, 1998).

^{3**} Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH)/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL

Toda a correspondência deve ser enviada para: csimoes@fmh.utl.pt

^{4*} Segundo Baumerind (1987), a adolescência engloba o período que vai dos 10 anos aos 25 anos. Este período é geralmente repartido em três fases: fase inicial da adolescência (*early adolescence*), entre os 10 aos 15 anos; fase intermédia da adolescência (*middle adolescence*), entre os 15 e os 18 anos; e a fase final da adolescência (*late adolescence*) que envolve o período desde o final do ensino secundário até à entrada em um ou mais papéis adultos.

Uma das transformações significativas neste período diz respeito ao alcançar da maturidade reprodutiva e sexual: a puberdade. O momento em que a puberdade ocorre varia bastante, dado que está dependente de factores genéticos e ambientais (Sprinthall & Collins, 1999). De acordo com Steinberg (1998), o impacto imediato da puberdade na auto-imagem e no humor do adolescente pode ser relativamente discreto, mas o *timing* da maturação física afecta o desenvolvimento social e emocional do jovem de formas importantes. Parece assim, que talvez mais importante do que a entrada em si, é o momento em termos cronológicos desta transição. Uma maturidade mais precoce ou tardia tem reflexos diferentes nos rapazes e nas raparigas, estando associada a maturidade mais precoce, a aspectos mais positivos para os rapazes do que para as raparigas. Os rapazes que maturam mais cedo tendem a ser mais populares, a ter autoconceitos mais positivos e a ser mais autoconfiantes, comparativamente com os que maturam mais tarde. Por outro lado, as raparigas que maturam mais cedo podem sentir-se desconfortáveis e desajeitadas com a sua nova imagem (Steinberg, 1998). Encontram-se também referências que defendem que a maturação precoce pode constituir um factor de risco para o desenvolvimento de problemas de externalização, devido ao facto dos jovens que maturam mais cedo desenvolverem amizades com adolescentes mais velhos (Silbereisen, Petersen, Albrecht, & Kracke, 1989).

Com a puberdade, mais precoce ou mais tardia, surge uma nova etapa na sexualidade dos seres humanos. À medida que a maturidade sexual surge verifica-se um maior interesse em estar com indivíduos do género oposto, o surgimento do ritual do namoro (Connolly, Craig, Goldberg, & Pepler, 2004) e o iniciar da actividade sexual (Graber, Brooks-Gunn, & Galen, 1998). Estes processos fazem parte da sexualidade do adolescente, mas mais uma vez a questão do *timing* parece uma questão importante, nomeadamente no que diz respeito ao início da actividade sexual. Esse *timing* parece estar associado a questões biológicas (surgimento da puberdade), sociais (por exemplo, as normas dos pares e de outros grupos relevantes, como a família) e psicológicas (como por exemplo, as competências para lidar com estas mudanças e acontecimentos) (Graber et al., 1998). Uma das questões que se tem levantado neste campo, e que tem sido alvo de preocupação, é a entrada na vida sexual em idades precoces. Na base desta questão estão vários aspectos (Graber et al., 1998), designadamente o facto dos adolescentes que estão

nesta situação se encontrarem em maior risco para consequências negativas como maior probabilidade de infecção com VIH/SIDA ou outras IST's e gravidez na adolescência. Vários estudos mostram também que os adolescentes mais novos apresentam taxas mais baixas de uso do preservativo e ainda que as intervenções que abordam a sexualidade e os riscos a ela aliados parecem ser menos eficazes com os adolescentes mais novos (Graber et al., 1998). Outros estudos, apontam ainda para o facto de que os adolescentes que iniciam a sua vida sexual em idades precoces têm mais probabilidade de estar envolvidos em outros comportamentos que podem comprometer o seu desenvolvimento positivo (Anteghini, Fonseca, Ireland, & Blum, 2001; Liu et al., 2006; Perkins, Lerner, & Keith, 1996).

Comportamentos de risco

Um dos factos apontados pela investigação realizada na área do desenvolvimento na adolescência é o de que muitos jovens hoje, e muitos mais no futuro, estão em risco de vida, de adquirir doenças, deficiências e incapacidades, entre outras consequências negativas para a saúde (DiClemente, Hansen, & Ponton, 1996; United States Department of Health and Human Services, 2000). Uma questão que se destaca neste cenário é a origem deste risco. Enquanto que anteriormente as causas da mortalidade e morbidade nos jovens estavam associadas a factores de ordem biomédica, hoje essas causas estão essencialmente associadas a factores de origem social, envolvental e comportamental (Irwin, Burg, & Uhler Cart, 2002; Pickin & St Leger, 1993; Steptoe & Wardle, 1996). Comportamento e estilo de vida são, então, determinantes cruciais para a saúde, doença, deficiência/incapacidade e mortalidade prematura. Dentro dos estilos de vida que colocam em risco a saúde, o bem-estar e muitas vezes a própria vida dos jovens, encontra-se um largo conjunto de comportamentos, nomeadamente o consumo de substâncias (álcool, tabaco, drogas, medicamentos), a violência, o suicídio, os acidentes, as perturbações do comportamento alimentar e os comportamentos sexuais de risco. Estes comportamentos são geralmente conhecidos por comportamentos de risco (Igra & Irwin, 1996). Segundo os autores, o termo *risk-taking* (correr riscos) tem sido usado para ligar conceptualmente um conjunto de comportamentos prejudiciais à saúde. Trimpop (1994) refere-se ao *risk-taking* como um comportamento controlado, consciente ou não, com uma incerteza percebida acerca das suas consequências

(possíveis benefícios ou custos) para o bem-estar físico do próprio ou outros. Igra e Irwin (1996) referem também uma certa incerteza quanto aos resultados dos comportamentos de risco, no entanto, afirmam que estes comportamentos são voluntários. E o correr riscos (*risk-taking*) leva os adolescentes a ficar em risco (*at-risk*). Segundo Jessor (1991), *at-risk* tem dois significados dependendo da idade dos jovens, isto é, os adolescentes mais novos podem estar em risco para iniciar comportamentos de risco, enquanto os adolescentes mais velhos, que já praticam estes comportamentos, estão em risco de consequências negativas para a saúde.

Uma das questões que nos últimos anos se tem levantado em torno dos comportamentos de risco na adolescência é a diferenciação entre os diversos comportamentos de risco. Existem comportamentos de risco que envolvem algum perigo, mas que mais não são do que simples experiências construtivas, que fazem parte do crescimento normal (Baumerind, 1987; Colgrove, 1999; Jessor, 1991; Michaud, Blum, & Ferron, 1997; Ponton, 1997; WHO, 1986), e comportamentos de risco que têm potencial para comprometer o desenvolvimento ajustado dos jovens.

De um modo geral, os comportamentos de risco servem para experimentar novas componentes da vida, não descobertas até então, sem os limites estabelecidos ou a protecção dada pelos pais. Podem servir para ganhar aceitação e respeito dos pares, para ganhar autonomia dos pais, para manifestar rejeição pelas normas e valores convencionais, para lidar com a ansiedade, frustração e antecipação do fracasso, para confirmar para si próprio ou para os outros determinados atributos, para moldar a sua identidade, e ainda como prova de maturidade e transição para um estatuto mais adulto (Jessor, 1991; Ponton, 1997). Tendo em conta estas importantes funções instrumentais, poder-se-á considerar que os comportamentos de risco são muitas das vezes normativos e saudáveis para os adolescentes (Ponton, 1997).

E quando é que os comportamentos de risco deixam de ser considerados normativos e positivos para se tornar uma ameaça à saúde dos adolescentes? Para Baumerind (1987) os comportamentos de risco tornam-se destrutivos quando contribuem directa ou indirectamente para a alienação dos adolescentes. Assim, os comportamentos de risco são potencialmente perigosos quando levam o jovem a afastar-se da sua comunidade, a não partilhar interesses com aqueles que lhe são próximos, quando levam o jovem ao desencontro com o seu papel na sociedade, ou

a sentir-se incompreendido e rejeitado pela sociedade.

Segundo Igra e Irwin (1996) os comportamentos de risco podem ser considerados não normativos devido ao momento em que têm lugar e à sua extensão ou gravidade. Determinados comportamentos podem ser considerados de risco, devido ao facto de ocorrerem num momento em que não era à partida suposto terem lugar, como é o caso do consumo de álcool ou o comportamento sexual em idades precoces. Ambos os comportamentos se tornam normativos com o passar do tempo, quando o adolescente se aproxima da idade adulta. Também pela sua gravidade, alguns comportamentos podem ser entendidos como comportamentos de risco, como é o caso da delinquência e o consumo de substâncias. Muitos adolescentes praticam actos delinquentes de menor gravidade e experimentam tabaco e álcool. No entanto, os actos delinquentes graves e o consumo de substâncias ilícitas são considerados comportamentos de risco, dada a sua gravidade (Igra & Irwin, 1996). Lerner e Galambos (1998) falam de três critérios que podem ser úteis para distinguir estes dois tipos de comportamentos: a idade de início do comportamento, a duração do comportamento, e o estilo de vida do jovem. Os comportamentos de risco quando começam cedo têm mais probabilidade de se tornar verdadeiros problemas. Se estes comportamentos ultrapassam a experimentação, isto é, se com o passar do tempo estes comportamentos são mantidos, encontra-se mais um sinal de possíveis problemas futuros. Por último, se estes comportamentos surgem aliados a outros comportamentos de risco e, como tal, permitem categorizar o estilo de vida do jovem como estilo de vida de risco, então os adolescentes podem já estar envolvidos em problemas significativos. Também Braconnier e Marcelli (2000) falam da necessidade de estar atento aos aspectos quantitativos dos comportamentos de risco, até mais do que os qualitativos, para que perante determinados sinais se realize uma intervenção preventiva de uma escalada nos comportamentos problema. Entre os sinais apontados pelos autores, encontra-se a questão da repetição do comportamento de risco (consumos, violência, problemas escolares) da duração do comportamento (durante mais de 3 meses ou mesmo 6 meses ou mais), e a questão da acumulação de comportamentos de risco e acontecimentos de vida negativos (Braconnier & Marcelli, 2000).

Factores associados aos comportamentos de risco

Vários factores são apontados como determinantes dos comportamentos de risco, nomeadamente factores de ordem individual e envolvental. Uma das abordagens que permite perceber a evolução dos comportamentos de risco na adolescência é a abordagem desenvolvimental. Esta abordagem dos problemas tem conduzido à ideia de uma complexidade e inter-relação entre os diversos factores e consequências dos comportamentos, dado que salienta a existência de diversos factores por detrás de um determinado comportamento, mas também que um mesmo factor pode conduzir a diversos comportamentos. Encontram-se assim os conceitos de equifinalidade e multifinalidade. Equifinalidade refere-se ao facto de existirem múltiplas causas que podem levar a um mesmo comportamento desajustado. Multifinalidade refere-se à diversidade de consequências que um simples factor pode produzir (Thornberry, Ireland, & Smith, 2001). Estes conceitos, em especial o conceito de multifinalidade, estão na base de uma questão central no estudo dos comportamentos de risco: a covariação. O termo covariação é geralmente utilizado como descritor da complexa relação entre os comportamentos de risco (Igra & Irwin, 1996). Comportamentos como a delinquência, a violência, o abuso de substâncias, os comportamentos sexuais de risco e a gravidez na adolescência encontram-se frequentemente associados na adolescência (Ketterlinus, Lamb, & Nitz, 1994). Para além da questão da multifinalidade, ou de que um conjunto finito de factores é responsável por vários comportamentos de risco, esta covariação tem sido também justificada, segundo Igra e Irwin (1996), com base em outros dois modelos explicativos. Primeiro, o modelo que assume que os comportamentos de risco se influenciam mutuamente. Segundo, o modelo que vê os comportamentos de risco como manifestações alternativas de uma tendência geral para o desvio, o que vai ao encontro do conceito de equifinalidade.

Os factores que predizem os comportamentos de risco podem-se enquadrar em três grandes grupos: sociodemográficos, individuais e envolventais. A nível sociodemográfico encontram-se factores como o género, a idade, a etnia, ou o nível socioeconómico. Em termos gerais, verifica-se que são os rapazes e os adolescentes mais velhos quem apresenta um maior envolvimento nos comportamentos de externalização (violência, consumo de substâncias, comportamentos sexuais de risco, entre outros), enquanto que as raparigas apresentam uma maior tendência para

os problemas de internalização (perturbações da imagem corporal, maior frequência de sintomas físicos e psicológicos, entre outros) (Liu et al., 2006; Matos et al., 2006; Reardon & Buka, 2002; Thomas & Brunton, 1997). A idade constitui um outro factor relacionado positivamente com os comportamentos de risco na adolescência em geral (Matos et al., 2006; Reiff, Simantov, Schlen, & Klein, 2000; Stephenson, Henry, & Robinson, 1996). No entanto, em relação aos comportamentos sexuais de risco, nomeadamente não usar preservativos e outros métodos contraceptivos, parece ser mais comum nos adolescentes mais novos (Cubbin, Santelli, Brindis, & Braveman, 2005; Graber et al., 1998). Em relação à etnia, os resultados dos estudos têm mostrado que os jovens de descendência europeia apresentam, por exemplo, um maior envolvimento no consumo de substâncias, apesar dos jovens de descendência africana apresentarem mais problemas do que os jovens de descendência europeia, com níveis similares de consumo (Nettles & Pleck, 1996). No que diz respeito ao envolvimento em comportamentos sexuais os jovens de descendência africana referem um maior envolvimento comparativamente com os seus pares de descendência europeia (Cubbin et al., 2005; Ku, Sonenstein, & Pleck, 1993). Em relação ao estatuto socioeconómico os dados são inconsistentes, sendo possível encontrar diferentes relações em diferentes estudos no que diz respeito aos comportamentos de risco em geral (Lambert, Hublet, Verduyck, Maes, & Van den Broucke, 2002; Mullan & Currie, 2000). Em relação aos comportamentos sexuais alguns estudos parecem apontar para uma relação entre o baixo estatuto socioeconómico e a actividade sexual na adolescência (Cubbin et al., 2005). Estes autores encontraram ainda uma relação entre o contexto comunitário desfavorecido e o início da actividade sexual, mas apenas nos rapazes, o que poderá indicar, de acordo com os autores, que os rapazes são mais sensíveis a este tipo de influência comparativamente com as raparigas (Whitaker, Miller, & Clark, 2000).

No que diz respeito aos factores individuais é possível encontrar factores de ordem comportamental, como o comportamento anterior, de ordem sóciocognitiva, tais como as atitudes e as intenções comportamentais, entre outros. O comportamento anterior é apontado por diversos estudos como um dos mais fortes preditores do comportamento futuro (Norman & Conner, 1996; Windle & Windle, 2001). Também a prática de comportamentos de risco constitui um dos factores determinantes de outros comportamentos de risco, como já se referiu anteriormente. Por exemplo,

os elevados consumos de álcool estão associados a uma maior probabilidade de ter relações sexuais (Billiet, Cambré, & Welkenhuysen-Gybels, 2002), e consequentemente associados a problemas graves de saúde, como um aumento do risco de contrair o VIH, outras IST's e gravidez na adolescência. Ainda em relação a esta questão, o estudo de Whitaker, Miller e Clark (2000) mostrou que os jovens que ainda não tinham iniciado a sua vida sexual (nem antecipavam começar no próximo ano) apresentavam um menor envolvimento no consumo de substâncias (álcool e marijuana), pertenciam a um grupo de pares mais normativo, apresentavam melhores níveis de saúde mental e ligações mais fortes à família e escola, comparativamente com os jovens que pensavam vir a iniciar a sua vida sexual no próximo ano. Também se verificou, neste mesmo estudo, diferenças entre os jovens que referiam um único parceiro e os que referiam vários parceiros, sendo que os últimos apresentavam o perfil de maior risco, nas áreas acima mencionadas, de entre os quatros grupos em estudo (Whitaker et al., 2000). No que diz respeito a factores sóciocognitivos, os estudos mostram que existe uma relação positiva entre as intenções, atitudes e as crenças positivas face à actividade sexual e a actividade sexual propriamente dita; bem como uma relação positiva entre as intenções, atitudes e crenças negativas face à actividade sexual e a abstinência (Buhi & Goodson, 2007). Neste âmbito, Pleck e colaboradores (1994) verificaram que as crenças e atitudes tradicionais em relação à masculinidade estavam associadas a vários comportamentos de risco, nomeadamente a actividade sexual de risco.

Por último, ao nível dos factores envolvimentoais, encontram-se preditores que derivam dos três principais contextos de socialização: a família, a escola e os pares. Em relação à família destacam-se como factores de risco as más práticas parentais, a falta de ligação, comunicação e coesão no ambiente familiar e a própria estrutura familiar (Lahey, Waldman, & McBurnett, 1999; Liu et al., 2006; Patterson, Debaryshe, & Ramsey, 2000). Por exemplo, Liu e colaboradores (2006) verificaram que o início da actividade sexual estava associado, nos rapazes, ao facto de terem pais que viviam separados e, nas raparigas, ao facto de estas viverem afastadas da família. Por outro lado, vários estudos têm mostrado consistentemente a importância das práticas parentais ajustadas, como uma boa supervisão e monitorização, de um bom ambiente familiar e de uma forte ligação afectiva entre os seus membros, na prevenção ou redução dos comportamentos de risco (McElhaney & Allen, 2001;

Weigel, Deveraux, Leigh, & Ballard-Reisch, 1998). A supervisão e monitorização dos pais em relação aos comportamentos dos filhos têm sido encontradas como factores determinantes de um menor envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco em geral (DiClemente et al., 2001; Stanton et al., 2000) e também do comportamento sexual em particular. Uma revisão de estudos realizada por Buhi e Goodson (2007) mostrou que a monitorização dos pais apresenta um efeito protector em relação à iniciação da actividade sexual. No que diz respeito à comunicação entre pais e filhos, um estudo, realizado com adolescentes entre os 14 e os 16 anos, mostrou que esta pode desempenhar um papel fundamental em questões relacionadas com a actividade sexual na adolescência, nomeadamente no adiamento do início da vida sexual (Whitaker & Miller, 2000). Os autores salientam que quando pais e filhos falam sobre a sexualidade e o uso de preservativo, os adolescentes referem mais frequentemente ter utilizado preservativo na última relação sexual, maior frequência na utilização de preservativo ao longo da sua vida sexual e também maior consistência na utilização do preservativo. Este tipo de comunicação parece ainda importante para diminuir o impacto das normas do grupo quer em relação ao início da actividade sexual, quer em relação ao uso do preservativo. Para além destes aspectos, os autores referem ainda que os adolescentes que falam com os pais sobre estes temas referem esta fonte de informação e de referência como uma das mais úteis nesta área.

Ao nível da influência dos pares encontram-se, entre outros, factores como a rejeição pelos pares pró-sociais, a associação e influência de pares desviantes, e a sobrestimação do nível de envolvimento dos pares em comportamentos de risco (DeBon & Klesges, 1995; Lahey et al., 1999; Lösel & Bliesener, 2000; Patterson et al., 2000). As associações com pares desviantes constituem um dos principais factores determinantes dos comportamentos de risco. Contudo, estas associações não são fruto do acaso, mas sim de um processo que se inicia nos primeiros anos de vida e que tem na sua base os problemas de comportamento, que por sua vez geram rejeição dos pares pró-sociais e mais tarde as associações desviantes (Brendgen, Vitaro, & Bukowski, 1998; Fergusson & Horwood, 1999). Em relação às normas dos pares, o estudo de Whitaker e Miller (2000) mostrou que estas parecem constituir um importante determinante do comportamento sexual. Deste modo verificou-se que: os adolescentes que têm a percepção de que os seus pares iniciaram a sua vida

sexual cedo têm mais probabilidade de referir que já tiveram relações sexuais e que iniciaram a sua vida sexual precocemente; os adolescentes que estimam uma maior percentagem de amigos que já tiveram relações sexuais têm mais probabilidade de ter tido relações sexuais e de ter tido mais que um parceiro; e, por último, os adolescentes que acreditam que os seus pares não utilizam preservativo têm mais probabilidades de também não utilizar preservativo. Também a revisão de estudos realizada por Buhi e Goodson (2007) mostra que as normas dos pares são um poderoso determinante das intenções e do próprio comportamento sexual, bem como da sua iniciação em idades mais precoces.

Também ao nível da escola se tem verificado um papel de destaque na origem dos comportamentos de risco. Neste contexto encontram-se como principais factores de risco: a falta de ligação à escola, o fraco desempenho escolar, a não participação na vida escolar e as expectativas desajustadas (Bonny, Britto, Klostermann, Hornung, & Slap, 2000; Luthar & D'Avanzo, 1999; Page, Hammermeister, Scanlan, & Gilbert, 1998). Um dos aspectos com especial importância neste contexto é a ligação à escola. Parece que os jovens que estão mais ligados à escola têm mais probabilidade de obter sucesso e menos probabilidade de se associar a pares desviantes. Resnick e colaboradores (1993), verificaram que os estudantes do ensino secundário com forte ligação à escola, comparados com os estudantes com fraca ligação, tinham significativamente níveis mais baixos de stress, ideação e comportamento suicida, violência, consumo de substâncias e iniciação sexual precoce. A ligação à escola foi mais protectora do que qualquer outro factor, incluindo a ligação à família, contra o absentismo, delinquência, uso de várias drogas, acidentes não intencionais e gravidez. Percepções negativas da escola podem representar factores de risco para o sucesso neste contexto e parecem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos de risco para a saúde. Por exemplo, as raparigas e os rapazes têm mais probabilidade de ter relações sexuais antes dos 16 anos quando não estão ligados à escola. Para as raparigas, esta probabilidade é também válida quando têm problemas na escola ou quando planeiam abandonar a escola cedo (Charlotte Paul, Fitzjohn, Herbison, & Dickson, 2000). Uma análise realizada por Kirby (2002) mostrou que os programas que promovem a redução do abandono escolar e o aumento da ligação à escola, do aproveitamento escolar, e das expectativas académicas têm mais probabilidade de adiar o início da actividade sexual, aumentar o uso do preservativo e de outros

contraceptivos e diminuir a gravidez na adolescência. Esta análise mostrou ainda que os programas de educação sexual, incluindo de prevenção de IST's podem também ter consequências similares aos programas anteriormente descritos. (Kirby, 2002; Resnick, Harris, & Blum, 1993)

São vários os estudos que mostram a existência de antecedentes comuns a vários tipos de comportamentos de risco. Perkins, Lerner e Keith (1996) encontraram relações entre seis comportamentos de risco (comportamento anti-social/delinquência, consumo de álcool, consumo de drogas duras, consumo de drogas leves, actividade sexual, e mau comportamento na escola). Estas relações foram significativas, independentemente da idade, género e etnia. Os preditores encontrados para os vários grupos foram, de um modo geral, os mesmos: características do grupo de pares, idade, etnia, religiosidade, clima da escola, suporte da família, e envolvimento em actividades extracurriculares. Três características não foram significativas: comunicação pais-adolescente, auto-estima, e expectativas futuras. As características do grupo de pares contribuíram com a maior percentagem de variância explicada, seguida da idade e do género. O clima escolar foi também um forte preditor dos comportamentos de risco. Anteghini, Fonseca, Ireland e Blum (2001) encontraram também um conjunto de factores comuns à diminuição, por um lado, e ao aumento, por outro, de um conjunto de comportamentos de risco: fumar, consumo de drogas, início da vida sexual antes dos 15 anos, gravidez, andar com armas, ideação suicida e tentativas de suicídio. Os factores encontrados como estando associados à diminuição do envolvimento em todos os comportamentos de risco estudados foram, para rapazes e raparigas: ter boas relações familiares e sentir-se apreciado pelos amigos e professores. Os factores associados com aumentos, em praticamente todos os comportamentos de risco estudados, foram: andar com armas, ter acesso a armas em casa, consumo de drogas e abuso sexual. Um outro estudo realizado por Ary e colaboradores (1999), foi desenvolvido com o objectivo de verificar em que medida é que o modelo de desenvolvimento do comportamento anti-social de Patterson, Debaryshe e Ramsey (2000) serve para explicar um conjunto de comportamentos problema: comportamento anti-social, comportamento sexual de risco, consumo de álcool, marijuana e tabaco. Neste sentido, foi conduzido um estudo longitudinal num período de 18 meses, com recolha de dados em três momentos. Segundo os autores, os resultados obtidos estendem o modelo de desenvolvimento

do comportamento anti-social para o desenvolvimento de comportamentos problema em geral. Este modelo fornece suporte para a influência dos pais e dos pares no desenvolvimento dos problemas de comportamento. Estes constructos sociais explicaram 46% da variância no comportamento problema do adolescente. Parece que os problemas de comportamento do jovem têm mais probabilidade de surgir quando as famílias têm elevados níveis de conflito, baixo nível de envolvimento e monitorização inadequada das associações dos jovens com os pares e do seu comportamento. Igualmente, Pleck e colaboradores (1994) verificaram a presença de factores comuns a vários comportamentos de risco, nomeadamente as atitudes em relação à masculinidade. Os autores verificaram que os rapazes que apresentam concepções mais tradicionais da masculinidade, isto é, do que é ser rapaz e como se devem comportar, apresentam maior envolvimento em comportamentos problema, tais como problemas escolares, consumo de substâncias, delinquência e actividade sexual. Os resultados permaneceram válidos após controlo das variáveis sociodemográficas. Os autores concluíram que as concepções e crenças tradicionais acerca da masculinidade constituem um factor de risco para os comportamentos problema nos rapazes (Pleck, Sonenstein, & Ku, 1994).

A revisão bibliográfica realizada indica uma clara associação entre vários comportamentos de risco na adolescência, nomeadamente consumo de substâncias, violência e comportamentos sexuais de risco ou iniciação da vida sexual em idades precoces. (Anteghini et al., 2001; Ary et al., 1999; Patterson et al., 2000; Perkins et al., 1996).

Por detrás destes comportamentos parecem estar vários aspectos individuais, como por exemplo, o género, a idade ou a etnia, e envolvimento, como por exemplo, lacunas na dinâmica familiar, influência de pares desviantes ou ainda a falta de ligação à escola e fraco rendimento escolar. O estudo desenvolvido no âmbito deste artigo tem como objectivo analisar os factores associados ao início precoce da actividade sexual numa amostra representativa de adolescentes portugueses que frequentam o 6º ano de escolaridade, utilizando os dados do estudo HBSC/OMS de 2006 (Matos et al., 2006).

Metodologia

Amostra

Este estudo englobou 1546 sujeitos que frequentavam o 6º ano de escolaridade, participantes no estudo da Organização Mundial de Saúde, integrado na Rede Europeia “Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS)”, realizado em Portugal Continental em 2006 pela equipa do Projecto Aventura Social (Matos et al., 2006). Da amostra foram excluídos 97 sujeitos pelo facto de apresentarem dados omissos na questão central do estudo (“Já alguma vez tiveste relações sexuais?”). Assim, a amostra final ficou constituída por 1449 sujeitos, 53% do género masculino e 47% do género feminino, com idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos ($M=11.87$, $DP=.69$).

Instrumento de Avaliação

O instrumento de avaliação utilizado foi o adoptado no estudo Health Behaviour in School-aged Children (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000). Do questionário, que engloba um vasto conjunto de questões sobre comportamentos e estilos de vida na adolescência, foram seleccionadas questões relacionadas com aspectos sociodemográficos, comportamento sexual, consumo de substâncias, violência, queixas físicas e psicológicas, satisfação com a vida, estrutura e dinâmica familiar, relação com os amigos e comportamento do grupo de pares, relação com os colegas e com os professores, satisfação com a escola e aproveitamento escolar, e comunidade de residência.

Procedimento

A recolha de dados realizou-se em Janeiro de 2006, tendo sido seleccionados os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, distribuídos por 136 escolas públicas do ensino regular. No sentido de se obter uma amostra representativa da população escolar portuguesa das idades indicadas no protocolo internacional (11, 13 e 15 anos) foram seleccionadas aleatoriamente escolas da lista nacional do Ministério da Educação, estratificada por regiões do país (cinco regiões escolares: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Como foi referido anteriormente na secção relativa aos sujeitos, para o estudo em questão utilizaram-se apenas os dados

relativos aos sujeitos que frequentavam o 6º ano de escolaridade. De acordo com o protocolo de aplicação do questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), a técnica de escolha da amostra foi a “*cluster sampling*” onde o “*cluster*” ou unidade de análise foi a turma. A administração dos questionários realizou-se no contexto sala de aula. O preenchimento dos questionários foi supervisionado por um professor, ao qual era dirigida uma carta relativa aos procedimentos para a sua aplicação. Antes do preenchimento os alunos foram informados que a resposta ao questionário era voluntária, confidencial e anónima. O tempo de preenchimento do questionário situou-se entre os 60 e os 90 minutos. A taxa de resposta das escolas foi de 92% (87% para as turmas e alunos).

Resultados

Como foi referido anteriormente, o objectivo deste estudo consistia na análise dos factores associados ao início precoce da actividade sexual numa amostra representativa de adolescentes portugueses do 6º ano de escolaridade. Para tal, utilizou-se o pacote estatístico SPAD – *Système Portable pour l'Analyse de Donnés* – Versão 3.5 (CISIA, 1998), mais concretamente a análise DEMOD, na qual se caracterizam as modalidades de uma variável nominal, através de um conjunto de variáveis nominais ou contínuas. Nesta análise, as variáveis/modalidades caracterizadoras são ordenadas em função de um indicador estatístico denominado de “Valor de Teste” (*V-Test*) que determina o nível de significância ou certeza da relação entre as variáveis. Concretamente, o *V-Test* é o critério que avalia estatisticamente o desvio entre a medida do grupo e a medida da população. Valores mais elevados do *V-Test* indicam uma relação mais forte entre a modalidade a caracterizar e a variável/modalidade caracterizadora (Césari, 2006).

Neste estudo, a variável escolhida para caracterizar foi a seguinte: “Já alguma vez tiveste relações sexuais?”. Esta variável apresentava duas modalidades de resposta: 1=Sim; 2=Não. Neste artigo são apresentados os dados relativos à primeira modalidade de resposta: “Sim, já tive relações sexuais”. Os resultados obtidos são apresentados no Quadro 1 para as variáveis nominais caracterizadoras e no Quadro 2 para as variáveis contínuas caracterizadoras.

Como é possível verificar pela análise do Quadro 1 (que apresenta as variáveis/modalidades características do grupo de adolescentes que refere já ter

tido relações sexuais), cerca de 8% dos adolescentes participantes no estudo refere já ter tido relações sexuais, sendo que destes 89% são rapazes. Cerca de 12% refere que já tiveram relações sexuais porque tinham ingerido bebidas alcoólicas. Metade dos adolescentes que dizem já ter tido relações sexuais acham que a maior parte dos amigos do seu grupo também já teve relações sexuais (algumas vezes – 29%; frequentemente – 21%), enquanto que apenas cerca de 10% da amostra global refere que acha que a maior parte dos amigos do seu grupo já teve relações sexuais (algumas vezes – 4%; frequentemente – 6%).

No que diz respeito aos comportamentos de risco (Quadro 1), é possível verificar que, dos adolescentes que referem já ter tido relações sexuais, cerca de 47% refere já ter experimentado fumar tabaco e cerca de 10% refere fumar tabaco ocasionalmente (menos que uma vez por semana). Estes valores são bastante mais elevados neste grupo, comparativamente com os da amostra global, onde é possível verificar que cerca de 13% dos adolescentes refere já ter experimentado fumar e cerca de 2% refere fumar menos que uma vez por semana.

Quadro 1. Percentagens parciais e globais e peso das variáveis nominais caracterizadoras da modalidade “Sim, já tive relações sexuais”

V. Test	% Classe	% Global	Variáveis	Modalidades	Peso
28.57***	100.00	8.35	Relações sexuais	Sim	121
9.56***	47.11	13.25	Experimentar fumar tabaco	Sim	192
8.92***	89.26	52.52	Género	Masculino	761
8.32***	28.93	6.21	Maior parte dos amigos do grupo já teve relações sexuais	Algumas vezes	90
7.63***	34.71	10.28	Envolvimento em lutas nos últimos 12 meses	4 ou mais vezes	149
6.96***	20.66	4.35	Maior parte dos amigos do grupo já teve relações sexuais	Frequentemente	63
6.93***	59.50	30.09	Experimentar bebidas alcoólicas	Sim	436
6.67***	28.10	8.42	Ficar embriagado	1 vez	122
6.25***	38.84	16.15	Beber cerveja	Raramente	234
6.23***	13.22	2.14	Maior parte dos amigos do grupo fuma	Frequentemente	31
6.17***	25.62	7.94	Gostar da escola	Não gosto nada	115
6.12***	30.58	10.97	Faltar às aulas	Algumas vezes	159
6.06***	28.10	9.11	Beber bebidas destiladas	Raramente	139
5.24***	19.83	6.28	Maior parte dos amigos do grupo embebede-se	Algumas vezes	91
5.11***	14.88	10.08	Beber <i>alcopops</i>	Raramente	56
5.08***	12.40	2.76	Relações sexuais por ter bebido	Sim	40
4.79***	17.36	5.59	Maior parte dos amigos do grupo anda com armas	Algumas vezes	81
4.75***	9.92	2.00	Maior parte dos amigos do grupo já usou drogas	Algumas vezes	29
4.54***	15.70	5.04	Maior parte dos amigos do grupo fuma	Algumas vezes	73
4.25***	9.92	2.42	Fumar tabaco	Menos que 1 vez/sem.	35
4.21***	29.75	15.11	Falar com amigos do sexo oposto	Muito fácil	219
4.04***	11.57	3.45	Maior parte dos amigos do grupo embebede-se	Frequentemente	50
4.03***	9.92	2.62	Maior parte dos amigos do grupo anda com armas	Frequentemente	38
3.88***	17.36	7.11	O que sabe a mãe sobre as saídas à noite	Pouco	103
3.82***	9.92	2.83	Falar com a madrastra	Muito fácil	41
3.80***	14.05	5.18	O que sabe a mãe sobre os tempos livres	Nada	75
3.60***	12.40	4.49	Andar com arma nos últimos 30 dias	1 dia	65
3.56***	55.37	39.61	Fazer amigos com facilidade	Muitas vezes	574
3.55***	9.09	2.69	Ficar embriagado	2 a 3 vezes	39
3.54***	19.01	8.90	Beber vinho	Raramente	129
3.38***	13.22	5.31	Aproveitamento escolar	Abaixo da média	77
3.19**	19.01	9.66	Grupo de amigos aceite pelos professores	Não conhecem	140
3.17**	14.05	6.21	Grupo de amigos aceite pelos professores	Raramente ou nunca	90
3.11**	9.92	3.66	Falar com padrasto	Muito fácil	53
3.09**	12.40	5.24	O que sabe a mãe sobre as saídas à noite	Nada	76
3.04**	18.18	9.39	Lesões nos últimos 12 meses	Duas	136
2.97**	12.40	5.45	Maior parte dos amigos do grupo é bom aluno	Raramente ou nunca	79
2.96**	9.92	3.86	Grupo de amigos aceite pelos pais	Não conhecem	56
2.89**	39.67	27.67	Falar com o pai	Muito fácil	401
2.87**	8.26	2.97	Lesões nos últimos 12 meses	Três	43
2.87**	8.26	19.88	O que sabe a mãe sobre onde estás depois da escola	Nada	288
2.83**	32.23	21.33	Professores tratam com justiça	Não sei	309
2.74**	18.18	10.08	Pressionado pelos trabalhos da escola	Muito	146
2.64**	58.68	46.79	Local onde vive tem divertimentos nocturnos	Sim	678
2.62**	28.93	19.19	Local onde vive há violência e roubos	Sim	278
2.59**	11.57	5.52	Tipo de família	Reconstituída	80
2.52**	20.66	12.56	Idade dos amigos	Diferentes idades	182
2.49**	6.61	2.42	Provocar os outros nos últimos 2 meses	Várias vezes/sem.	35

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, cerca de 60% refere já ter experimentado bebidas alcoólicas, apesar do consumo deste tipo de bebidas ser ocasional, dado que a modalidade característica deste grupo de sujeitos, a este nível, é a modalidade “raramente” (cerveja – 39%; bebidas destiladas – 28%; vinho – 19%; *alcopops* – 15%). No entanto cerca de 40% refere já ter ficado embriagado (28% - 1 vez; 9% - 2 a 3 vezes). Estes valores contrastam com os da amostra global onde é possível verificar que a percentagem dos adolescentes que dizem ter experimentado bebidas alcoólicas é metade (30%) da percentagem do grupo de adolescentes que diz já ter tido relações sexuais (60%). O mesmo se passa com o consumo de bebidas alcoólicas onde é possível verificar que os valores da amostra global são cerca de 2 a 5 vezes inferiores comparativamente com os valores do grupo de adolescentes que refere já ter tido relações sexuais. Também em relação à embriaguez se verifica que os valores da amostra global (cerca de 12% da amostra global refere já ter ficado embriagado entre 1 a 3 vezes) são aproximadamente um quarto dos valores obtidos para o grupo de adolescentes que refere já ter tido relações sexuais.

Surge também como característica deste grupo o envolvimento em situações de violência. Cerca de 35% destes adolescentes refere ter estado envolvido em lutas 4 ou mais vezes nos últimos 12 meses (10% na amostra global) e cerca de 7% refere provocar os outros várias vezes nos últimos dois meses (2% na amostra global). Também as lesões são características deste grupo. Cerca de 26% (12% na amostra global) refere ter tido lesões nos últimos 12 meses (18% - duas lesões; 8% - três lesões). Por último, em relação a esta área, cerca de 12% dos adolescentes que dizem já ter tido relações sexuais referem também ter andado um dia armados (por exemplo, com uma faca) nos últimos 30 dias (cerca de 4% na amostra global).

Em relação às variáveis relativas à família (Quadro 1) é possível verificar que cerca de 12% dos adolescentes que referem já ter tido relações sexuais fazem parte de uma família reconstituída (6% na amostra global). Estes adolescentes referem que é muito fácil falar com o pai (40%), com o padrasto e com a madrasta (cerca de 10%). Estes dados contrastam com os da amostra global onde é possível verificar que a percentagem de adolescentes que refere ser muito fácil falar com estes elementos da família é menor. Em relação à supervisão/monitorização dos pais é possível verificar que este grupo se caracteriza por níveis baixos de supervisão

por parte dos pais, mais concretamente por parte da mãe. Cerca de 30% destes adolescentes refere que a mãe sabe pouco ou nada sobre as suas saídas à noite (12% na amostra global), 14% refere que a mãe não sabe nada sobre os seus tempos livres (5% na amostra global) e cerca de 8% refere que a mãe não sabe onde estão depois das aulas (3% na amostra global).

No que diz respeito ao grupo de pares (Quadro 1), cerca de 55% dos adolescentes que refere já ter tido relações sexuais afirma ter facilidade em fazer amigos (muitas vezes) e cerca de 30% refere ser muito fácil falar com amigos do sexo oposto. Também aqui é possível verificar que a percentagem de adolescentes da amostra global que refere ser muito fácil fazer amigos (40%) ou falar com amigos do sexo oposto (15%) é menor comparativamente com a percentagem do grupo de adolescentes que refere já ter tido relações sexuais. O grupo de adolescentes que refere já ter tido relações sexuais caracteriza-se também por pertencer a grupos de pares que parecem estar envolvidos com alguma frequência em comportamentos de risco. Estes adolescentes referem que o seu grupo de amigos frequentemente, ou pelo menos algumas vezes: fuma (13% - frequentemente; 16% - algumas vezes), já ficou embriagado (12% - frequentemente; 20% - algumas vezes), já usou drogas (10% - algumas vezes) e anda com armas (10% frequentemente; 17% - algumas vezes). Comparando estes resultados com os da amostra global é possível verificar que a percentagem de adolescentes da amostra global que refere o envolvimento do seu grupo de amigos neste tipo de comportamentos de risco é 3 a 6 vezes menor comparativamente com a percentagem do grupo de adolescentes que refere já ter tido relações sexuais. Destaca-se ainda no grupo de adolescentes que refere já ter tido relações sexuais, o facto de o grupo de amigos não ser conhecido pelos pais (10% dos casos; 4% na amostra global) ou pelos professores (19% dos casos; 10% na amostra global) ou não ser aceite pelos professores (14% dos adolescentes que referem já ter tido relações sexuais referem que o seu grupo de amigos raramente ou nunca é aceite pelos professores; 6% na amostra global). Surge também como característica deste grupo de adolescentes o facto de referirem que os seus amigos raramente ou nunca são bons alunos na escola (12% dos casos; 5% na amostra global). Por último, no que diz respeito às relações com os pares, este grupo de adolescentes caracteriza-se pelo facto de ter amigos de diferentes idades (21% dos casos; 13% na amostra global).

Em relação às variáveis referentes à escola (Quadro 1), o grupo de adolescentes que refere já ter tido relações sexuais caracteriza-se por não gostar da escola (25% dos casos; 8% na amostra global) e por faltar algumas vezes às aulas (31% dos casos; 11% na amostra global). No que diz respeito ao seu aproveitamento escolar, cerca de 13% refere que este se situa abaixo da média (5% na amostra global). Destaca-se ainda neste âmbito, o facto de cerca de 18% destes adolescentes referirem que se sentem muito pressionados com os trabalhos de casa e de cerca de 32% referirem que não sabem se os professores os tratam com justiça. Também em relação a estas duas variáveis a amostra global apresenta valores inferiores: 10% dos adolescentes da amostra global dizem que se sentem muito pressionados com os trabalhos de casa e 21% refere que não sabem se os professores os tratam com justiça.

Por último, no que diz respeito às variáveis relativas à comunidade de residência (Quadro 1), este grupo de adolescentes caracteriza-se pelo facto de referir que no local onde vive há divertimentos nocturnos (59%; 47% na amostra global) e violência e roubos (29%; 19% na amostra global).

Quadro 2. Média e desvio-padrão (amostra global e da modalidade) das variáveis contínuas caracterizadoras da modalidade “Sim, já tive relações sexuais”

V. Test	Média		Desvio-Padrão		Variáveis
	Modalidade Global	Modalidade Global	Modalidade Global	Modalidade Global	
11.42***	2.77	0.97	2.49	1.78	Sair à noite com os amigos (n.º de dias)
4.52***	4.03	3.17	2.09	2.12	Ficar com os amigos depois das aulas (n.º de dias)

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Em relação às variáveis contínuas caracterizadoras (ver Quadro 2) é possível verificar que os adolescentes que referem já ter tido relações sexuais relatam mais frequentemente sair à noite com os amigos (média do grupo: 2.77; média global: 0.97) e também ficar mais vezes com os amigos depois das aulas (média do grupo: 4.03; média global: 3.17).

Em relação aos dados apresentados no Quadro 1 e 2 é ainda importante salientar que as variáveis mais características do grupo de adolescentes que refere já ter tido relações sexuais referem-se, para além do género, aos comportamentos

de risco do próprio, à percepção das normas do grupo em relação a estes mesmos comportamentos ou ao comportamento sexual, à ligação à escola, bem como às saídas nocturnas com os amigos. É também importante referir que as variáveis relativas às queixas físicas e psicológicas, à satisfação com a vida e à relação com os colegas não surgiram como caracterizadoras do grupo de adolescentes que diz já ter tido relações sexuais. Também as variáveis sociodemográficas relativas à idade e nacionalidade dos adolescentes, e ao nível de instrução e nível socioeconómico dos pais não surgiram como características deste grupo.

Discussão

Os resultados obtidos neste estudo mostram que vários factores se encontram associados ao início precoce da actividade sexual. De entre estes factores destacam-se os comportamentos de risco, as normas do grupo de amigos, a ligação à escola e as saídas nocturnas com os amigos. Os resultados deste estudo mostraram também que a grande maioria dos adolescentes que refere já ter tido relações sexuais são rapazes, tal como é referido em outros estudos (Cubbin et al., 2005; Liu et al., 2006).

Como foi possível verificar, os comportamentos de risco, como o consumo de substâncias e o envolvimento em situações de violência surgiram como alguns dos factores mais fortemente associados ao comportamento sexual no grupo de adolescentes em estudo. Foi assim possível averiguar que os adolescentes que referem já ter tido relações sexuais se caracterizam por referir mais frequentemente que já experimentaram fumar tabaco e beber bebidas alcoólicas e também por referir mais frequentemente que consomem este tipo de substâncias (ainda que este consumo seja ocasional). O consumo abusivo de álcool também surge associado a este grupo dado que estes adolescentes referem mais frequentemente já ter ficado embriagados comparativamente com a amostra global. De salientar ainda que cerca de 12% dos adolescentes referem já ter tido relações sexuais porque tinham bebido álcool. No que diz respeito aos comportamentos relacionados com a violência foi também possível verificar que os adolescentes que referem já ter tido relações sexuais mencionam um maior envolvimento em lutas, comportamentos de provocação, andar com armas e lesões. Estes dados vão ao encontro dos resultados de outros estudos que mostram que o comportamento sexual de risco, ou em idades

precoces, se encontra associado a outros comportamentos de risco, nomeadamente consumo de substâncias e violência (Anteghini et al., 2001; Billiet et al., 2002; Liu et al., 2006; Perkins et al., 1996; Whitaker et al., 2000).

As normas do grupo de amigos e os comportamentos deste mesmo grupo surgem também como importantes factores associados ao comportamento sexual dos adolescentes. Os resultados deste estudo mostraram que os adolescentes que dizem já ter tido relações sexuais referem mais frequentemente que o seu grupo de amigos também já teve relações sexuais. Este resultado encontra apoio em outros estudos (Buhi & Goodson, 2007; Whitaker & Miller, 2000) que mostraram que as normas dos pares são um poderoso determinante do comportamento sexual, bem como da sua iniciação em idades mais precoces. O grupo de amigos dos adolescentes que referem já ter tido relações sexuais parece ainda estar envolvido em comportamentos de risco (consumo de tabaco, álcool, drogas ilícitas, lutas, andar com armas, fraca ligação à escola), o que vai ao encontro da posição de vários autores que apontam para um forte impacto da ligação a grupos de pares desviantes como factor determinante dos comportamentos de risco na adolescência (Fergusson & Horwood, 1995; Patterson et al., 2000; Resnick et al., 1993). De salientar também que estes adolescentes referem estar mais frequentemente com os amigos (comparativamente com a amostra global), nomeadamente sair mais vezes à noite com os amigos e ficar mais vezes com os amigos depois das aulas. Ainda em relação ao contexto do grupo de pares parece importante salientar o facto destes adolescentes referirem que o seu grupo de amigos tem adolescentes de diferentes idades, o que remete para a existência (não só, mas também) de adolescentes mais velhos no grupo que, por sua vez, são apontados como factor de risco para o desenvolvimento de comportamentos de externalização (Silbereisen et al., 1989), quando estes fazem parte do seu reportório comportamental, como parece ser o caso nesta amostra de adolescentes.

Em relação à escola, os adolescentes que referem já ter tido relações sexuais caracterizam-se por apresentar uma fraca ligação à escola, dado que referem mais frequentemente que não gostam nada da escola, que faltam às aulas, que o seu aproveitamento se situa abaixo da média e que se sentem muito pressionados pelos trabalhos de casa, comparativamente com a amostra global. Também neste campo outros estudos têm revelado que a ligação à escola funciona como um factor de

protecção, ou a falta de ligação à escola como factor de risco para comportamentos problema, incluindo o comportamento sexual precoce (Anteghini et al., 2001; Charlotte Paul et al., 2000; Kirby, 2002; Perkins et al., 1996; Resnick et al., 1993).

No que diz respeito ao contexto familiar, os adolescentes que referem já ter tido relações sexuais referem mais frequentemente pertencer a uma família reconstituída e ter uma maior facilidade na comunicação com o pai, padrasto ou madrasta, o que parece contrariar Whitaker e Miller (2000) que referem que a comunicação entre pais e filhos pode desempenhar um papel fundamental em questões relacionadas com a actividade sexual na adolescência, nomeadamente no adiamento do início da vida sexual. No entanto, no estudo dos autores supra citados a comunicação refere-se concretamente a aspectos da sexualidade, enquanto que neste estudo não se aborda os temas da comunicação entre pais e filhos (apenas em que medida esta é fácil ou difícil). No que diz respeito à supervisão/monitorização foi possível verificar, tal como referem vários autores, que esta constitui um potencial factor de risco quando é fraca ou nula (Buhi & Goodson, 2007; DiClemente et al., 2001; Stanton et al., 2000). Comparativamente com a amostra global, os adolescentes que referem já ter tido relações sexuais referem mais frequentemente que a mãe pouco ou nada sabe sobre as saídas à noite, o que faz nos tempos livres e onde está depois das aulas. Também em relação aos amigos a supervisão parece fraca, dado que estes adolescentes referem frequentemente que os pais não conhecem os amigos.

Por último em relação ao contexto comunitário, estes adolescentes referem frequentemente que no local onde vivem existem divertimentos nocturnos bem como violência e roubos, o que parece ir ao encontro dos resultados de Cubbin et al. (2005) que encontraram uma relação entre o contexto comunitário desfavorecido e o início da actividade sexual nos rapazes.

De salientar ainda que neste estudo alguns aspectos sociodemográficos, como a etnia ou o estatuto socioeconómico dos pais, apontados na literatura como estando associados à actividade sexual na adolescência (Cubbin et al., 2005; Ku et al., 1993), não surgiram como características do grupo de adolescentes em estudo.

Os resultados deste estudo vêm mais uma vez confirmar que os comportamentos de risco se encontram associados na adolescência e que um conjunto de factores individuais e envolvimentais podem potenciar o envolvimento dos adolescentes neste tipo de comportamentos. Como foi possível verificar, ser rapaz, estar envolvido no consumo de substâncias e em situações de violência, pertencer a

um grupo de pares desviante e estar frequentemente com este grupo, ter uma fraca ligação à escola, ter uma fraca supervisão/monitorização dos comportamentos e dos amigos por parte da família e residir num contexto comunitário desfavorecido são factores associados ao início da actividade sexual precoce. O comportamento sexual em idades precoces é alvo de preocupação dado que os adolescentes que apresentam este tipo de comportamento encontram-se em maior risco de contrair IST's, de ter uma gravidez indesejada e ainda de se envolver em outros comportamentos de risco com consequências negativas a curto e a longo prazo. A aposta na prevenção parece assim um aspecto determinante, nomeadamente uma prevenção selectiva (Beelman, 2007) que abranja grupos de risco para o envolvimento neste tipo de comportamentos, de espectro abrangente em termos de comportamentos, orientada para a promoção de competências pessoais e sociais e para os contextos de vida. Intervir junto destes grupos é fundamental para que se possa proteger atempadamente estes adolescentes do encontro com as consequências negativas dos comportamentos de risco, nomeadamente, problemas ao nível da saúde física e mental, abandono escolar e falta de habilitações para a obtenção de um emprego qualificado ou, ainda outras, como deficiências e morte.

Referências

1. Anteghini, M., Fonseca, H., Ireland, M., & Blum, R. W. (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health, 28*(4), 295-302.
2. Ary, D., Duncan, T. E., Biglan, A., Metzler, C. W., Noell, J. W., & Smolkowski, K. (1999). Development of adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*(2), 141-150.
3. Baumerind, D. (1987). A developmental perspective on adolescent risk taking in contemporary America. In C. E. Irwin, Jr. (Ed.), *Adolescent social behavior and health* (pp. 93-125). San Francisco: Jossey-Bass.
4. Beelman, A. (2007). *Evidence-based evolution and planning of developmental interventions*. Paper presented at the Xth European Congress of Psychology, Prague.
5. Billiet, J., Cambré, B., & Welkenhuysen-Gybelts, J. (2002). Equivalence of measurement instruments for attitude variables in comparative surveys, taking methods effects into account: The case of ethnocentrism. In A. Ferligoj & A. Mrvar (Eds.), *Developments in Social Science Methodology* (Vol. 18, pp. 53-72). Ljubljana: FDV.
6. Bonny, A. E., Britto, M. T., Klostermann, B. K., Hornung, R. W., & Slap, G. B. (2000). School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. *Pediatrics*. Retrieved 20-09-2002, from www.findarticles.com
7. Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
8. Brendgen, M., Vitaro, F., & Bukowski, W. M. (1998). Affiliation with delinquent friends: Contributions of parents, self-esteem, delinquent behavior, and rejection by peers. *Journal of Early Adolescence, 18*(3), 244-265.

9. Buhi, E. R., & Goodson, P. (2007). Predictors of adolescent sexual behavior and intention: A theory-guided systematic review. *Journal of Adolescent Health, 40*, 4-21.
10. Césari, M. I. (2006). *Nivel de significación estadística para el aprendizaje de una red bayesiana*. Mendoza: ITBA.
11. Charlotte Paul, M. B., Fitzjohn, J., Herbison, P., & Dickson, N. (2000). The determinants of sexual intercourse before age 16. *Journal of Adolescent Health, 27*, 136-147.
12. CISIA. (1998). *Introduction à SPAD Version 3: Manuel de prise en main 1998*. Saint-Mandé: CISIA-CERESTA.
13. Colgrove, J. (1999). Publications. Retrieved 30-6-1999, from www.hyfy.com/publications_substance.html
14. Connolly, J., Craig, W., Goldberg, A., & Pepler, D. (2004). Mixed-gender groups, dating, and romantic relationships in early adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 14*(2), 185-207.
15. Cubbin, C., Santelli, J., Brindis, C. D., & Braveman, P. (2005). Neighborhood Context and Sexual Behaviors Among Adolescents: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 37*(3), 125-134
16. Currie C., Hurrelmann K., Settertobulte W., Smith R. & Todd J. (2000). *Health and health behavior among young people*. Copenhagen: World Health Organization.
17. DeBon, M., & Klesges, R. C. (1995). Smoking and smoking cessation: Current conceptualizations and directions for future research. In A. J. Goreczny (Ed.), *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology* (pp. 135-156). New York: Plenum Press.
18. DiClemente, R. J., Hansen, W. B., & Ponton, L. E. (1996). Adolescents at risk: A generation jeopardy. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 1-4). New York: Plenum Press.
19. DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., et al. (2001). Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*. Retrieved 15-11-2001, from www.findarticles.com
20. Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1995). Early disruptive behavior, IQ, and later school achievement and delinquent behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*(2), 183-199.
21. Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1999). Prospective childhood predictors of deviant peer affiliations in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(4), 581-592.
22. Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., & Galen, B. R. (1998). Betwixt and between: Sexuality in the context of adolescent transitions. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 270-316). New York: Cambridge University Press.
23. Igra, V., & Irwin, C. E., Jr. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 35-51). New York: Plenum Press.
24. Irwin, C. E., Jr., Burg, S. J., & Uhler Cart, C. (2002). America's adolescents: where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health, 31*(6 Suppl), 91-121.
25. Jessor, R. (1991). Risk behaviour in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12*, 597-605.
26. Ketterlinus, R. D., Lamb, M. E., & Nitz, K. A. (1994). Adolescent nonsexual and sex-related problem behaviors: Their prevalence, consequences, and co-occurrence. In R. D. Ketterlinus & M. E. Lamb (Eds.), *Adolescent problem behaviors: Issues and research* (pp. 17-39). New Jersey: Laurance Erlbaum Associates.
27. Kirby, D. (2002). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sex Research, 39*(1), 27-33.
28. Ku, L., Sonenstein, F. L., & Pleck, J. H. (1993). Factors influencing first intercourse for teenage men. *Public Health Reports, 108*(6), 680-694.
29. Lahey, B. B., Waldman, I. D., & McBurnett, K. (1999). The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(5), 669-682.
30. Lambert, M., Hublet, A., Verduyck, P., Maes, L., & Van den Broucke, S. (2002). *Report on the*

project: Gender differences in smoking in young people. Brussels: Flemish Institute for Health Promotion.

31. Lerner, R. M., & Galambos, N. L. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*. Retrieved 15-07-2000, from www.findarticles.com
32. Liu, A., Kilmarx, P., Jenkins, R. A., Manopaiboon, C., Mock, P. A., Jeeyapunt, S., et al. (2006). Sexual Initiation, Substance Use, and Sexual Behavior and Knowledge Among Vocational Students in Northern Thailand. *International Family Planning Perspectives*, 32(3), 126-135.
33. Lösel, F., & Bliesener, T. (2000). Comportamento conflitual agressivo e análise da informação social nos jovens. *Infância e Juventude*, 4, 49-77.
34. Luthar, S. S., & D'Avanzo, K. (1999). Contextual factors in substance use: A study of suburban and inner-city adolescents. *Development and Psychopathology*, 11, 845-867.
35. Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A., et al. (2006). A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos. Retrieved 20-12-2006, from <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
36. McElhaney, K. B., & Allen, J. P. (2001). Autonomy and adolescent functioning: The moderating effect of risk. *Child Development*, 72(1), 220-235.
37. Michaud, P.-A., Blum, R. W., & Ferron, C. (1997). Bet you will: Risk or experimental behavior during adolescence? Retrieved 30-6-1999, from www.familyreunion.org/health/blum/commentary.html
38. Mullan, E., & Currie, C. (2000). Socioeconomic inequalities in adolescent health. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, C. A. Smith & J. Todd (Eds.), *Health and health behaviour among young people* (pp. 65-72). Copenhagen: World Health Organization.
39. Nettles, S. M., & Pleck, J. H. (1996). Risk, resilience, and development: The multiple ecologies of black adolescents in the United States. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezny & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 147-181). New York: Cambridge University Press.
40. Norman, P., & Conner, M. (1996). The role of social cognition models in predicting health behaviours: Future directions. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 197-225). Buckingham: Open University Press.
41. Page, R. M., Hammermeister, J., Scanlan, A., & Gilbert, L. (1998). Is school sports participation a protective factor against adolescent health risk behaviors? *Journal of Health Education*, 29(3), 186-192.
42. Patterson, G., Debaryshe, B., & Ramsey, E. (2000). Developmental perspective on antisocial behavior. In W. Craig (Ed.), *Childhood social development: The essential readings*. Malden: Blackwell.
43. Perkins, D. F., Lerner, R. M., & Keith, J. G. (1996). Individual & contextual variables related to risk behaviors and resiliency among diverse youth. Retrieved 11-05-2000, from <http://www.cyfernet.org/research/danperkins.html>
44. Pickin, C., & St Leger, S. (1993). *Assessing health need using the life cycle framework*. Buckingham: Open University Press.
45. Pleck, J. H., Sonenstein, F. L., & Ku, L. C. (1994). Problem behaviors and masculinity ideology in adolescent males. In R. D. Ketterlinus & M. E. Lamb (Eds.), *Adolescent problem behaviors: Issues and research* (pp. 165-186). New Jersey: Laurance Erlbaum Associates.
46. Ponton, L. E. (1997). *The romance of risk: Why teenagers do the things they do*. New York: BasicBooks.
47. Reardon, S. F., & Buka, S. L. (2002). Differences in onset and persistence of substance abuse and dependence among whites, blacks, and Hispanics. *Public Health Reports*, 117 Suppl 1, S51-59.
48. Reiff, M. I., Simantov, E., Schlen, C., & Klein, J. D. (2000). Health compromising behaviors: Why adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. *ArcVHes of Pediatrics and Adolescence Medicine*, 154, 1025.

49. Resnick, M. D., Harris, L. J., & Blum, R. W. (1993). The impact of carrying and connectedness on adolescent health and well-being. *Journal of Paediatric Child Health*, 29, s3-s9.
50. Silbereisen, R. K., Petersen, A. C., Albrecht, H. T., & Kracke, B. (1989). Maturational timing and the development of problem behavior: Longitudinal studies in adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 9, 247-268.
51. Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentalista* (2.^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
52. Stanton, B., Li, X., Galbraith, J., Cornick, G., Feigelman, S., Kaljee, L., et al. (2000). Parental underestimates of adolescent risk behavior: A randomized controlled trial of a parental monitoring intervention. *Journal of Adolescent Health*, 26(1), 18-26.
53. Steinberg, L. (1998). Adolescence. *Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence*. Retrieved 20-03-2000, from www.findarticles.com
54. Stephenson, A. L., Henry, C. S., & Robinson, L. C. (1996). Family characteristics and adolescent substance use. *Adolescence*, 31(121), 59-77.
55. Steptoe, A., & Wardle, J. (1996). The european health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology of Health*, 11, 49-73.
56. Thomas, H., & Brunton, G. (1997). Gender and healthy child/youth development: A synthesis of the current literature. *Gender and Health: From Research to Policy, The Fifth national Health Promotion Research Conference*. Retrieved 20-06-1999, from <http://hiru.mcmaster.ca/OHCEN/groups/hthu/gender.htm>
57. Thornberry, T. P., Ireland, T. O., & Smith, C. A. (2001). The importance of timing: The varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Development and Psychopathology*, 13, 957-979.
58. Timpop, R. M. (1994). *The psychology of risk taking behavior*. North-Holland: Elsevier Science.
59. United States Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Retrieved 16-03-2004, from <http://www.healthypeople.gov/Document/tableofcontents.htm#under>
60. Weigel, D. J., Deveraux, P., Leigh, G. K., & Ballard-Reisch, D. (1998). A longitudinal study of adolescents' perceptions of support and stress: Stability and change. *Journal of Adolescent Research*, 13(2), 158-177.
61. Whitaker, D. J., & Miller, K. S. (2000). Parent-Adolescent Discussions About Sex and Condoms: Impact on Peer Influences of Sexual Risk Behavior. *Journal of Adolescent Research*, 15(2), 251-273.
62. Whitaker, D. J., Miller, K. S., & Clark, L. F. (2000). Reconceptualizing adolescent sexual behavior: Beyond did they or didn't they? *Family Planning Perspectives*, 32(3), 111-117.
63. WHO. (1986). *Young people's health: A challenge for society. Report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000"*. Geneva: World Health Organization.
64. Windle, M., & Windle, R. C. (2001). Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents: Prospective associations and intrapersonal and interpersonal influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 215-226.

Contextualização Social, Histórica e Geográfica do Risco Sexual em Populações Migrantes

Vanda Correia^{5*} & Margarida Gaspar de Matos^{**}

Introdução

Em Portugal a tradição migratória é longa, abrangendo períodos de emigração em massa, migrações internas, retorno de indivíduos provenientes das ex-colónias e regresso de emigrantes.

A emigração foi desde cedo uma característica demográfica da sociedade portuguesa. Contudo, Portugal tornou-se também um país de imigração, sem deixar a sua característica emigrante, estando inclusive a imigração inicialmente relacionada com os referidos fluxos de saída, quer pelo retorno destes emigrantes, quer pelo retorno de portugueses das ex-colónias africanas, quer ainda pela entrada massiva de indivíduos oriundos dessas mesmas ex-colónias (década de 80), originando numerosas comunidades africanas.

Perante esta faceta da sociedade portuguesa é natural que surjam questões sobre o modo como ocorreu e se tem desenvolvido o fenómeno imigratório em Portugal e se procure conhecer os aspectos relacionados com o mesmo. Serão abordados aspectos relacionados com a Psicologia Intercultural, pelo facto de esta estudar em que medida factores sociais e culturais determinam o comportamento humano, contribuindo para a compreensão das alterações das crenças, atitudes, comportamentos, etc. decorrentes da imigração, quer para os imigrantes quer para a população do país de acolhimento. Em seguida será feita uma reflexão sobre a questão da Imigração em Portugal.

Um domínio de interesse da psicologia intercultural consiste na análise comparativa das semelhanças e das diferenças psicológicas em diferentes culturas, ou seja, “relacionar as variações no comportamento individual com os contextos culturais e ecológicos mediante processos de enculturação e socialização” (Neto, 2003).

^{5*} Projecto Aventura Social

^{**} Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH)/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL

Neste domínio, Neto (2003) apresenta como exemplos de aspectos de análise, os valores, o individualismo/colectivismo, a independência e conformidade, os estereótipos etários, as concepções da morte e as emoções.

Hofstede (1980) apresentou quatro dimensões passíveis de classificar as diferenças identificadas entre culturas nacionais: *distância hierárquica* (medida em que os membros de uma sociedade aceitam que o poder seja distribuído de modo desigual nas instituições e organizações), *controlo da incerteza* (nível de ansiedade sentida pelos membros de uma sociedade perante situações não estruturadas ou ambíguas), *individualismo-colectivismo* (*individualismo*: estrutura social branda, enfatiza as perspectivas, necessidades e objectivos do self; *colectivismo*: estrutura social firme, enfatiza as perspectivas, necessidades e objectivos do colectivo), e *masculinidade-feminilidade* (*masculinidade*: simpatia em relação ao mais forte, assertividade, sucesso material; *feminilidade*: relações calorosas, recato, preocupação com os fracos, importância da qualidade não material de vida).

Associada à dimensão de variação cultural *individualismo-colectivismo*, surge também a *independência-conformidade*. Assim, a independência e a conformidade podem variar segundo as sociedades, mas também em cada sociedade segundo o tempo (Neto, 2003).

A Análise de adaptações psicológicas quando há uma mudança de contexto cultural leva ao conceito/processo de aculturação que, segundo Neto (2003) consiste numa “forma de mudança cultural suscitada pelo contacto com outras culturas”. A aculturação psicológica refere-se às mudanças no comportamento individual de um indivíduo, resultantes do facto de estar em contacto com outras culturas e assim participar no processo de aculturação do seu grupo cultural/étnico (Neto, 2003).

Importa compreender que a relação entre a aculturação e a saúde dos indivíduos ou grupos aculturados depende de diversos factores, entre eles: “a natureza da sociedade receptora, o tipo de grupo em aculturação, o modo de aculturação experienciado e um certo número de características demográficas, sociais e psicológicas do grupo e das pessoas” (Neto, 2003).

Imigração em Portugal

Pode considerar-se que o grande “boom” da imigração em Portugal ocorreu a partir de 1980 e só em 2003 abrandou, devido sobretudo à procura de melhor

qualidade de vida, pois a mão-de-obra, apesar de apresentar um baixo custo em Portugal, corresponde a um bom ordenado relativamente ao país de origem.

Com base neste quadro, Baptista e Cordeiro (2002), reafirmam que Portugal e particularmente a área metropolitana de Lisboa foi e continua a ser palco de imigração. Segundo os mesmos autores, Lisboa que já vinha sendo o destino imigratório mais frequente entre as populações oriundas dos países africanos de língua oficial portuguesa, possui na actualidade uma importância acrescida, tornando-se uma metrópole também no sentido de grande receptora de imigrantes (Baptista e Cordeiro, 2002).

Com este reconhecido e prolongado fluxo imigratório, Portugal foi sendo composto por uma vasta diversidade cultural. Neste sentido, importa apresentar, genericamente, a história migratória de algumas dessas culturas.

Indianos

As relações de Portugal com a Índia iniciaram-se em 1498, com a chegada de Vasco da Gama à Índia. Os portugueses ali permaneceram até 1961, quando Goa, Dão e Diu foram integrados na União Indiana. Esta integração desencadeou o início do fluxo de indianos para Portugal. Logo a seguir ao 25 de Abril 1974, com a descolonização, chegou também de Moçambique uma vaga destes imigrantes. Contudo, foi a partir dos anos 80, que milhares de imigrantes indianos se estabeleceram em Portugal, maioritariamente provenientes das regiões onde se situavam os antigos territórios portugueses.

Um factor que os diferencia culturalmente consiste no facto de os indianos terem vindo para Portugal provenientes de sociedades diferentes. De um modo geral, os indivíduos provenientes de Goa, conservam mais facilmente as características culturais da Índia do que os vindos de Moçambique.

A Índia é actualmente o segundo país mais populoso do mundo, tendo como línguas oficiais o Hindu, o Inglês e o Português, e como religião tradicional o hinduísmo.

Africanos

As primeiras vagas destes imigrantes, provenientes das antigas colónias portuguesas, surgiram no início dos anos 70, quando no país a mão-de-obra na construção civil se encontrava em deficit (consequência da emigração).

Até ao 25 de Abril de 1974, os portugueses dominaram as colónias

Moçambique, Angola, Cabo-Verde, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe, após esta data cederam a sua independência. Com a independência destas colónias o número destes imigrantes aumentou, especialmente na década de 80, surgindo muitas vezes como recursos das redes de trabalho ilegal (construção civil).

Apesar da língua oficial destes países africanos ser o Português, todos eles possuem um dialecto próprio.

Leste

Imigrantes provenientes de países do leste da Europa constituem um conjunto de comunidades relativamente recentes. Os primeiros a chegar a Portugal foram indivíduos de etnia cigana vindos da Roménia, após a queda do Muro de Berlim (1989).

A partir de finais dos anos 90, a vaga destes imigrantes proveio da Ucrânia, Moldávia, Rússia e Roménia, consequência do facto dos países do norte da Europa terem fechado as suas fronteiras. Assim, os países do sul da Europa, como Portugal e Espanha, onde se verifica um grande desenvolvimento económico, foram considerados carentes de mão-de-obra e redes de trabalho geralmente clandestinas passaram a alimentar o sector da construção civil. Muitos destes imigrantes procuram também com a sua entrada em Portugal ou Espanha um acesso mais facilitado a outros países europeus.

Há que destacar o facto de este representar um tipo de população imigrante com um elevado grau de instrução, superior à média portuguesa, que foi inserido sobretudo na construção civil, trabalhos de limpeza e na agricultura devido às dificuldades linguísticas.

Podem, ainda, agrupar-se estes imigrantes em dois grandes grupos, conforme a sua língua e cultura: imigrantes de países eslavos – Ucrânia, Rússia, e Bulgária, etc. – e imigrantes de países latinos – Roménia e Moldávia.

Apesar de cada país possuir uma língua oficial, o russo é o idioma partilhado pela maioria destes imigrantes. Aqui verifica-se apenas uma excepção, a Roménia, dado que rodeada de povos de línguas eslavas, manteve a sua língua de origem latina, falando romeno, húngaro e alemão.

Apesar de ser a religião ortodoxa a partilhada pela maioria dos imigrantes, nos países do leste a religião é muito diversificada, ou seja, seguem desde a religião cristã-ortodoxa, protestante, católica, até à judia.

Brasileiros

O aumento do fluxo de imigrantes brasileiros para Portugal verificou-se no final da década de 80. Geralmente através do regime de isenção de vistos para a sua entrada como turistas, instalaram-se no mercado e dedicaram-se sobretudo a actividades no âmbito da restauração, construção civil, comércio e também em actividades qualificadas, como a medicina dentária.

Actualmente, a grande concentração de imigrantes brasileiros verifica-se na região da grande Lisboa, no entanto, encontram-se distribuídos por todo o país, incluindo em pequenas aldeias de província. Constituem, neste momento, a maior comunidade de imigrantes do país.

Mercado de trabalho e a Imigração em Portugal

Uma vez abordada a evolução da imigração em Portugal e sendo reconhecido o peso que tem actualmente na sociedade portuguesa esta vasta dimensão e diversidade de imigrantes que o país acolhe, revela-se pertinente compreender os seus efeitos e a sua intervenção ao nível do mercado de trabalho, percebendo algumas das diferenças nas estratégias empresariais destas populações. Considera-se assim que esta é uma das dimensões relevantes para a integração dos imigrantes que se sedentizam em Portugal.

Embora muitos dos estudos acerca da imigração em Portugal sejam caracterizados por uma perspectiva pessimista, que liga as populações estrangeiras à marginalidade laboral (Baganha, 1998, cit. por Oliveira, 2003) ou à exclusão residencial (Silva et al, 1989, cit. por Oliveira, 2003), outros estudos têm sido desenvolvidos que, de forma mais positiva, realçam a diversidade da integração económica imigrante em Portugal (Marques, Oliveira & Dias, 2002, Oliveira, 2003).

De acordo com o estudo desenvolvido por Oliveira (2003), empresários de origem chinesa, cabo-verdiana e indiana apresentam características e percursos individuais distintos. Estes, apesar de se integrarem em Portugal em comunidades com recursos diferentes, investindo em diferentes sectores de mercado, partilham da mesma perspectiva de integração económica: o desenvolvimento de iniciativas empresariais.

Segundo a mesma autora, dificuldades na inserção económica das diferentes

origens de imigrantes, sentidas desde 1970, podem ter afectado a integração económica das gerações seguintes, incitando a dependência de redes de interconhecimento para conseguirem emprego (Oliveira 2003). Esta dependência face ao respectivo grupo étnico pode determinar as opções de inserção económica, limitando os imigrantes a determinados sectores do mercado de trabalho da sociedade de acolhimento (Light & Gold 2000, cit. por Oliveira, 2003).

No âmbito do referido estudo (Oliveira, 2003), constatou-se que os chineses, apresentando mais dificuldades relacionadas com a sociedade portuguesa (idioma e leis), definiam geralmente as suas estratégias empresariais pela ligação a recursos e oportunidades étnicas (trabalhadores, contactos privilegiados, recursos financeiros, etc.).

Apesar de apresentarem estratégias empresariais distintas, verificou-se que os indianos e os cabo-verdianos definiam a sua integração no mercado de trabalho português a partir de recursos pessoais (da família ou do próprio indivíduo). Para além deste facto, têm menos dificuldades com a língua e conhecem as leis portuguesas, o que lhes permite um eventual acesso a oportunidades estruturais da sociedade portuguesa (Oliveira, 2003).

Ainda de acordo com o referido estudo, e relativamente aos cabo-verdeanos, “desvantagens na sociedade de acolhimento (económicas, sociais, políticas e culturais) levam os imigrantes a desenvolver actividades por conta própria” (Oliveira, 2003) e a discriminação racial no mercado de trabalho surge como um dos incentivos para iniciativas empresariais isoladas. É assim evidente que certos factores estruturais têm influências distintas nos grupos de imigrantes, e a dependência em recursos da comunidade de origem pode ser maior ou menor dependendo dos contextos de recepção, podendo representar uma vantagem para alguns (chineses), mas uma limitação para outros (cabo-verdianos) (Oliveira, 2003).

Num outro estudo desenvolvido por Machado (2004), incluindo imigrantes de outras origens, tais como brasileiros, verificou-se que, no que respeita à distribuição destes pelo mercado de trabalho nacional, a região do Porto é onde se regista a segunda maior concentração de brasileiros em Portugal, apesar de em termos legais, a região de Faro ter registado, em 2001, um maior número de brasileiros legalizados.

Descendentes de imigrantes em Portugal

Em Portugal, com o evidente fluxo imigrante, o progressivo envelhecimento da população e a dependência de certos segmentos do mercado de trabalho da mão-de-obra imigrante, a sedentarização de imigrantes está a tornar-se uma constante no nosso país.

Deste modo, neste âmbito da imigração sedentarizada, segundo Machado e Matias (2006), num estudo acerca dos jovens descendentes de imigrantes nas sociedades de acolhimento, as perspectivas de integração dos descendentes de imigrantes constituem uma questão pertinente, quer para as populações imigrantes, quer para as sociedades de acolhimento, sendo a formação de gerações numerosas de filhos de imigrantes, própria da sedentarização.

Os descendentes de imigrantes, nascidos nas sociedades de acolhimento, ou tendo pelo menos aí crescido e vivido a maior parte da vida, formam as suas expectativas e projectos em função das sociedades onde vivem (Machado & Matias, 2006). Os mesmos autores consideram, assim, que a adaptação a longo prazo dos imigrantes às sociedades de acolhimento depende mais daquilo que acontece aos seus filhos, sendo a denominada “segunda geração”, simultaneamente, “a medida da sedentarização e a medida da integração das populações imigrantes” (Machado & Matias, 2006).

Aqui revela-se pertinente distinguir os jovens filhos de imigrantes, dos imigrantes jovens. Embora possam apresentar idades semelhantes e a mesma origem étnico-nacional, são considerados sociologicamente muito diferentes.

Ainda de acordo com Machado e Matias (2006), por um lado, os imigrantes jovens vêm à procura de melhores condições de vida, nasceram e cresceram noutros países, encontram-se em processo de adaptação a um diferente quadro sociocultural e o trabalho compreende a sua principal preocupação. Por outro lado, os jovens filhos de imigrantes, que nasceram ou chegaram crianças ao país de acolhimento dos seus pais e aí cresceram, não são imigrantes, nem se identificam como tal. Estes jovens, crescendo nas escolas do país de acolhimento, visionam um mercado de trabalho mais amplo e diversificado do que aquele que geralmente está acessível aos imigrantes. Ao interiorizarem referências culturais das suas famílias, mas também da sociedade de acolhimento, adoptam estilos de vida que, quando numa condição social idêntica, são os semelhantes aos observados na juventude do país

de acolhimento (Machado & Matias, 2006).

Um estudo de caso desenvolvido por Marques e Martins (2005) sobre jovens migrantes e a escola corrobora este pressuposto, dado que concluiu que a experiência directa da imigração não é, necessariamente, um factor desfavorável para os jovens.

De acordo com o já referido estudo de Machado e Matias (2006), foram os descendentes de imigrantes provenientes dos PALOP que constituíram o primeiro exemplo de uma geração de descendentes que nasceu, cresceu e transitou para a vida adulta em Portugal, tendo a sociedade portuguesa assistido aos processos sociais que essa transição envolve.

Nas restantes e diversificadas populações imigrantes, já referidas anteriormente, os descendentes têm também vindo a aumentar, sendo que, no entanto, o tempo de residência não é suficientemente longo para que tenham atingido, em proporção significativa, a fase da juventude.

No que concerne às diferenças entre descendentes de imigrantes e seus pais, segundo Machado e Matias (2006), estas prendem-se, essencialmente, com a intenção de regresso ao país de origem (mais marcada nos pais) e na relação com o país de acolhimento. Ou seja, os filhos têm experiências sociais e expectativas diferentes das dos pais, pelo facto de terem nascido e/ou crescido no país de acolhimento, frequentado aqui a escola, passando por todo o processo de socialização neste país, enquanto no caso dos pais esta se processou marcadamente ainda no país de origem.

Não obstante, estas diferenças de contextos de socialização, os descendentes de imigrantes passam também por um processo de socialização primária familiar (e outros contextos de interacção intra étnica) no qual são transmitidos e inculcados valores e práticas, visando manter as ligações culturais de vários tipos na população imigrante (Machado & Matias, 2006). Tais ligações (intensidade variável entre populações), já não correspondem fielmente à cultura de origem, resultado da adaptação progressiva ao contexto de acolhimento, ou seja, ao já referido processo de aculturação, que torna os próprios imigrantes diferentes do que eram antes de migrarem (Machado & Matias, 2006).

De acordo com Alejandro Portes (1999), um dos investigadores internacionais que desenvolveu pesquisas nesta temática dos descendentes de

imigrantes, a “nova segunda geração” pode percorrer três trajectos alternativos: a) o da progressiva aculturação e integração na classe média branca (padrão homogéneo tradicional); b) o oposto do anterior, i.e., como consequência de uma mobilidade social descendente, são conduzidos à pobreza e à diluição na subclasse autóctone; c) o da mobilidade ascendente, pela preservação da solidariedade comunitária das populações imigrantes (Portes, 1999).

Importa aqui esclarecer que o mencionado trajecto descendente depende de factores de localização residencial e dos padrões de valores dos contextos de relacionamento inter-pares. De acordo com Portes, os filhos de imigrantes que se concentram em zonas pobres das grandes cidades, relacionam-se directamente com os jovens autóctones, de minorias domésticas excluídas, com percepções e atitudes de oposição à sociedade dominante, branca e de classe média, sendo consequentemente constrangidos por “normas niveladoras descendentes” que desvalorizam o progresso por mérito próprio (Portes, 1999). Deste modo, esta socialização negativa terá, para muitos nestas condições, como consequência uma mobilidade social descendente.

Em oposição, o trajecto ascendente decorre de uma socialização mais positiva dentro da população respectiva, caracterizando-se por uma solidariedade entre imigrantes assente na etnicidade e densidade das redes comunitárias, que proporciona um importante capital social que permite o acesso a recursos escassos, evitando, assim, uma assimilação descendente (Portes, 1999).

Esta distinção de trajectos percorridos por jovens descendentes de imigrantes, pode estar relacionada com os processos de transição para a vida adulta. Machado e Matias (2006) advogam a importância da análise dos processos de transição para a vida adulta destes jovens. Com isto, consideram importante esclarecer falsas atribuições de causalidade que se verificam no senso comum sobre eventuais problemas de transição para a vida adulta de filhos de imigrantes, quando estes problemas são partilhados por muitos outros jovens nativos, mas que vivem em condições sociais semelhantes.

Na actual sociedade portuguesa, independentemente dos factores inerentes à imigração, o padrão de transição dos jovens para a vida adulta pode considerar-se mais perpetuada, complexa e incerta. Esta incerteza atinge todos os jovens, no entanto, a forma como cada um a gere e gere a sua complexidade, é determinada

pela condição de classe das respectivas famílias, da quantidade e tipo de recursos e acessos que lhes são disponibilizados (Machado & Matias, 2006).

Uma vez que os descendentes de imigrantes não têm uma composição de classe homogénea, isto é, apesar da grande maioria se incluir nas classes populares, há uma minoria cujas famílias dispõem de recursos económicos, escolares e profissionais médios ou elevados, o que significa que esta influência da classe na transição para a vida adulta sucede não só nos jovens nativos, como nos jovens de origem imigrante. Ou seja, tal como referem Machado e Matias (2006) “na escola e noutros contextos sociais, condições de classe diferentes afastarão jovens com uma comum origem imigrante, e condições de classe semelhantes tornarão próximos jovens descendentes de imigrantes e jovens nativos”.

Referências

1. Baptista, L. & Cordeiro, G. (2002). “Presentes e desconhecidos – Reflexões Socioantropológicas acerca do recente fluxo imigratório no concelho de Loures”. *Sociologia. Problemas e Práticas*. N.º 40, pp. 23-43.
2. Burnay, F. (2004). *Médicos da Europa de Leste em Portugal: Perfis, trajectos migratórios e integração social, no âmbito do «Projecto de Apoio à Profissionalização de Médicos Imigrantes»*. Tese de Licenciatura. ISCTE.
3. Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Londres: Sage.
4. Machado, F. & Matias, A. (2006). *Jovens descendentes de imigrantes nas sociedades de acolhimento: linhas de identificação sociológica*. CIES e-Working Paper nº 13. ISCTE
5. Machado, I. (2004). Estado-nação, identidade-para-o-mercado e representações de nação. *Revista de Antropologia*. São Paulo. USP. V. 47. N.º 1.
6. Marques, M., & Martins, J. (2005). *Jovens, Migrantes e a Sociedade da Informação e do Conhecimento. A Escola Perante a Diversidade*. Lisboa, Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.
7. Marques, M., Oliveira, C. & Dias, N. (2002). “Empresários de origem imigrante em Portugal”. *Imigração e Mercado de Trabalho. Cadernos Sociedade e Trabalho II*. Lisboa. MSST/DEPP.
8. Neto, F. (2003). *Estudos de Psicologia Intercultural. Nós e os Outros*. Lisboa. Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.
9. Oliveira, C. (2003a), *Empresários de Origem Imigrante: Estratégias de Inserção Económica em Portugal*, Lisboa, Tese de mestrado, ISEGI-UNL.
10. Portes, A. (1999). *Migrações Internacionais. Origens, Tipos e Modos de Incorporação*. Oeiras. Celta Editora.
11. Silva, M., et al(1989). *Pobreza Urbana em Portugal: Um Inquérito às Famílias em Habitat Degradado nas Cidades de Lisboa, Porto e Setúbal*. Lisboa. Ed. Centro de Reflexão Cristã Caritas, número 13.

Endereços electrónicos

- o Alto Comissariado para a imigração e diálogo intercultural, <http://www.acime.gov.pt/index.php>
- o Caracterização nacional dos alunos com língua portuguesa como língua não materna, www.deb.minedu.pt
- o <http://imigrantes.no.sapo.pt/page2.htm>

Risco Sexual, Conhecimentos e Atitudes face ao VIH/SIDA em Adolescentes de Comunidades Migrantes

Tânia Gaspar^{6*} & Margarida Gaspar de Matos^{**}

Introdução

Nas últimas décadas, houve em Portugal grandes mudanças sociais, políticas e culturais. Portugal passou de fornecedor de mão-de-obra, para um país de acolhimento para muitos, especialmente, provenientes de ex-colónias portuguesas e, mais recentemente, do Brasil e de países da Europa de Leste.

Paralelamente, temos assistido na Europa, nomeadamente em Portugal, a um aumento crescente de aspectos relativos à discriminação de minorias descritas como minorias étnicas e raciais (Vala, Lopes & Brito, 2000).

Em resultado do aumento em Portugal, na segunda metade da década de 70 e na de 80, do seu fluxo, os migrantes oriundos dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), isolados ou em família, tiveram dificuldades de alojamento pelo que ocuparam as casas que encontraram livres, quaisquer que fossem as condições de habitabilidade e segurança ou, em alternativa, sobreocuparam alojamentos ou construíram barracas clandestinas nos terrenos "disponíveis" à volta das grandes cidades, especialmente em Lisboa.

Estes bairros estão, muitas vezes, situados em zonas suburbanas que servem de "dormitório" à cidade, contrastando de modo flagrante com os bairros vizinhos que, apesar das suas características suburbanas, apresentam condições de habitabilidade consideradas normais, e com cujos residentes surgem frequentemente tensões e conflitos. Para além dos problemas habitacionais e ambientais, as situações de pobreza e exclusão social e de risco de marginalidade social assumem também outras formas de natureza sócio-económica e cultural (STEP/BIT, 2003):

(a) baixos níveis de escolaridade e de qualificação profissional, traduzindo-

^{6*} Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL, Universidade Lusíada, Doutoranda - Universidade do Porto, Fundação para a Ciência e a Tecnologia - SFRH/BD/22908/2005

^{**} Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL

Toda a correspondência deve ser enviada para: taniagaspar@fmh.utl.pt

se na fase adulta em vínculos laborais precários e desqualificados e em situações frequentes de desemprego, implicando baixos rendimentos;

(b) falta de acesso aos direitos sociais básicos (como a segurança social), devido à ilegalidade em que muitos se encontram;

(c) presença de uma importante economia subterrânea ligada à droga e à prostituição;

(d) existência de graves problemas sociais relacionados com o consumo excessivo de álcool e doenças infecto-contagiosas;

(e) elevadas taxas de insucesso e abandono escolar, em parte devidas às dificuldades de domínio da língua portuguesa;

(f) situações frequentes de crianças em risco, deixadas na rua, sozinhas em casa com a porta trancada ou à guarda de irmãos mais velhos ou de amas clandestinas (vizinhas), sem condições habitacionais, económicas e sociais;

(g) ocorrência de tensões e conflitos inter-étnicos entre diferentes grupos de residentes.

Perante este cenário, verifica-se que a comunidade de imigrantes se defronta com várias adversidades e enfrenta sérios obstáculos à completa integração social, sobretudo dos mais jovens uma vez que crescem entre dois padrões sociais e culturais distintos. Esta experiência é potencialmente geradora de conflitos no processo de construção de uma identidade social positiva (Martins & Silva, 2000).

As famílias de imigrantes lidam com inúmeros constrangimentos que condicionam a sua capacidade de afirmação cultural, tais como a ausência de estruturas representativas que possam manifestar as suas especificidades, a imposição dos padrões culturais portugueses, a discriminação e as carências dos bairros onde vivem.

O racismo e a xenofobia são fenómenos duma espessura histórica e duma complexidade consideráveis e, em Portugal, têm ocorrido diversos discursos e comportamentos que evidenciam a intolerância e a exclusão relativamente a grupos minoritários.

No sentido de fomentar uma convivência pluricultural, é necessário adoptar medidas que atenuem o efeito das assimetrias sociais, evitando conflitos que resultem de atitudes discriminatórias em relação às minorias étnicas (Carmo, 2000; Martins & Silva, 2000).

O processo de integração do estrangeiro na sociedade passa pela sua adaptação

ao novo ambiente social e cultural. Os portugueses têm um papel fundamental na integração dos imigrantes através de um apoio funcional-material, na procura de habitação, emprego, legalização, na aprendizagem da língua e, essencialmente, no sentimento de pertença (Juhos, 2000).

Segundo Segal (1997) considerando as questões inerentes à aculturação no processo de adaptação a uma nova cultura, o indivíduo poderá reagir de três formas:

- (1) estabelecer ou manter vínculos com o grupo cultural a que pertence de modo a restabelecer ou dar continuidade à cultura tradicional no novo contexto;
- (2) comportar-se como se permanecesse na sua cultura tradicional e dar a entender aos outros que são eles que têm de se lhe adaptar;
- (3) aceitar os novos valores e padrões de comportamento. Qualquer das escolhas terá consequências para a saúde física e mental, reflectindo-se na estrutura da personalidade.

No âmbito dos problemas que enfrentam os jovens com origens africanas no processo de relação com a sociedade portuguesa e de identidade social e pessoal, Pais (2000) propõe quatro estratégias de aculturação: integração, assimilação, separação e marginalização. Este autor considera a manutenção da identidade e características culturais, e a preservação da relação com outros grupos como aspectos fundamentais num processo positivo de integração. Na estratégia de assimilação, o sujeito perde a identidade cultural de origem e interioriza a cultura da sociedade de acolhimento. No caso da separação, dá-se um afastamento dos outros grupos no sentido de preservar a identidade cultural de origem. Se a estratégia utilizada for a marginalização, o sujeito perde a identidade cultural de origem e não participa na sociedade de acolhimento.

Em relação à etnicidade, diversas investigações efectuadas nos EUA, tendo em conta sub-grupos étnico-culturais diferenciados, revelam padrões mais elevados de comportamentos de risco tais como consumo de álcool e drogas, comportamentos de violência e insucesso escolar quando comparados com jovens de origem europeia (Graham & Juvonen, 2002; Patterson, Kupersmidt & Vaden, 1990).

Pobreza

A pobreza ou a desigualdade económica constituem uma das maiores

ameaças à saúde dos indivíduos. Por um lado, limitam o acesso aos serviços de saúde, aos gastos ligados a opções de vida saudável. Por outro lado, diminuem fortemente as expectativas de uma vida e de um futuro associados ao bem-estar e desenvolvimento pessoal e social, isto é, limitam o acesso à saúde, no presente, e na falta de expectativas de uma igualdade de oportunidades, no futuro. A desigualdade e pobreza limitam o espectro dos estilos de vida saudáveis e estão intimamente ligadas à saúde e à escolha e manutenção de estilos de vida. Os indivíduos e países sociais e economicamente desfavorecidos têm uma menor amplitude de escolhas na procura de um estilo de vida saudável e têm que se debater com questões fundamentais de existência, sobrevivência e direitos humanos. (Matos et al., 2003; STEP/BIT, 2003; WHO; 1999). Segundo descreve o Programa global de Estratégias e Técnicas contra a Exclusão Social e a Pobreza (STEP) da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2003), pobreza e exclusão social estão relacionadas com factores ligados à sociedade (âmbito macro e meso) e factores ligados às histórias pessoais e familiares concretas (âmbito micro).

Consideram-se factores macro, os que dizem respeito às configurações estruturais da economia mundial e dos modelos de desenvolvimento, de organização e funcionamento dos sistemas económicos e financeiros predominantes no Mundo num determinado período, bem como aos valores, normas e princípios deles decorrentes, que por vezes são valores e preconceitos dominantes de marginalização e de desprezo por grupos sociais, culturais e étnicos, assim como políticas públicas de âmbito nacional de orientação discriminatória.

Os factores meso caracterizam-se por um conjunto de variáveis, que podendo ter origem nas políticas macro ou nos elementos culturais dominantes, têm um impacto mais significativo a nível local ou sectorial, tais como: atitudes culturais, preconceitos e comportamentos sociais de discriminação de base local face a uma comunidade migrante, portadores de VIH ou outras doenças, políticas de realojamento que criem ilhas de exclusão social, e decisões que discriminem minorias étnicas.

A nível micro, estão incluídas variáveis como: dimensão e estatuto do agregado familiar, idade, educação, percursos e histórias de vida, projectos de vida, opções pessoais, oportunidades aproveitadas ou perdidas, etc. Estas variáveis fazem-se sentir fundamentalmente nas interacções estabelecidas ao nível pessoal e

familiar. De referir que uma das categorias mais vulneráveis à pobreza e exclusão social é a das minorias étnicas.

No entanto, nos países em vias de desenvolvimento, ao mesmo tempo que se assiste a uma diminuição da importância de certos riscos para a saúde (p.ex. doenças infecciosas, e ligadas ao saneamento), assiste-se a um aumento dos riscos de saúde ligados a esse mesmo “desenvolvimento”: doenças ligadas ao *stress*, consumo de tabaco, álcool e drogas, acidentes de viação e doenças cardíacas, entre outras. Outras questões como a má nutrição, a escassa actividade física, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de substâncias ilícitas, a exclusão social, o isolamento social e o *stress* laboral, estão na base do que se considera um estilo de vida com efeitos nocivos para a saúde (Matos et al., 2003).

A maioria das crianças e adolescentes que se encontram em situação de pobreza e exclusão social é privada ou tem difícil acesso aos cuidados de saúde e educação e quase todas são levadas a enfrentar a escolha entre *resistir* ou *desistir*, em relação à violência, ao crime, à prostituição e ao consumo de substâncias, tais como a droga e o álcool (Carmo, 2000).

Família

A qualidade dos laços familiares e das normas transmitidas, a modelação e monitorização parental, a disfunção familiar, a natureza da estrutura familiar e os estilos educativos, são relevantes no envolvimento em determinados comportamentos de risco, tais como o uso e abuso de substâncias (Settertobulte, Jensen & Hurrelmann, 2001).

O problema do consumo de álcool nos jovens é determinado, em grande parte, pelo contexto interpessoal que ele desenvolve. A família é o ambiente social básico da criança e do adolescente. O contexto familiar pode converter-se numa forte fonte positiva de adaptação ou, pelo contrário, de desadaptação, dependendo da qualidade das relações entre os membros da família (Villa, 1997). Tendo em conta que quanto mais fraca a supervisão familiar (controlo social informal) e mais fraca a ponte que faz entre o jovem e a sua entrada na sociedade, maior é o risco de criminalidade e delinquência. Segundo esta teoria, alguns factores que vão influenciar o controlo social informal fornecido pelos pais e a consequente delinquência são: nível de pobreza da família, mobilidade de residência, tamanho

da família, actividade profissional da mãe e mobilidade do agregado familiar (Sampson & Laub, 1999).

Os factores do âmbito familiar que frequentemente estão vinculados ao consumo de álcool nos adolescentes são: (a) relação afectiva e comunicação pais-filhos, (b) dinâmica familiar, e (c) modelo parental de consumo de álcool (Hughes & Chen, 1999; Villa, 1997).

Relativamente às diferenças étnicas, alguns autores referem que os jovens de origem africana relatam mais que as suas famílias têm influência no seu uso de substâncias do que os de origem europeia (Catalano et al., 2002; Hirsch, Mickus & Boerger, 2002).

Hirsch, Mickus e Boerger (2002), pesquisaram a importância de adultos, sem ser os pais, para os adolescentes segundo a etnia, a estrutura familiar e o género, e identificam que os efeitos mais fortes são em relação à variável etnia. São os jovens negros que referem ligações mais fortes e mais interacções de suporte com adultos. E foram as raparigas negras, com pais divorciados que referiram laços mais fortes com outros adultos.

O reduzido nível económico e educacional dos pais condiciona o rendimento escolar das crianças e dos adolescentes na escola. Aqui entram ainda outros factores como o não domínio do português falado e escrito e o desfasamento dos valores veiculados na escola. A crescer a estas dificuldades, a 2ª e 3ª gerações de comunidades minoritárias que sofrem um processo de socialização com referências duplas, muitas vezes mais contraditórias que complementares, expressam grandes dificuldades na definição da sua identidade e das suas pertenças (STEP/BIT, 2003).

A Escola

A escola está referenciada como sendo responsável pela transmissão de normas e padrões comportamentais. Na sociedade actual, a escola representa um papel determinante no processo de socialização das crianças e dos adolescentes (Settertobulte, Jensen & Hurrelmann, 2001).

Actualmente, em relação aos grupos étnicos, a actuação da escola é muito reduzida, uma vez que são os jovens pertencentes a minorias étnicas que apresentam maiores dificuldades de adaptação e índices mais elevados de insucesso escolar e

de abandono (Faria, 1999; Graham & Juvonen, 2002; Honora, 2002).

O papel do professor é fundamental na promoção, nos jovens, do desenvolvimento de capacidades de decisão e de escolha de estilos de vida saudáveis. Perante este cenário, torna-se claro que ligada à função docente, a formação de professores será um pólo de intervenção fulcral, devendo ter como objectivo uma formação pluricultural que contemple a valorização das características e culturas dos jovens (Neto & Ruiz, 1998).

Uma vez que Portugal tem sido um país de imigração para originários dos PALOP, a escola passou a ser um palco de encontro para estes grupos culturais (STEP/BIT, 2003).

O sistema de ensino pode considerar-se como um meio estruturado e estruturador que contribui para a normalização dos alunos. Um estudo realizado por Gonçalves e Neto (2001) verifica que não existem diferenças significativas nas dimensões das representações sociais da escola entre os alunos portugueses e os alunos dos PALOP, concluindo-se que a socialização escolar pode conduzir à homogeneização das representações que aí se elaboram.

A escola como instituição de socialização transmite a cultura da classe dominante, criando um desfasamento entre a cultura familiar e a cultura escolar (Wyman, 2000).

A democratização do ensino implica que a escola garanta a igualdade de oportunidades para todos os alunos, sendo necessário para tal encontrar respostas diferenciadas em função das necessidades específicas de cada um e atendendo ao seu background social e cultural (Monteiro, 2000).

Assim sendo, a estrutura organizacional e as práticas da escola influenciam a frequência de interacções inter raciais, tendo, assim um papel fundamental na promoção de relações positivas entre as diferentes étnicas (Graham & Juvonen, 2002; Khmelkov & Hallinan, 1999; Monteiro 2000).

Em termos gerais, os sujeitos de minorias étnicas tem notas mais baixas, reprovam e abandonam a escola com mais frequência e têm um nível cultural inferior que os jovens caucasianos. Esta diferença no sucesso académico pode dever-se a um variado número de factores, tais como a influência e expectativas dos pais, dos professores e dos pares (Steinberg, Dornbusch & Brown, 1999).

Grupo de pares

Na adolescência, os pares são fundamentais e significantes para o desenvolvimento do sujeito, a nível normativo e a nível diferencial. Os jovens utilizam os amigos como recursos sociais e cognitivos no seu dia-a-dia (Hartup, 1999; Lambert, Hublet, Verduyck, Maes & Broucke, 2002; Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003; Settertobulte, Jensen & Hurrelmann, 2001).

Num estudo desenvolvido por Verkuyten e Wolf (2002) sobre a identidade étnica e à identidade familiar, o autor conclui que os jovens de minoria étnica dão mais peso à identidade familiar, enquanto os jovens de maioria étnica dão mais peso à identidade étnica.

O sentimento de pertença pode moderar ou mesmo eliminar a percepção de estigmatização de jovens de minorias raciais e étnicas. O desenvolvimento de uma identidade de grupo comum, deverá diminuir a estigmatização, promover atitudes inter-grupo, aumentar a satisfação institucional e promover o comprometimento de todos os jovens (Dovidio, Gaertner, Niemann & Snider, 2001).

Num estudo levado a cabo por Neto e Ruiz (1998) no sentido de recolher informação sobre o modo como os adolescentes percebem e interagem com os colegas pertencentes às minorias étnicas, verificou-se que a maioria dos jovens está preocupada com o futuro e que estabelece a ligação racismo e xenofobia, com circunstâncias de exclusão, violência e intolerância, sobretudo ligadas à cor da pele.

A amizade é uma influência importante nas atitudes, comportamentos e desenvolvimento dos adolescentes. Essa influência pode ser positiva, no sentido em que a interação com os amigos pode melhorar as competências sociais e a capacidade do adolescente para lidar com situações de stress; ou então pode ser uma influência negativa, no sentido de que um adolescente que tenha amigos com atitudes e comportamentos ligados ao risco tem uma maior probabilidade de adoptar, também, estes comportamentos e atitudes (Berndt, 1999).

Em relação às percepções de discriminação de adolescentes pertencentes a maiorias e a minorias étnicas, que vivem num contexto multi-étnico, conclui-se que os adolescentes percebem uma maior discriminação grupal do que uma discriminação pessoal, e são os adolescentes das minorias étnicas que mais percebem a discriminação (Dovidio, Gaertner, Niemann & Snider, 2001; Neto

& Ruiz, 1998; Verkuyten & Thijs, 2001; Verkuyten & Wolf, 2002).

Um estudo realizado por Killen e Stangor (2001) mostra a forma como os jovens incluem ou excluem outros do seu grupo segundo a etnia. Segundo os autores, os critérios de escolha baseiam-se em duas formas de pensamento social: crenças morais (justiça, igualdade de direitos, acesso e tratamento) acerca do acto da exclusão e as crenças de norma social (estereótipos de “raça” e género) acerca dos processos de funcionamento dos grupos sociais.

Em relação ao envolvimento em lutas ou actos violentos, os jovens africanos são mais frequentemente identificados pelos pares como agressores e menos como vítimas. Os jovens africanos caracterizados como vítimas mostram uma maior solidão, uma mais baixa auto-estima do que as vítimas de outros grupos étnicos, e são os mais rejeitados pelos pares (Graham & Juvonen, 2002).

Comunidade

No contexto comunitário, a juventude é o reflexo da sociedade em que se insere: culturalmente heterogénea, marcada pela discriminação, pelas desigualdades económicas e sociais, pela existência de sistemas culturais diferenciados e hierarquizados, um que domina e outros minoritários.

A exposição à exclusão e à discriminação tendo como base a etnia está associada a níveis menos favoráveis de saúde mental e de ajustamento, ou seja, factores como os acontecimentos de exclusão ou de discriminação vão afectar a identidade étnica e a auto-estima global do sujeito, assim como provoca um contexto de stress, levando, conseqüentemente, a problemas emocionais e comportamentais (DuBois et al., 2002).

Segundo descreve Neto (2003), um dos conjuntos de comportamentos denominado “stress de aculturação” inclui experiências engendradas durante a aculturação que são disruptivas para o indivíduo e para o grupo (por exemplo, consumo de substâncias (álcool e drogas), sintomas físicos e psicológicos, e sentimentos de marginalidade). O stress de aculturação acarreta uma redução na saúde, física, psicológica e social dos indivíduos. Por outro lado, o stress não é necessariamente negativo: pode ser uma força positiva e criadora que estimula e motiva o funcionamento psicológico do indivíduo.

A percepção do ambiente social (percepção de riscos na vizinhança,

delinquência dos amigos, e práticas de monitorização parental) e do controlo pessoal (competência para controlo da raiva e características de lidar com o risco) são factores preditores na agressão interpessoal, principalmente, na juventude minoritária urbana. Os resultados de um estudo levado a cabo por Griffin, Scheier, Borvin, Diaz e Miller (1999) indicam que a percepção de monitorização parental, a delinquência dos amigos e a percepção de riscos na vizinhança estão directamente associados com a agressividade e têm uma associação indirecta com competências de controlo da raiva. A gestão destas diferenças exige um modelo de cooperação entre os actores implicados (pais, escola, pares e a comunidade) (Monteiro, 2000).

Uma vez que a comunidade tem uma grande influência no comportamento dos indivíduos, inclusive no consumo de álcool na adolescência, os programas preventivos deviam ser focados na comunidade: (a) influenciar o ambiente social dos jovens e mudar as normas, os valores e as políticas que promovem o seu comportamento de consumo; (b) coordenar serviços de saúde, de educação e as estruturas da comunidade; (c) promover uma partilha da responsabilidade sobre a sua saúde e desenvolver competências pessoais para a mudança e a respectiva manutenção a longo-prazo (WHO, 1999).

Saúde e Diversidade cultural

Diferentes culturas estão associadas a diferentes conceitos de saúde, diferentes formas de enfrentar as ameaças para a saúde e diferentes experiências da doença.

A saúde dos grupos minoritários é geralmente fraca, identificando-se vários factores associados: práticas sociais de racismo e discriminação, estatuto socio-económico baixo, etnocentrismo dos serviços de saúde e de educação, diferentes comportamentos protectores da saúde dependentes da cultura e de diferentes normas sociais e expectativas, diferenças na rapidez de reconhecimento dos sintomas, diferenças na acessibilidade aos serviços de saúde, stress social e menor controlo pessoal (Martins & Silva, 2000; Teixeira, 2000).

A proveniência étnica e cultural confunde-se frequentemente com a classe social, uma vez que uma percentagem significativa dos membros das minorias étnicas e culturais tem estatuto sócio-económico baixo. Verifica-se, também, que os

sujeitos pertencentes a minorias étnicas têm mais fontes de stress (discriminação, conflito racial) e enfrentam maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Gonçalves et al., 2003).

A consideração de diversos contextos culturais implica que seja necessário (Martins & Silva, 2000; Teixeira, 2000):

(a) compreender a evolução das crenças de saúde em função dos contextos sociais e culturais;

(b) investigar factores associados ao desenvolvimento crescente dos cuidados alternativos;

(c) estudar a interacção dos sistemas de crenças de saúde das minorias étnicas com o sistema de crenças de saúde dominante.

A diversidade inerente à juventude determina necessidades de abordagem específicas para os vários grupos culturais por parte dos agentes responsáveis pelo acompanhamento e formação dos jovens, bem como os investigadores deste objecto de estudo.

Os estudos para avaliação dos comportamentos e prevenção de eventuais situações de risco, em diferentes grupos étnico-culturais, necessitam ter em consideração vários factores básicos de obtenção de resultados efectivos, tais como o desenvolvimento da sensibilidade cultural e respeito pela personalidade individual, através do conhecimento e valorização dos diferentes saberes, crenças e comportamentos da população em causa (Martins & Silva, 2000; Roosa & Gonzales, 2000).

Com uma população estudantil de grande heterogeneidade cultural e linguística, a escola deverá ter um papel fundamental na integração de jovens oriundos de grupos minoritários, desenvolvendo um espírito respeitador dos outros e das suas ideias, valorizando a diferença e promovendo o desenvolvimento pessoal e social dos alunos.

Existe uma necessidade de clarificar na comunidade, quer adulta quer dos jovens, como é que as noções de saúde e de doença são construídas em circunstâncias culturais variadas, como é que os atributos são feitos acerca da causa e do efeito e como os significados são adoptados na prática quotidiana. Isto requer algum conhecimento dos grupos populacionais e das características do meio ambiente local, no sentido de melhor avaliar os comportamentos, atitudes e práticas e o tipo

de redes locais que podem ser mobilizadas para atingir os objectivos da saúde (WHO, 1999).

É importante e fundamental que as entidades responsáveis (políticos, educadores, profissionais de saúde e outros grupos com responsabilidades de intervenção na comunidade), reconheçam a diversidade dos adolescentes e dos jovens, as suas potencialidades e dos seus hábitos de vida, em contextos culturais e sociais diversos, adequando assim as estratégias de comunicação com estes grupos. Por outro lado, tem que se reconhecer que estes grupos têm direitos e necessitam também respeito pelas suas opções. Se os adolescentes necessitam de informação e de suporte, os adultos necessitam de competências para saber lidar com este grupo (WHO, 1999). Este cenário sugere uma intervenção no âmbito da comunidade, nos contextos mais frequentados pelos adolescentes: família, escola, centros de juventude, centros de saúde, entre outros.

Saúde dos adolescentes migrantes

Os estilos de vida e a saúde estão intimamente ligados, sendo os factores ambientais, os hábitos alimentares, o hábito de fumar, o uso e abuso de álcool e drogas, a actividade sexual insegura, factores que condicionam um desenvolvimento saudável. Entre os factores que determinam os estilos de vida surge a desigualdade entre países e entre indivíduos dentro de cada país. Os indivíduos e países sociais e economicamente privilegiados têm uma maior amplitude de escolhas na procura de um estilo de vida saudável, enquanto outros têm que se debater com questões fundamentais da existência, sobrevivência e direitos humanos. A pobreza limita o espectro dos estilos de vida acessíveis e está intimamente ligada à saúde (Matos et al., 2003).

Como já se referiu, o reduzido nível económico e educacional dos pais condiciona o rendimento escolar das crianças e dos adolescentes na escola. Aqui entram ainda outros factores como a falta de domínio do português falado e escrito e o desfasamento dos valores veiculados na escola em relação aos das suas culturas de origem.

A saúde dos grupos minoritários é geralmente pobre, identificando-se vários factores associados: Práticas sociais de racismo e discriminação, estatuto socio-económico baixo, etnocentrismo dos serviços de saúde e de educação, diferentes

comportamentos protectores da saúde dependentes da cultura e de diferentes normas sociais e expectativas, diferenças na rapidez de reconhecimento dos sintomas, diferenças na acessibilidade aos serviços de saúde, stress social e menor controlo pessoal.

A democratização do ensino implica que a escola garanta a igualdade de oportunidades para todos os alunos, sendo necessário para tal encontrar respostas diferenciadas em função das necessidades específicas de cada um e atendendo aos seus antecedentes sociais e culturais. A gestão destas diferenças exige um modelo de cooperação entre os actores implicados: pais, escola, pares e a comunidade (Monteiro, 2000).

Com uma população estudantil de grande heterogeneidade cultural e linguística, a escola tem de assumir um papel fundamental na democratização, sendo o garante da igualdade de oportunidades ao favorecer a integração de jovens oriundos de grupos minoritários, valorizando a diferença e promovendo o desenvolvimento pessoal e social dos alunos.

Diversas investigações efectuadas nos EUA, em vários sub-grupos étnico-culturais diferenciados, revelam padrões mais elevados de comportamentos de risco, tais como, consumo de álcool e drogas, comportamentos de violência e insucesso escolar em jovens com antecedentes africanos, (Patterson & Kupersmidt, 1990). Por outro lado, são estes jovens africanos que se percebem mais sós e que apresentam uma menor auto-estima, sendo mais rejeitados pelos pares.

Os adolescentes têm sido classificados como um grupo potencial de risco, nomeadamente pelos seus comportamentos sexuais, incluindo o início precoce, o uso inconsistente do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros (Centers for Disease Control and Prevention, 2000; DiClemente, Hansen & Ponson, 1996; DiClemente et al, 2001; Whitaker & Miller, 2000).

Os jovens oriundos de grupos étnico-culturais minoritários, pela peculiaridade das pressões a que estão sujeitos (aculturação, discriminação, racismo, desenraizamento, intolerância, preconceito, etc.) podem apresentar uma tendência para uma maior prevalência de comportamentos de risco. Os jovens de origem africana apresentam situações associadas aos estilos de vida que envolvem risco, tais como, frequente proveniência de famílias de baixo nível socio-económico e

educacional, de famílias mono-parentais para além de pressões específicas (Carlson, Uppal & Prosser, 2000; Frasquilho, 1996; Matos, Gaspar et al., 2003; Roberts, Phinney, Masse, Chen, Roberts & Romero, 1999).

Pereira (1993) salienta a importância da vivência dum sexualidade equilibrada no desenvolvimento harmonioso do indivíduo com o outro e com o meio, enfatizando componentes da sexualidade tais como o prazer, a afectividade e a reprodução. Segundo conclui esta autora, o prazer parece ainda ausente das discussões sobre o tema da sexualidade.

Alguns estudos realizados em diversos países, incluindo Portugal, evidenciam o embaraço sentido no diálogo entre pais e filhos em relação à sexualidade. Muitos pais aliam aos tabus, normas culturais e vergonha, o receio de ter informação ou competências insuficientes para responder às questões dos filhos adolescentes. Esta situação vai agravar as dificuldades de comunicação neste âmbito.

Paralelamente ao núcleo de relações familiares e ao grupo de pares, a escola, outras instituições e os meios de comunicação, contribuem para a formação da sexualidade do adolescente. As fontes de informação mais utilizadas pelos jovens são de longe os amigos, seguida pelos pais, televisão e leituras. Os professores surgem no fim da lista de fontes de informação escolhidas pelos jovens (Matos et al., 2003).

Actualmente, uma das maiores ameaças à saúde dos adolescentes, sendo também um factor de grande preocupação mundial, é o VIH. Embora o stress e outras respostas emocionais, possam afectar a capacidade do corpo de se tornar ou permanecer saudável, assim como ter importantes implicações no início e na progressão da doença (não só no caso do VIH, mas também noutras doenças como, por exemplo, as cardiovasculares), são os comportamentos adoptados pelos adolescentes que mais podem comprometer ou beneficiar a sua saúde (Baum & Posluzny, 1999).

A epidemia SIDA não é apenas um fenómeno biomédico, mas também psicossocial e cultural onde o comportamento individual, mais especificamente a falta de comportamentos de prevenção, aumenta a propagação da doença. Existem algumas características biológicas, socio-económicas e comportamentais que fazem com que os jovens adolescentes sejam um grupo propenso à infecção pelo VIH. Segundo o estudo do HBSC 2002 (Matos, et al., 2003), um quarto dos jovens

refere não ter utilizado nenhum método contraceptivo na última relação sexual e em relação aos conhecimentos face aos modos de transmissão do VIH/SIDA, a grande maioria demonstrou falhas. Cerca de metade refere não correr qualquer risco de ser infectado e mais de um terço refere não saber se correm risco. Estes dados revelam que estes jovens representam um grupo de risco face à infecção do VIH.

Segundo Hamburg (1999), o consumo de álcool e outras substâncias é um importante contributo para comportamentos violentos, para comportamentos sexuais de risco, para a gravidez na adolescência, para os acidentes rodoviários, etc.

A promoção de competências pessoais e sociais pode constituir uma estratégia para promover a construção de alternativas e de formas mais adequadas de lidar com os desafios mais adequadas, em situações onde os factores sociais, económicos e ambientais podem constituir factores ligados ao risco, sendo um meio que possibilite um aumento de participação e de bem-estar dos adolescentes (Hamburg, 1999; Matos 1998, 2005).

O desenvolvimento de programas de promoção de competências pessoais e sociais que capacitem os indivíduos a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, etc., irá otimizar a sua capacidade escolher um estilo de vida saudável e de o manter.

Perante este cenário, parece-nos fundamental conhecer e compreender a realidade psicossocial do quotidiano dos jovens de diversas nacionalidades que vivem no nosso país, de modo a identificar características, necessidades, factores ligados ao risco e à protecção, de modo a identificar áreas de intervenção urgente, mantendo sempre presente que quer o processo, quer o conteúdo das intervenções têm de ser objectivados de acordo com as necessidades específicas e experiências culturais desse grupo.

Estudaremos aqui os comportamentos ligados à saúde e ao risco nos jovens estrangeiros de origem africana a viver em Portugal.

Quatro Estudos – Duas Metodologias

Estudo Quantitativo I – Os Alunos Migrantes e os Alunos de Baixo Estatuto Socio-Económico na População Nacional

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 (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith & Todd, 2000; Matos et al., 2003). Portugal participou nos últimos quatro estudos conduzidos, em 1996 (Matos et al., 2000), em 1998 (Matos, et al 2000), em 2002 (Matos et al., 2003) e em 2006 (Matos et al., 2006), desde 1998 sendo estes representativos nacionais.

A amostra nacional de 2002 (Matos et al., 2003), foi constituída por 5631 adolescentes, com uma média de idade de 14 anos, frequentando os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade do ensino público oficial, em Portugal Continental. É aproximadamente igual o número de rapazes e raparigas (49% de rapazes). Os adolescentes ficaram distribuídos proporcionalmente pelas 5 regiões educativas do Continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve). A amostra foi aleatória e teve representatividade nacional para os jovens que frequentavam os graus de ensino seleccionados, no ensino oficial. A unidade de análise foi a “turma”. Os questionários foram preenchidos na sala de aula, voluntária e anonimamente.

O conjunto de adolescentes que respondeu ao questionário HBSC “Aventura Social & Saúde” em Março de 2002, na sua grande maioria, é constituído por jovens de nacionalidade portuguesa (6.5% são estrangeiros dos quais 2.3% provenientes de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa). A profissão dos pais, na maior parte dos casos situou-se no nível socio-económico médio-baixo. Relativamente ao nível de instrução, grande parte dos pais estudou até ao primeiro ciclo (quatro anos de escolaridade). Resultados descritivos do estudo HBSC 2002 (Matos et al., 2003), em relação aos comportamentos dos adolescentes ligados à saúde e ao risco, na comparação entre adolescentes portugueses e africanos (sem nacionalidade Portuguesa) referem que: (1) os jovens africanos em Portugal apresentam mais consumos (drogas e álcool em excesso), mais envolvimento em lutas e actos de violência, (2) têm mais frequentemente uma relação problemática na escola com insucesso escolar e sensação de isolamento na escola, (3) têm frequentemente uma

relação mais problemática com a família (comunicação menos fácil com a mãe, famílias menos frequentemente nucleares ou agregados com maior mobilidade), (4) têm frequentemente uma alimentação menos saudável, (5) têm mais frequentemente mais sentimentos de infelicidade, (6) têm relações sexuais mais frequentemente, mais frequentemente sem protecção e sob efeito de álcool ou drogas, (7) vêem mais televisão.

Tabela 1 –HBSC em 2002 - Portugueses e estrangeiros/africanos

N Total = 5631	Português % (N=5499/ 97.7%)	Estrangeiro/Africano % (N=132/ 2.3%)	Qui-quadrado
CONSUMOS			
Embriagar-se (2 ou + x)	11.9%	21.9%	11.70**
Experimentar haxixe	8.6%	14.7%	5.21*
Consumir drogas (1 vez + último mês)	5.9%	18.5%	31.44**
VIOLENCIA			
Provocar (2/3 x/sem)	9.8%	20.8%	16.68**
Entrar numa luta último ano	35.9%	48.8%	9.12**
Andar com armas último mês	9.3%	21.7%	22.48**
ESCOLA			
Repetente (2 ou mais anos)	9.9%	34.8%	85.08**
Sozinho na escola (+ de 1x/sem)	26.3%	34.9%	4.74*
FAMILIA			
Comunicação fácil com a mãe	82.9%	71.4%	10.02**
Família nuclear	84.2%	56.2%	60.60**
Agregado fam. mudou últimos 5 A	12.3%	31.7%	39.40**
ALIMENTAÇÃO			
Consumir cola diariamente	33.7%	50.8%	16.37**
Consumir leite diariamente	84.5%	72%	13.47**
Cons. hambúrgueres diariamente	9.4%	21.6%	20.81**
BEM ESTAR			
Sentir-se infeliz	16.5%	28.5%	12.41**
RISCO SEXUAL			
Ter tido relações sexuais	13.0%	31.1%	38.95**
Não ter usado preservativo	6.1%	26.3%	63.71**
Rel. sexuais com drogas/álcool	2.7%	7.6%	6.71*
LAZER			
Ver TV FdSemana 4h ou +	56.2%	65.2%	4.17*

* p<0.05; ** p<0.01

Sublinhando a importância da variável estatuto socio-económico, se esta mesma análise for feita separadamente para grupos de classe social mais baixa (4 e 5 da Graffar/profissão do pai) e grupos de classe social mais alta (1, 2 e 3 da Graffar/profissão do pai) dentro de cada nacionalidade, verificamos que a maior parte das diferenças se atenuam, se extinguem ou apenas são válidas para os jovens (de ambas as nacionalidades) de estatuto socio-económico mais desfavorecido.

Tabela 2 – HBSC em 2002 – Portugueses e estrangeiros/africanos e estatuto socio-económico

N Total = 4748	ESE baixo (n=2929), 61.7%			ESE médio/alto (n=1819), 38.3%		
	Português (2879)	Africano (50)	Qui quadrado	Português (1780)	Africano (39)	Qui quadrado
CONSUMOS						
Embriagar-se (2 ou + x)	12%	24.5%	7.00**	10.7%	23.7%	6.39*
Experimentar haxixe	7.4%	23.3%	15.17**	10%	15.2%	.955
Consumir drogas (1 vez + último mês)	5.1%	21.7%	24.9**	7.1%	11.8%	1.09*
VIOLENCIA						
Provocador (2/3 x/sem)	9.9%	20.8%	6.19*	8.6%	12.8%	.87
Entrar numa luta último ano	36%	48.9%	3.33	32.5%	46.2%	3.25
Andar com armas último mês	9.3%	31.3%	25.95**	8.8%	10.5%	.142
ESCOLA						
Repetente (2 ou mais anos)	11.4%	34%	24.17**	5.2%	33.3%	54.94**
Sozinho na escola (+ de 1x/sem)	27.3%	30.4%	.228	22.6%	42.1%	8.03**
FAMILIA						
Comunicação fácil com a mãe	83.8%	73.2%	3.32	82.7%	77.1%	.746
Família nuclear	89.6%	75.6%	14.8**	87.2%	51.5%	34**
Agregado fam. Mudado nos últ. 5 A	11.1%	21.4%	4.46*	12.7%	32.4%	12.45**
ALIMENTAÇÃO						
Consumir cola diariamente	35.8%	50%	4.29*	28.5%	52.6%	10.49**
Consumir leite diariamente	83.7%	74.4%	2.65	88%	73%	7.64**
Cons. hambúrgueres diariamente	10.4%	20.0%	4.35*	7.3%	21.1%	9.97**
BEM-ESTAR						
Sentir-se infeliz	15.6%	28.9%	5.90*	14.3%	20.5%	1.20
RISCO SEXUAL						
Ter tido relações sexuais	12.6%	38%	32.01**	12.2%	23.1%	5.03
Não ter usado preservativo	5.7%	32.1%	44.97**	4.9%	24%	17.6**
Rel. sexuais com drogas/álcool	2.2%	14.3%	17.32**	2.3%	0%	.600
LAZER						
Ver TV FdeSemana 4h ou +	57.5%	64%	.845	55.5%	71.8%	4.12*

* p<0.05; ** p<0.01

Verifica-se que os jovens com maior estatuto socio-económico consomem menos leite e mais “fast food” (colas e hambúrgueres), além de estarem mais tempo a ver televisão. Este resultado sugere que a inclusão socio-económica nem sempre se faz pela adopção das facetas mais favoráveis ou mais saudáveis da cultura local. Estes resultados sugerem ainda que das estratégias de convívio com a comunidade local, os adolescentes de baixo estatuto económico utilizam mais uma estratégia de marginalização (provocação e porte de arma) e os adolescentes de mais elevado estatuto socio-económico uma estratégia de isolamento (sozinho na escola, ver TV).

Estudo Quantitativo II – Os Alunos Migrantes e Alunos de Baixo Estatuto Socio-económico numa Comunidade Migrante

Foram seleccionadas para participar no estudo quatro zonas contendo bairros socioeconomicamente desfavorecidos: Oeiras, Marvila (Lisboa), Amadora e Loures. Numa primeira fase pretendia-se seleccionar as zonas que se apresentassem voluntariamente mas dada a participação dos representantes optou-se por seleccionar as escolas de entre as 4 zonas. Foram seleccionadas escolas e associações de uma lista apresentada pelos parceiros na comunidade, visando cobrir as zonas mais desfavorecidas e com maior concentração de adolescentes migrantes (Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005).

Os adolescentes incluídos na amostra encontram-se distribuídos em percentagens idênticas no que se refere ao género, os portugueses são mais novos.

Na escola

A amostra da escola foi constituída por adolescentes que frequentavam os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade em escolas de zonas desfavorecidas da cidade de Lisboa ou cidades limítrofes. Os anos de escolaridade foram escolhidos seguindo o protocolo internacional HBSC (Currie et al., 2001; Matos et al., 2003).

O questionário em contexto escolar foi aplicado a todos os alunos das turmas seleccionadas. Foram seleccionadas 12 escolas públicas do ensino regular e destas foram sorteadas aleatoriamente turmas de modo a estratificar a amostra pelos 6º, 8º e 10º anos de escolaridade. Na zona de Oeiras, foram seleccionadas 3 escolas,

na zona de Marvila foram seleccionadas 3 escolas, na zona da Amadora foram seleccionadas 2 escolas e na zona de Loures foram seleccionadas 4 escolas.

De acordo com o protocolo de aplicação do questionário HBSC para 2002 (Currie et al., 2001), a técnica de escolha da amostra foi a “cluster sampling”, onde o “cluster” ou unidade de análise foi a turma.

Assim, foram seleccionadas 71 turmas, 24 turmas do 6º ano, 24 turmas do 8º ano e 23 turmas do 10º ano. Foram recebidos 919 questionários.

Na comunidade

A recolha de dados na comunidade foi efectuada pelas associações parceiras e pela equipa do projecto junto dos jovens das diferentes zonas, utilizando o mesmo instrumento, o questionário HBSC para 2002 (Currie et al., 2001). Na comunidade, foram aplicados na totalidade 118 questionários.

Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes: (a) Jovens até aos 18 anos (19 anos feitos nesse ano); (b) Jovens não inscritos na escola (trabalham ou não têm nenhuma ocupação); (c) Jovens inscritos na escola mas que não vão às aulas (quando vão à escola é para estar com os amigos, almoçar, etc.); (d) Jovens que estão inscritos na escola apenas para obter a declaração de inscrição, mas não vão à escola; (e) Jovens do ensino recorrente.

Instrumento

O questionário “Comportamento e Saúde em adolescentes em idade escolar” utilizado neste estudo, foi o adoptado no estudo internacional de 2002 do HBSC (Currie et al., 2001), traduzido em Português pela equipa portuguesa do Aventura Social (Matos et al., 2003).

O questionário de auto-preenchimento é composto por três partes. Uma primeira parte geral, que engloba questões demográficas (idade, género, estatuto socio-económico), questões relativas ao ambiente na escola, ao consumo de tabaco e álcool, à violência, à imagem do corpo, família, escola e pares. Uma segunda parte, específica do questionário português (Matos et al., 2003), com questões relacionadas com cultura de grupo e lazer, consumo de drogas e actividade física e uma terceira parte, também apenas relativa ao questionário português (Matos et al., 2003), onde foram incluídas questões relacionadas com o comportamento sexual e

atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA. O objectivo fundamental deste estudo foi efectivamente este último grupo de questões servindo os anteriores de dados de contextualização.

Procedimento

Na escola os questionários foram aplicados pelos professores em contexto de sala de aulas às turmas seleccionadas, na comunidade os questionários foram aplicados pelos técnicos das associações parceiras e pela equipa do projecto.

Após a recepção dos questionários estes foram conferidos, numerados sequencialmente e posteriormente os dados foram introduzidos manualmente numa base de dados no programa “Statistical Package for Social Science – SPSS – Windows” (versão 12.). Posteriormente procedeu-se à sua análise e tratamento estatístico. Tendo sido utilizada a mesma metodologia do estudo HBSC Português (Matos et al., 2003).

Foram utilizados para a análise dos dados, primeiro, uma estatística descritiva com apresentação das frequências e percentagens para variáveis nominais e médias e desvio padrão para variáveis contínuas, seguidamente, foi efectuado o Teste do Qui-quadrado - χ^2 (estudo da distribuição em variáveis nominais) com análise de residuais ajustados (para localização dos valores significativos).

Resultados

Ambas as amostras apresentam uma percentagem equivalente quanto ao género. Os jovens da comunidade apresentam uma média de idade mais elevada.

Quadro 3– Distribuição da amostra da escola e da amostra da comunidade por género e média de idade

	Género		Idade
	Rapaz	Rapariga	Média de idade
Escola (n=919)	47,7	52,3	14,4
Comunidade (n=118)	54,2	45,8	16,7

A maioria dos jovens que constitui a amostra recolhida na escola é de nacionalidade portuguesa, cerca de metade da amostra recolhida na comunidade é oriunda dos PALOP. São os jovens da comunidade que mais referem falar outra

língua em casa. Metade dos pais dos jovens da comunidade pertence a um nível socio-económico baixo.

Em relação aos comportamentos sexuais, os jovens da comunidade referem mais frequentemente ter tido relações sexuais, no entanto, são os jovens da escola que mais referem ter utilizado preservativo na última relação sexual. Os jovens da comunidade são os que mais referem ter utilizado a pílula ou nenhum método contraceptivo na última relação sexual. Não se verificaram diferenças significativas entre os jovens da escola e da comunidade quanto ao ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas.

Não se verificaram diferenças significativas quanto aos conhecimentos dos modos de transmissão do VIH/SIDA, atitudes face a portadores e interlocutores escolhidos para falar sobre VIH e outras IST's entre os jovens da escola e da comunidade.

Quadro 4 – Comparação entre os resultados da amostra recolhida em contexto escolar e a amostra recolhida na comunidade.

	Escola	Comunidade	χ^2	g.l.	p<
Nacionalidade Portuguesa ($\underline{n}=1029$)	77,1	34,8	132,18	6	0,0001
Fala Português em casa ($\underline{n}=967$)	87,4	57,7	61,38	1	0,0001
ESE baixo ($\underline{n}=603$)	24,3	50,0	14,23	3	0,01
Relações sexuais ($\underline{n}=1029$)	32,9	80,3	98,80	1	0,0001
Uso de preservativo na última relação sexual ($\underline{n}=385$)	65,6	53,8	4,14	1	0,04
Uso de pílula última relação sexual ($\underline{n}=385$)	41,3	63,6	6,69	1	0,01
Nenhum método na última relação sexual ($\underline{n}=387$)	23,5	35,5	5,25	1	0,02

Cerca de metade dos jovens estrangeiros/africanos refere falar outra língua em casa. Os jovens estrangeiros/africanos referem mais que o pai pertence a um nível socio-económico baixo (nível cinco).

Os jovens estrangeiros/africanos são os que mais referem já ter tido relações sexuais. Dos adolescentes que já tiveram relações sexuais, são os adolescentes portugueses que mais referem ter utilizado preservativo na última relação sexual.

Em relação ao conhecimento dos modos de transmissão do VIH/SIDA, não se verificam diferenças significativas. Em relação às fontes de informação /

aprendizagem mais referidas, são os jovens portugueses que mais referem falar com os pais. Os jovens estrangeiros/africanos são os que mais referem consultar folhetos e recorrer a programas de televisão como fonte de informação e aprendizagem no âmbito do VIH/SIDA. Em relação às atitudes face aos portadores de VIH/SIDA, não se verificam diferenças significativas, entre jovens estrangeiros/africanos e portugueses. A maioria dos jovens refere que se sente muito à vontade para conversar com as pessoas da mesma idade sobre SIDA e outras IST's e não se verificam diferenças significativas, entre jovens estrangeiros/africanos e portugueses. Em relação a conversar com um dos pais (ou adulto responsável) sobre SIDA e outras IST's, são os jovens estrangeiros/africanos que mais referem sentir-se pouco à vontade ou não falam com os pais sobre esse assunto.

Quadro 5 – Comparação entre os jovens portugueses e os jovens estrangeiros / africanos em Portugal

	Português	Estrangeiro (africano)	χ^2	g.l.	p<
+ 16 anos (n=995)	28,6	65,6	117,24	3	0,0001
Fala Português em casa (n=931)	94,2	54,9	203,15	1	0,0001
ESE baixo (5 grafar) (n=581)	23,4	40,2	16,65	5	0,005
Relações sexuais (n=987)	27,8	68,6	130,33	1	0,0001
Uso de preservativo última Relação sexual (n=365)	70,4	51,2	14,03	1	0,0001
Fontes de informação VIH/SIDA – folhetos (n=977)	72,7	76,9	7,98	2	0,01
Fontes de informação VIH/SIDA – programa TV (n=970)	68,6	80,8	13,58	2	0,001
Fontes de informação VIH/SIDA - pais (n=975)	56,1	50,6	25,96	2	0,0001
Não fala com os pais sobre SIDA e outras ISTs (n=974)	19,3	33,7	36,58	2	0,0001

Os jovens do estudo HBSC/R (Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005) são os que mais referem já ter tido relações sexuais. Dos que já tiveram relações sexuais, não se verificam diferenças significativas entre os jovens dos dois estudos em relação à idade da primeira relação sexual. São os jovens do estudo HBSC 2002 (Matos et al., 2003) que mais referem utilização de preservativo na última relação sexual.

Em relação ao conhecimento dos modos de transmissão do VIH/SIDA não se verificam diferenças significativas, entre os jovens dos dois estudos, excepto no caso da transmissão mãe infectada-bebé em que os jovens do estudo HBSC / R são os que apresentam um maior desconhecimento sobre este modo de transmissão do VIH/SIDA.

Em relação às fontes de informação/ aprendizagem no âmbito do VIH/SIDA utilizadas pelos jovens, os jovens do estudo HBSC 2002 são os que mais referem conversar com os pais e não com os irmãos ou irmãs e os do estudo HBSC / M são os que mais referem recorrer a folhetos, ao Centro de Saúde e ao médico de família como fontes de informação e aprendizagem no âmbito do VIH/SIDA, são também os que mais referem que não falam com ninguém.

No âmbito da comunicação/diálogo com os outros sobre VIH/SIDA, em relação a conversar com as pessoas da mesma idade e com um dos pais (ou adulto responsável) sobre SIDA e outras IST's, são os jovens do estudo do HBSC / R que mais referem falta de à vontade ou mesmo ausência de conversa com as pessoas da mesma idade e com os pais.

Quadro 6 – Comparação entre o estudo HBSC 2002 e o estudo HBSC/Migrantes

	HBSC 2002	HBSC/M	χ^2	g.l.	p<
	Matos et al, 2003	Matos et al, 2005			
Relações sexuais ($n=1415$)	38,6	65,8	83,74	1	0,0001
Uso de preservativo na última Relação sexual ($n=640$)	72,1	62,0	7,10	1	0,008
“Não sabe” transmissão mãe-bebé do VIH/SIDA ($n=1422$)	6,9	10,8	19,37	2	0,0001
Fontes de informação VIH/SIDA – folhetos ($n=1420$)	75,7	82,1	6,54	2	0,03
Fontes de informação VIH/SIDA – Consulta Centro de Saúde ($n=1422$)	40,7	51,9	15,21	2	0,0001
Fontes de informação VIH/SIDA – Médico de família ($n=1419$)	36,8	52,0	26,75	2	0,0001
Fontes de informação VIH/SIDA - pais ($n=1416$)	54,9	46,9	7,47	2	0,02
Fontes de informação VIH/SIDA – não falam com irmão/irmã ($n=1420$)	27,2	18,7	13,40	2	0,001
Fontes de informação VIH/SIDA – falar com ninguém ($n=1352$)	7,9	12,2	6,12	2	0,04
Não fala com pessoas da mesma idade sobre SIDA e outras ISTs ($n=1425$)	2,3	9,2	40,18	2	0,0001
Não fala com os pais sobre SIDA e outras IST's ($n=1418$)	6,8	22,0	82,21	2	0,0001

Estudo Qualitativo I – Adolescentes Migrantes

Para entender os resultados dos estudos quantitativos, no seu vivido quotidiano, estes foram estes aprofundados através de uma metodologia qualitativa junto de jovens migrantes africanos em Portugal. A recolha de dados foi realizada através dum procedimento denominado “grupo focal”. Um grupo focal é um grupo de discussão centrado num tema, uma entrevista semi-estruturada, que envolve uma discussão e que utiliza respostas simultâneas no sentido de obter informação sobre determinado assunto (“foco”). O objectivo é chegar perto das opiniões, crenças, valores, discurso e compreensão dos participantes sobre o assunto da investigação, partindo do princípio que toda a informação dada pelos participantes é válida. Neste projecto o objectivo principal do “grupo focal” é gerar diferentes pontos de vista e opiniões sobre “a vivência da pertença a uma cultura estrangeira” a partir da perspectiva dos adolescentes e deixá-los explorar estas ideias de modo mais profundo.

Os dados provenientes do estudo qualitativo, são nos grupos focais, alvo de análise de conteúdo: definição de categorias, codificação e registo de exemplos ilustrativos de cada categoria identificada.

Foi utilizada uma metodologia qualitativa, uma análise de conteúdo, na análise das entrevistas tanto dos jovens, como dos pais e dos técnicos participantes nos grupos focais (Lambert, Hublet, Verduyct, Maes & Broucke, 2002; Matos & Gaspar, 2003; Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003).

Participantes:

Foram realizados dois grupos focais: um grupo constituído por 6 elementos (2 raparigas e 4 rapazes) com idades compreendidas entre os 13 e 17 anos, e outro grupo constituído por 4 elementos (2 raparigas e 2 rapazes) com idades compreendidas ente os 15 e 17 anos. Sete destes jovens não vivem com o pai (3 pais faleceram e 4 saíram de casa após divórcio). Todos têm irmãos (entre 2 a 6 irmãos).

Cerca de metade dos jovens participantes está em Portugal desde muito pequeno e outros estão em Portugal há 1 ou 2 anos. De um modo geral os jovens referem ter havido alterações no agregado familiar nos últimos tempos: “O meu pai saiu quando houve o divórcio”, “O meu irmão foi para uma casa aqui do bairro com a mulher”, “a minha irmã foi viver com um homem”, “A minha avó que veio

de África e está a viver connosco”. Os dados provenientes dos grupos de discussão foram alvo de uma análise de conteúdo: definição de categorias, codificação e registo de conteúdos e da frequência com que cada categoria ocorreu. Estas discussões alargadas permitiram uma compreensão de vários temas:

Lazer: Nos seus tempos livres os jovens preferem estar com os amigos. Os rapazes referem mais vezes estar com os amigos na rua, e as raparigas com as amigas em casa a conversar ou ver TV.

Os jovens (rapazes e raparigas) referem nos seus tempos livres a prática de desporto ou ficar em casa sozinhos, a ver TV ou sem fazer nada. Os jovens participantes acham que há poucas actividades e espaços para ocupar tempos livres e férias.

Violência: Quando questionados em relação à violência, todos referem que alguns jovens usam armas (facas e pressões de ar), referindo ainda diversos actos de vandalismo, tais como, pintar as paredes com *grafittis*, partir janelas das lojas e estragar jardins. Para a maioria dos jovens participantes a polícia tem uma conotação negativa: “Só aparece para fazer rusgas ou quando há tiroteios”. Foi referido pelos jovens que seria melhor integrar a polícia no bairro, estando mais vezes presente e não só em casos pontuais.

Escola: Os jovens referem não passar tempo na escola depois das aulas e sentir-se um pouco discriminados na escola por ser “do bairro”. De um modo geral consideram a escola um lugar inseguro, onde existem muitos roubos.

Amigos: Os jovens referem que os seus amigos são geralmente pessoas do bairro, mesmo na escola passam mais tempo com pessoas do “bairro”. Referem ainda que tentam promover boas relações com jovens de outros bairros, mas existem certos jovens que boicotam esse processo, levando a rivalidades e más relações com outros bairros. Verificou-se que muitos dos amigos são familiares próximos (irmãos, primos, etc.).

Risco sexual: Os jovens concordam que os adolescentes têm a primeira experiência sexual por volta dos 14 anos e que não falam com os pais sobre estes temas pois ainda é tabú. Os amigos são a sua maior fonte informação.

Consumos: Dos jovens presentes apenas um refere fumar embora todos considerem que a maioria dos jovens fuma e que o consumo de tabaco por parte das raparigas está a aumentar. Em relação ao consumo de álcool, nenhum refere ter

consumo regular de álcool ou drogas. Concordam que são os mais velhos que mais consomem tabaco e álcool e que a droga (haxixe) se limita a grupos restritos.

Família: A maioria dos adolescentes não vive com o pai, todos referem ter um agregado familiar bastante alargado, constituído por diversos irmãos e em alguns casos pelas avós. De um modo geral os jovens referem ter havido alterações no agregado familiar nos últimos tempos. Os jovens apresentam uma fraca ou inexistente comunicação com o pai. Em relação à mãe, referem passar pouco tempo com ela por estar muito tempo ausente de casa a trabalhar. Ao mesmo tempo verbalizam uma preocupação da mãe com o seu bem-estar.

Comunidade: Quanto ao processo de inclusão social, de um modo geral, os jovens referem que têm saudades de África e que gostariam de voltar para visitar a terra e os familiares que lá ficaram. Todos os jovens referem, de um modo ou outro, problemas de adaptação, uns querem participar activamente numa boa integração nesta nova cultura, outros dizem querer deixar o país. Quanto ao processo de aculturação dos pais, os jovens referem que estes lutaram muito para conseguir a legalização, habitação e emprego. Referem uma constante luta contra a discriminação e a exclusão. Os jovens mostram-se insatisfeitos com o processo de realojamento (em 2000, 3 anos antes deste grupo de discussão) com a falta de condições das habitações, a falta de espaços verdes e de espaços para os jovens, a falta de um Centro de Saúde e de uma escola próximos. Referem que as pessoas do Bairro são discriminadas e estigmatizadas e que existem guerras/disputas com outros Bairros. Alguns dos jovens referem pertencer a grupos que promovem partilha e trocas culturais com outros Bairros, permitindo diminuir a estigmatização e a exclusão social e conhecer e dar a conhecer experiências e culturas.

Estudo Qualitativo II – Adolescentes em Zonas Carenciadas

O estudo quantitativo teve como objectivo conhecer a percepção dos jovens residentes em zonas carenciadas, pais e técnicos face aos comportamentos sexuais, crenças, atitudes e conhecimentos relativos ao VIH/SIDA, assim como barreiras e boas práticas na intervenção comunitária neste âmbito.

Participantes

Neste estudo qualitativo, consideraram-se quatro Zonas (*Oeiras, Amadora, Lisboa Marvila e Loures*) onde se desenvolve intervenção na área da promoção de

saúde e protecção de doença de adolescentes migrantes, na sua maioria africanos e com estatuto socio-económico baixo, e com as quais já se mantiveram contactos anteriores. Os participantes foram: (a) Jovens residentes em zonas carenciadas, na sua maioria oriundos dos PALOP, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 13-25 anos; (b) Técnicos de saúde e educação (profissionais que exercem a sua actividade em zonas carenciadas); (c) Pais de jovens residentes em zonas carenciadas, na sua maioria oriundos dos PALOP.

Foram realizados quatro grupos focais com jovens, com um total de 45 participantes, agrupados da seguinte forma: Grupo 1 – onze elementos (grupo masculino); Grupo 2 – seis elementos (grupo misto - 4 raparigas e 2 rapazes); Grupo 3 – catorze elementos (grupo misto – 8 raparigas e 6 rapazes); Grupo 4 – catorze elementos (grupo misto – 4 raparigas e 10 rapazes). Em relação aos três grupos focais realizados com técnicos de saúde e educação, verificou-se a seguinte caracterização: Grupo 1 – cinco elementos; Grupo 2 – seis elementos; Grupo 3 – catorze elementos, num total de 25 técnicos participantes. Foi realizado um grupo focal com pais constituído por 6 elementos (grupo misto – 1 mulher e 5 homens).

Nesta fase do estudo foram constituídos oito grupos (quatro de jovens, três de técnicos e um de pais), que foram entrevistados uma vez cada, através da aplicação da técnica de recolha de dados e grupos focais ou grupos de discussão centrados num tema.

Em relação à categoria *sexualidade*, subcategoria *comportamentos sexuais*, a maior parte dos jovens, em relação ao início da vida sexual refere que as raparigas começam a sua vida sexual por volta dos 15 anos, geralmente, com parceiros mais velhos. Os jovens apresentam algumas reflexões acerca do sentido da relação sexual.

“Eu conheço crianças, sim crianças de 14, 15 anos que não sabem realmente o que é sexo e praticam e querem sempre rapazes mais velhos, são muito atrevidas”.

Os técnicos consideram que os jovens africanos iniciam a sua vida sexual mais cedo do que os jovens portugueses e identificam diferenças culturais, nomeadamente a nível da aceitação da bigamia. Referem que observam cada vez mais casais mistos (portugueses e africanos). Quanto à educação sexual na escola, defendem que é uma questão fundamental, no entanto, segundo determinados parâmetros, tais como, a estruturação de um programa comum para a disciplina e

formação e sensibilização prévia de pais e professores. Salientam que esta formação deve ir ao encontro das necessidades, dúvidas, emoções e maturidade dos jovens e não através da apresentação de factos crus e descontextualizados.

“Na sociedade europeia o diálogo entre pais e filhos sobre a sexualidade tem de existir pois há mais tabus, na sociedade africana há menos tabus, é tudo tão natural”;

“O que é educação sexual para eles? Informação sobre as IST’s, questões técnicas mas também a ligação emocional... alguns têm a ideia que aquilo é um projecto comum com ideias comuns, algo a longo prazo com consequências mais ou menos profundas”.

Na categoria *sexualidade*, subcategoria *relação entre géneros*, um tema muito desenvolvido pelos jovens foi a diferença dos géneros face à sexualidade. Referem que é natural que um rapaz tenha mais do que uma parceira mas, que se uma rapariga tiver mais do que um parceiro, é avaliada de modo depreciativo, até pelas próprias mulheres. Referem que as raparigas são mais sensíveis e vulneráveis e que ficam mais afectadas com o fim de uma relação amorosa do que os rapazes. As raparigas expressam expectativas negativas face ao comportamento e emoções dos rapazes.

“Namorada é aquela que se gosta, a dama fixa”; *“É normal os homens terem duas mulheres”;* *“Há mulheres que aceitam porque gostam do homem”.*

Alguns técnicos identificam diferenças de género a nível da sexualidade, nomeadamente, na forma como as raparigas se relacionam com o seu corpo e, a nível social, referem que as raparigas não frequentam, tanto quanto os rapazes, cafés e associações, sendo que as raparigas que o fazem vão ter com os namorados ou são avaliadas de modo depreciativo.

As raparigas que vinham cá ou vinham ter com os namorados e iam logo embora ou eram raparigas com um comportamento de risco, eles já as viam como...

Na categoria *sexualidade*, subcategoria *gravidez na adolescência*, de um modo geral, os jovens referem que a gravidez na adolescência é uma moda e que as raparigas mais novas seguem o exemplo das outras. Descrevem a gravidez como um projecto individual e uma valorização pessoal e social. Salientam, ainda, que a gravidez pode ser uma forma de “prender” um homem.

As raparigas descrevem o que fariam se fossem grávidas e os rapazes como agiriam se engravidassem uma rapariga. De um modo geral os jovens referem que teriam os filhos, que iriam trabalhar e que os pais acabariam por aceitar a situação.

“Por exemplo: uma irmã de 16 anos engravidada e fica em casa com o bebé, a avó gosta muito da neta, etc. É natural que outras irmãs mais novas, 14 anos ou isso, sigam o exemplo e também engravidem”; “Eu já fui pai adolescente: tenho duas filhas. A minha primeira filha foi há 6 anos e depois conheci outra pessoa tive outra filha e agora estou com ela. Na primeira tive medo, medo, e a minha mãe não deixou tirar”.

Os técnicos referem que existem muitos casos de adolescentes grávidas. Consideram que estas raparigas são admiradas pelas outras, a gravidez surge como uma valorização pessoal e social e como o preenchimento de um vazio. Comentam algumas questões culturais, tais como a poligamia e o início da vida sexual.

“Tenho reparado este ano que há imensas jovens grávidas aqui no bairro. É difícil contrariar uma ideia que é aceite por todos, pelos pais e todos e até é bem vista pela comunidade”.

Na categoria *sexualidade*, subcategoria *uso de preservativo e Infecções Sexualmente transmissíveis VIH/SIDA*, quanto ao uso do preservativo os jovens defendem que deve ser utilizado numa relação “esporádica” mas não numa relação “séria”. Salientam que o uso do preservativo pode ser visto como uma quebra de confiança e tirar o prazer sexual. Os rapazes referem que é o homem que deve trazer e colocar o preservativo e avaliam de modo negativo uma rapariga que o faça. Em relação ao VIH/SIDA referem que é um assunto não abordado pelos pais e revelam fracos conhecimentos face à doença.

“Quando é uma rapariga que conhecemos há pouco tempo, usa-se preservativo, quando fica mais sério deixamos de usar”; “Eu nunca uso, não gosto. Também, só vou para a cama com uma rapariga quando já a conheço”; “Eu não gosto, mas uso quando tenho que usar”

Os técnicos identificam as IST's e particularmente o VIH/SIDA como um problema de grandes dimensões, parte devido às condições habitacionais e de higiene, assim como a crenças e comportamentos face à doença. Salientam que o VIH/SIDA é tabu e denominado “pela doença”.

“As IST's é uma coisa que nos preocupa muito aqui no bairro, pelas condições

de habitação temos aqui um foco infecto-contagioso, as condições habitacionais são péssimas, em três metros quadrados vivem cinco pessoas ou seis, por isso há muitas relações sexuais, com diversos pares, o que implica uma transmissão, essencialmente do VIH/SIDA, entre outras”; “É tabú, as pessoas que morrem de SIDA aqui no bairro, diz-se que morrem de tuberculose ou da ‘doença’; “O que é ‘a doença’?” “é a doença”, é aquela doença que não se sabe. “O meu médico diz que eu tenho isto, mas eu não tenho” e só dizem quando são confrontadas com a situação”.

Os pais apresentam uma grande preocupação com o VIH/SIDA, e têm receio das consequências do comportamento dos filhos, especialmente dos rapazes. Expressam dificuldade de falar sobre o tema da sexualidade com os filhos. Salientam que a luta face ao VIH/SIDA deve ser global.

“Eu tenho medo que o meu filho seja um vagabundo e se envolva com todas, eu digo-lhe “tu para ser uma pessoa de respeito não deves estar discutir na rua nem com os homens nem com as meninas”, “não te deves envolver em amizade, amor e emoções com todos porque não sabemos onde está uma boa amiga ou mau amigo, uma doença, um vício”; “Todos os pais tem consciência de que o VIH/SIDA é um grande problema e deve também passar por eles e por toda a sociedade essa luta”.

Em relação à categoria *sexualidade*, subcategoria *Fontes de Informação*, as fontes de informação sobre sexualidade mais referidas pelos jovens são os amigos, a televisão e os irmãos e irmãs mais velhos. A grande maioria salienta que não fala destes assuntos com os pais pois têm vergonha e porque pensa que os pais começam a desconfiar. Alguns jovens consideram que têm mais conhecimentos do que os pais. Muitos jovens defendem que deveria haver educação sexual nas escolas, outros defendem que a educação sexual deve ser dada em casa, pelos pais. Os rapazes consideram que são as raparigas que mais precisam de informação sobre sexualidade e métodos contraceptivos.

“Eu, a primeira vez que falei de sexualidade, foi na rua, com os amigos mais velhos; falavam que faziam, do que iam fazer e eu ouvia”; “A disciplina de “educação sexual” na escola é muito antiquada, acaba por ser uma bíblia, só ensina coisas que toda a gente sabe”; “A educação sexual deveria ser feita em casa, é um assunto muito íntimo para falar na escola”.

Em relação à sexualidade, os pais referem como barreiras a dificuldade de comunicação com os filhos. Por um lado porque a sexualidade é um tema tabú e por outro porque os filhos consideram que têm mais conhecimento que os pais, desvalorizando as suas informações. Os pais expressam preocupação face à forma como a informação é transmitida aos filhos, através da Internet, televisão e escola, salientando que é efectuada sem “filtração”. Consideram que deveriam ser os professores a dar educação sexual na escola e não os pais, defendendo que os professores têm uma posição neutra e estão mais à vontade.

“A sexualidade é um tabú, era uma coisa que não se fala, é uma coisa que se faz, que se sabe que se faz mas não deve ser falada, mas temos que romper com esse tabu”; *“Eu tenho filhas e quando falo com elas parece que há conflito de conceitos. Tento falar por palavras: “há uma questão quando tiveres um namorado a relação sexual que vocês tiverem já dá para passar o vírus, por isso têm de ter cuidado, não façam isso por enquanto, tem primeiro o projecto de estudo, casamento, estudo, a vida não se faz de uma vez, faz-se por fases”*. *Eu falando isso, estou um pouco atrasado em relação: ela diz “isso da virgindade não está na moda”*; *“Cada vez que eu tento explicar alguma coisa sobre a sexualidade elas acham sempre que sabem mais do que eu, que eu estou ultrapassada. Eu tento mas elas acham que eu não sei, que o diálogo com a mãe é menos interessante, eu acho que elas sabem mais que eu”*.

Na categoria *sexualidade*, subcategoria *boas práticas*, os jovens referem como boas práticas o apoio e formação dos centros e associações de jovens e sugerem a realização de debates.

“Eu acho que devia haver debates”; *“Pessoas de fora que deviam vir cá à escola falar”*; *“É preciso saber. Se uma pessoa não sabe quase nada, pode engravidar”*.

Os técnicos apresentam algumas boas práticas que têm vindo a ser desenvolvidas junto da população, nomeadamente, equipas móveis de apoio domiciliário, prevenção primária nas escolas através de programas específicos e adequados a cada população, a existência de um gabinete escolar de apoio, e essencialmente o trabalho em equipa.

“A sexualidade para ser vivida de forma plena tem de ser vivida de forma saudável e não de uma forma mecânica”.

“No Centro de Saúde temos uma equipa móvel, domiciliária, que anda na carrinha duas vezes por semana. A equipa anda pelo bairro. Depois pára e espera que as pessoas venham, fazemos aconselhamento e visitas domiciliárias mais ligadas à saúde infantil, recém nascidos e ainda planeamento familiar e temos uma consulta do adolescente”; “Temos prevenção primária a nível das escolas. Por vezes temos barreiras nas escolas de 1º e 2º ciclo pois dizem que é muito cedo, portanto temos de sensibilizar, trabalhar a relação e a comunicação, os pais, um conjunto de coisas importantes nessa fase”; “Temos acções de formação, temos gabinetes na escola onde trabalhamos exactamente essas coisas da sexualidade”.

Quando questionados sobre a recusa, por parte de alguns pais, da educação sexual nas escolas, os pais referem que, quando a educação sexual for uma disciplina integrada no programa escolar, os pais vão ter de aceitar. Salientam que é fundamental a existência de um programa comum para todos os professores. Salientam que a educação sexual, mais do que uma medida política deve ser considerada uma medida de saúde pública.

“Quando a educação sexual for uma disciplina como outra qualquer, a que o aluno não possa faltar, os pais vão ter que aceitar. Têm de ultrapassar esses tabus. É uma questão de habituação, vão ter de aceitar”; “A educação sexual na escola deve ser uma medida de saúde pública e não uma política. Qualquer pai que veja que a vida do seu filho pode depender disso não se vai opor de certeza, agora se for para o debate político, em que uns dizem uma coisa e outros outra será diferente. Acima de tudo é um problema de saúde”.

Conclusões e Recomendações

Os resultados do estudo sugerem que os comportamentos sexuais saudáveis, os conhecimentos sobre VIH/SIDA e as atitudes positivas face às pessoas infectadas podem ser promovidos com intervenções no contexto escolar, como referem estudos realizados por Kinderberg e Christensson (1994). As escolas têm sido apontadas como contextos privilegiados para abordar os adolescentes, para planear intervenções que proporcionem a participação dos alunos na construção da sua própria saúde e para a promoção de atitudes positivas face aos outros, em geral, e às pessoas infectadas com VIH, em particular. Neste contexto, será necessário fazer esforços no sentido de promover um sentimento de ligação forte dos adolescentes

ao meio escolar como forma de aumentar a percepção de um ambiente escolar positivo, uma percepção subjectiva de bem-estar, um sentimento de pertença, uma percepção de auto-eficácia e de valor e, conseqüentemente, permitir escolhas e opções por estilos de vida saudáveis de forma consistente e sustentada, sendo uma forte componente deste trabalho a colaboração com os pais (Matos et al., 2003).

O desenvolvimento de programas efectivos requer o conhecimento adequado dos comportamentos sexuais que caracterizam os adolescentes de zonas de elevada concentração de pobreza e grupos minoritários (McDermott, 1998). Considera-se necessário dedicar um maior esforço à compreensão destas comunidades e à forma como a própria “cultura de migração” influencia a prática de comportamentos sexuais de risco. As intervenções comunitárias necessitam de uma base de investigação centrada na “epidemiologia comportamental” e de estudos básicos sobre a dinâmica dos comportamentos sexuais (Gadon et al., 2001). Os resultados obtidos e a revisão da literatura sugerem, ainda, que para que existam mudanças efectivas é importante intervir ao nível do indivíduo mas também ao nível das famílias, pares, escola e comunidade permitindo alterações que produzam diminuição das situações de risco e promovam oportunidades para um desenvolvimento positivo (Matos, 2005; McDermott, 1998). Por outro lado, tendo em conta que os factores de risco não podem ser alterados ou removidos sem uma transformação social profunda, a estratégia opcional para a prevenção poderá ser o robustecimento dos factores de protecção que incluem as competências pessoais e sociais (relacionamento interpessoal, capacidade de concretização de tarefas e resolução de problemas, capacidade de planeamento e modificação de circunstâncias) e ainda o suporte ambiental (apoio de pais, pares, comunidade e professores), aspectos que podem ser mais facilmente alterados em intervenções comunitárias (Matos, 2005).

A participação activa das comunidades - alvo no desenvolvimento das intervenções é fundamental, pois só com um elevado grau de envolvimento das comunidades são possíveis intervenções que reflectam necessidades específicas, que sejam culturalmente adequadas e conseqüentemente, efectivas (Sormati, Pereira, El-Bassel, Witte, & Gilbert, 2001).

A identificação das situações-problema e a clarificação dos factores envolvidos aqui fica delineada, a partir do discurso das próprias pessoas envolvidas.

Sabemos que para a promoção da qualidade de vida de cada comunidade,

mais do que estar à espera que tudo aconteça “vindo de fora”, é preciso começar a definir e ampliar a participação, o bem-estar, as expectativas positivas projectadas no futuro de cada um, de competência e de crescimento pessoal e social.

Neste âmbito, julga-se que a presente investigação fornece informação relevante para aqueles que estão envolvidos na intervenção e promoção de saúde na área dos comportamentos sexuais e VIH/SIDA com adolescentes migrantes que residem em bairros de realojamento. Esse conhecimento deverá ser enquadrado nas estratégias de intervenção, visando abranger a multiculturalidade, a pobreza, a exclusão social, as competências sociais e pessoais, a ocupação de tempos livres, o *empowerment* dos adolescentes e da comunidade envolvida, a formação dos técnicos, o trabalho em parceria, as barreiras e as boas práticas.

Propõe-se a aplicação da técnica qualitativa, grupos de discussão centrados num tema, em cada bairro específico, para criar um quadro revelador e organizador da problemática e a utilização deste conhecimento no planeamento e intervenção.

O presente estudo sugere a desigualdade económica como o maior factor de desequilíbrio para a saúde, e não o estatuto de, “estrangeiro oriundo de África”, como inicialmente poderia parecer. Contudo, como não está no nosso âmbito uma alteração de substância a este nível, continuarão a ser realizadas intervenções centradas no jovem, na escola, na família e na comunidade, embora esta compreensão deva entrar em linha de conta no processo de estruturação de programas de intervenção.

A escola e o tempo de lazer parecem um bom ponto de partida para a promoção da saúde entre-culturas, assim como as alternativas para lidar com a vida, a procura de prazer e de bem-estar. A intervenção poderá ter como foco por um lado a interacção entre-culturas, por outro lado as alternativas, ou seja, a forma de ajudar os adolescentes na procura de modos alternativos de lidar com a ansiedade, com o stress, com a depressão, com o tédio, no relacionamento com o outro sexo, bem como com os desafios da vida em geral, sem recurso a comportamentos desajustados de externalização: consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas) e violência, ou a comportamentos de internalização (depressão, sintomas físicos, ansiedade).

São, entre outros argumentos, estes factos que dão origem à adopção de estratégias participativas e promotoras de competências, na promoção de estilos de vida saudáveis activos (Matos, 2005). A promoção de competências pessoais e sociais pode constituir uma estratégia para a construção de alternativas e de formas

de lidar com os desafios mais adequadas, sobretudo em situações onde os factores sociais, económicos e ambientais podem constituir factores ligados ao risco.

Propõem-se programas de promoção de competências pessoais e sociais que ajudem os jovens a manter-se informados, bem como a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, identificar e gerir emoções, e assim otimizar a escolha e manutenção de um estilo de vida saudável.

Promoção de Competências Sociais e Pessoais

Parece necessário que os promotores de saúde sejam precisos e salientar as vantagens e desvantagens dos diversos comportamentos de saúde e risco, respectivamente. Devendo, também, assistir os adolescentes na procura de alternativas realistas e mais adequadas para enfrentar os diversos desafios e estímulos nesta fase da sua vida, tais como: o *stress*, aborrecimento/tédio e depressão, e promover actividades que proporcionem prazer, relaxamento e ocupação. Considerando as desvantagens, os promotores de saúde devem focar o conteúdo das acções preventivas no presente (não no futuro) e no dia-a-dia (p.ex. actividade física), devendo realçar o prestígio social do não fumador. Devem-se ainda ter em conta as diferenças de género e a associação tabaco/álcool/drogas e o estilo de vida. O tempo de lazer parece ser um bom ponto de partida, assim como as alternativas para lidar com a vida, a procura de prazer e de bem-estar (Matos et al., 2003). A intervenção deve ter em foco as alternativas, ou seja, ajudar os adolescentes a encontrar formas de lidar com a ansiedade, com o *stress*, com a depressão, com o tédio, no relacionamento com o outro sexo, bem como com os desafios da vida em geral, sem ser com recurso ao consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas), à violência ou à doença física ou mental (Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003; WHO, 1999).

A educação para a saúde nas escolas portuguesas poderia sem dúvida desenvolver-se no sentido de ir ao encontro destas necessidades, nomeadamente incluindo “actores” como os pais e os pares; incluindo cenários tais como a comunidade e a optimização dos tempos de lazer saudável e ajudando a “elevar” os estilos de vida saudáveis a um “estatuto de prestígio”; e, por fim, incluindo temáticas tais como a promoção de competências de comunicação interpessoal, competências

de identificação e resolução de problemas, a promoção da assertividade e da resiliência nos jovens, em síntese tomando nas mãos o seu papel de otimizar a participação dos jovens na vida social, mantendo opções pró-sociais e saudáveis (Matos 2005).

A promoção de competências pessoais e sociais pode constituir uma estratégia para promover a construção de alternativas e de formas de lidar com os desafios mais adequadas, em situações onde os factores sociais, económicos e ambientais podem constituir factores ligados ao risco, sendo um meio que possibilite um aumento de participação e de bem-estar dos adolescentes (Hamburg, 1999; Matos, 1998). O desenvolvimento de programas de promoção de competências pessoais e sociais que capacitem os indivíduos a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, etc., optimizam a sua capacidade de escolher um estilo de vida saudável e de o manter. Um programa de intervenção com jovens desenvolvido pela Universidade de Cornell (in Hamburg, 1999), envolve treino de resistência a influências sociais de risco, treino de resolução de problemas, treino de assertividade, estratégias para lidar com a ansiedade e competências sociais essenciais. Este treino de competências sociais e pessoais é apresentado por diversos modelos: os professores, os pares mais velhos e outros profissionais externos à escola.

A educação para a saúde não se pode limitar a adoptar uma abordagem de cariz informativo das doenças. As acções educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde, não só para que sejam os próprios indivíduos a tomar decisões e a responsabilizar-se pela sua saúde, mas também para que eles se sintam competentes para adoptar estilos de vida saudáveis e, ainda, para que o seu envolvimento físico e social seja favorável a estes estilos de vida permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura (WHO, 1999).

Para a elaboração esclarecida, informada ou baseada na investigação de programas de intervenção na comunidade, que promovam os comportamentos de saúde e apoiem a implementação e manutenção de estilos de vida saudáveis a nível comunitário, tendo em conta as diferenças socioculturais nas comunidades, é necessário o conhecimento da situação real (Matos et al., 2003).

Quando falamos em intervenção comunitária estamos necessariamente perante um cenário multivariado, com uma multiplicidade de pontos de vista, sendo que o sistema-interventor dificilmente será eficaz se não possuir uma visão de conjunto sobre o sistema-alvo e sobre o ambiente em que se processa a intervenção, no sentido de um verdadeiro desenvolvimento comunitário, “*processo tendente a criar condições de progresso económico e social para a toda a comunidade, com a participação activa da sua população e a partir da sua iniciativa.*” (Carmo, 1999; 2000).

Outro ponto importante que se coloca é a informação no trabalho comunitário: é necessário ter uma metodologia rigorosa que permita seleccionar a informação relevante sobre as comunidades com as quais se trabalha no sentido de diagnosticar os seus recursos e necessidades, programas e linhas de actuação adequadas e evitar situações de sobre, sub e pseudo-informação que obscureçam a visibilidade do problema (Carmo, 1999). Deste modo as metodologias de intervenção comunitária devem ter um carácter multi-dimensional e interdisciplinar que requer uma visão integrada, com a participação e mobilização das capacidades dos cidadãos e com uma intervenção sistémica e em parceria.

No entanto, verificam-se diversas dificuldades e obstáculos à participação. Por parte da população através de uma atitude de acomodação e passividade, baixa auto-estima, baixos níveis de informação e capacidade crítica, desilusão e descrença, após expectativas não realizadas. Um outro obstáculo prende-se com a sociedade em geral, através da cultura dominante não participativa e numa resistência de perder o poder. Também por parte dos técnicos podem surgir dificuldades, assim como, o assistencialismo e proteccionismo, a criação de expectativas não realizadas, resistência do técnico a perder o seu poder, falta de apoio aos técnicos (informação, recursos, motivação) e um formalismo excessivo nas estratégias da mobilização de participação. Para que haja uma participação efectiva e eficaz é necessário reunir diversas condições, tais como, a existência de macro-políticas de abertura à participação, estratégias de *empowerment*, de comunicação, de informação e educação, de motivação, mediação e negociação, respeito pela diversidade das formas e ritmos de participação e persistência (Friedmann, 1996; Hoven & Nunes, 1996).

Referências

1. Baum, A., & Posluszny, D. (1999). *Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness*. Retirado em 20 de Janeiro de 2000 da World Wide Web: psych.annualreviews.org.
2. Berndt, T. (1999). Friendship and Friends' Influence in Adolescence. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behavior* (pp.170-177). USA: McGraw-Hill College.
3. Carlson, C.; Uppal, S. & Prosser, E. (2000). Ethnic differences en processes contributing to the self-esteem of early adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 20, 1, 44-67.
4. Carmo, H. (1999). *Desenvolvimento Comunitário*. Lisboa: Universidade Aberta.
5. Carmo, H. (2000). *A educação intercultural: uma estratégia para o desenvolvimento. Diversidade e Multiculturalidade*, Lisboa: ISPA.
6. Catalano, R., Berglund, M., Ryan, J., Lonczak, H., & Hawkins, D. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. Retirado em 14 de Novembro de 2002 da World Wide Web: journals.apa.org/prevention/vol5/pre0050015a.html
7. Centers for Disease Control and Prevention (2000). *CDC Fact Book 2000/2001. Department of Health and Human Services*. Retirado 10 de Dezembro de 2003 da Word Wide Web: www.cdc.gov/maso/factbook/.
8. Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people*. HEPICA series: World Health Organisation.
9. Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
10. DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (Eds.). (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.
11. DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Cobb, B. Harrinton, K. & Davies, S. (2001). Parent-adolescent communication and sexual risk behaviours among African Adolescents females. *Journal of Pediatrics*, 139(3), 407-412.
12. Dovidio, J.; Gaertner, S.; Niemann, Y. & Snider, K. (2001). Racial, ethnic, and cultural differences in responding to distinctiveness and discrimination on campus: stigma and common group identity. *Journal of social Issues*, 57, 1, 167-188.
13. DuBois, D., Braxton, C., Swenson, L., Tevendale, H. & Hardesty, J. (2002). Race and Gender influences on adjustment in early adolescence: investigation of an integrative Model. *Child Development*, 73, 5, 1573-1592.
14. Faria, L. (1999). Contextos sociais de desenvolvimento das atribuições causais: o papel do nível socio-económico e da raça. *Análise Psicológica*, 2, 17, 265-273.
15. Frاسquilho, M. (1996). *Comportamentos-problema em adolescentes: factores protectores e educação para a saúde: o caso da toxicoddependência*. Lisboa: Laborterapia.
16. Friedmann, J. (1996). Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo. Celta Editora, Oeiras.
17. Gonçalves, A. et al. (2003). Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21, 1, 55-64.
18. Gonçalves, L. & Neto, F. (2001). Representações da vida escolar em alunos portugueses e dos PALOP. *Psicologia Educação e Cultura*, V(1), 133-149.
19. Graham, S. & Juvonen, J. (2002). Ethnicity, peer harassment and adjustment in middle school: an exploratory study. *Journal of Early Adolescence*, 22, 2, 173-199.
20. Griffin, K.; Scheier, L.; Borvin, G; Diaz, T. & Miller, N. (1999). Interpersonal aggression in urban minority youth: mediators of perceived neighbourhood, peer, and parental influences. *Journal of Community Psychology*, 27, 3, 281-298.
21. Hamburg, A. (1999). Preparing for life: the critical transition of adolescence. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behaviour* (pp.4-10). USA: McGraw-Hill College.
22. Hartup, W. (1999). The company they keep: friendships and their developmental significance. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behavior* (pp.144-157). USA: McGraw-Hill College.

23. Hirsch, B.; Mickus, M. & Boerger, R. (2002). Ties to influential adults among black and white adolescents: culture, social class, and family networks. *American Journal of Community Psychology*, 30, 2, 289-303.
24. Honora, D. (2002). The relationship of gender and achievement to future outlook among African American adolescents. *Adolescence*, 37, 146, 301-316.
25. Hoven, R. & Nunes, H. (1996). *Desenvolvimento e Acção Local*. Ed. Fim de Século, Lisboa.
26. Hughes, D. & Chen, D. (1999). The Nature of Parents' Race-Related Communications to Children: a developmental perspective. In L. Balter & C. LeMonda. *Child Psychology: a handbook of contemporary issues*. Edwards Brothers.
27. Juhos, C. (2000). O papel da família portuguesa na integração de um estrangeiro: uma experiência pessoal. *Diversidade e Multiculturalidade*, Lisboa: ISPA.
28. Kahssay, H. M., Oakley, P., eds. (1999). *Community Involvement in Health Development: A Review of the Concept and Practice*. Public Health Action, no. 5. Geneva: World Health Organization.
29. Killen, M. & Stangor, C. (2001). Children's Social Reasoning about Inclusion and Exclusion in Gender and Race Peer Group Contexts. *Child Development*, 72, 1, 174-186.
30. Kinderberg, T. & Christensson, B. (1994). Changing Swedish students' attitudes in relation to the AIDS epidemic. *Health Education Research*, 9(2) 171-181.
31. Khmelkov, V. & Hallinan, M. (1999). Organisational effects on race relations in school. *Journal of social Issues*, 55, 4, 627-645.
32. Lambert, M., Hublet, A., Verduyck, P., Maes, L. & Broucke, V. (2002). *Report of the project 'Gender Differences in Smoking in Young People'*. The European Commission, Europe against Cancer. Belgium: FIHP.
33. Martins, E. & Silva, J. (2000). Cultura(s) e diversidade, in J.Ornelas, S. Maria ed. (2000), *Diversidade e Multiculturalidade*, Lisboa: ISPA.
34. Matos, M. (1998). *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: Edições FMH
35. Matos, M.; e equipa do Projecto Aventura Social (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Lisboa: FMH/PPES.
36. Matos, M., e equipa do Projecto Aventura Social (2000). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
37. Matos, M.; Gaspar, T. & Aventura Social (2003) Differences in lifestyles between Portuguese adolescents and adolescents that "come from elsewhere" do we have healthy alternatives promoting social inclusion? In *Ces adolescents qui viennent d'ailleurs*, Fondation de France, International Association of Adolescent Health, Institut Curie: Paris.
38. Matos, M.; Gaspar, T.; Vitória, P. & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o Tabaco: rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH, CPT e Ministério da Saúde.
39. Matos, M. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
40. Matos, M. ed (2005). *Comunicação e Gestão de Conflitos e saúde na Escola*. Lisboa: Edições FMH
41. Matos, M.; Gonçalves, A. & Gaspar, T. (2005). *Aventura Social, Etnicidade e Risco / Prevenção Primária do VIH em Adolescentes de Comunidades Migrantes*. IHMT/UNL – FMU/UTL – HBSC/OMS.
42. Matos, M. e equipa do Projecto Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses , agora e em oito anos*. acedido em www.aventurasocial.com em 5.7.2007
43. McDermott, R. (1998). Adolescent VIH prevention and intervention: a prospect theory analysis. *Psychology, Health and Medicine* 3(3) 291-295.
44. Monteiro, S. (2000). Direito à cultura. *Diversidade e Multiculturalidade*, in J.Ornelas, S. Maria ed. (2000), Lisboa: ISPA.
45. Neto, F. & Ruiz, F. (1998). Atitudes pré-xenófobas em adolescentes. *Psicologia Educação e Cultura*, II, 1, 189-207.
46. Neto, F. (2003). *Estudos de Psicologia Intercultural: Nós e Outros*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
47. Pais, J. (2000). *Traços e riscos de vida: uma abordagem qualitativa a modos de vida juvenis*.

Lisboa.

48. Patterson, C.; Kupersmidt, J. & Vaden, N. (1990). Income level, gender, ethnicity and household composition as predictors of children's school-based competence. *Child Development*, 61, 485-494.
49. Pereira, M. (1993). Com Quem Falam os Adolescentes sobre Sexualidade? Ilações como base nos resultados de um questionário. *Análise Psicológica*, 3, 415-424.
50. Roberts, R., Phinney, J., Masse, L., Chen, Y., Roberts, C. & Romero, A. (1999). The structure of ethnic identity of young adolescents from diverse ethnocultural groups. *Journal of Early Adolescence*, 19(3), 301-322.
51. Roosa, M. & Gonzales, N. (2000). Minority issues in prevention: introduction to the special issue. *American Journal of Community Psychology*, 28, 2, 145-223.
52. Sampson, R. & Laub, J. (1999). Urban poverty and the family context of delinquency. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behavior* (pp.118-135). USA: McGraw-Hill College.
53. Segal, B. (1997). Sociocultural perspectives on volatile solvent use. *Drugs and society – a Journal of Contemporary Issues*, 10, 70-99.
54. Settertobulte, W., Jensen, B. & Hurrelmann, K. (2001). *Drinking Among Young Europeans*. WHO: Regional Office for Europe, Copenhagen.
55. Sormati, H.; Pereira, L.; El-Bassel, N.; Witte, S. & Gilbert, L. (2001). The role of community consultants in designing on VIH preventive interventions. *AIDS Education and Prevention* 13(4) 311-328.
56. Steinberg, L., Dornbusch, S. & Brown, B. (1999). Ethnic differences in adolescent achievement: an ecological perspective. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behavior* (pp.208-220). USA: McGraw-Hill College.
57. STEP/BIT (2003). *A Luta Contra a Pobreza e a Exclusão Social: experiências do Programa Nacional de Luta Contra a Pobreza*. Genebra: Bureau Internacional do Trabalho.
58. Teixeira, J. (2000). Contextos sociais e culturais em psicologia da saúde in J.Ornelas, S. Maria ed., *Diversidade e Multiculturalidade*, Lisboa: ISPA.
59. Vala, J.; Lopes, D. & Brito, R. (2000). *Inferiorização racial e cultura das minorias em Portugal*. *Diversidade e Multiculturalidade*, Lisboa: ISPA.
60. Verkuyten, M. & Thijs, J. (2001). Peer victimization and self-esteem of ethnic minority group children. *Journal of Community & Applied Psychology*, II, 227-234.
61. Verkuyten, M. & Wolf, A. (2002). Ethnic minority identity and group context. *European Journal of Social Psychology*, 32, 781-800.
62. Villa, R. (1997). *Alcoholismo Juvenil: Prevenção e Tratamento*. Madrid: Pirâmide.
63. 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.
64. World Health Organisation (1999). *Community Involvement in Health Development: a review of the concept and practise*. H. Kahssay & P. Oakley (Eds.), Geneva.
65. World Health Organisation (1999). *WHO information series on school health. Document six. Preventing VIH/AIDS/STI and related discrimination: An important responsibility of health promoting schools* Geneva: WHO. Retirado em 10 de Dezembro de 2002 da World Wide Web: www.who.int/hpr/gshi/docs.
66. Wyman, S. (2000). *Como Responder à Diversidade Cultural dos alunos*. Cadernos do CRIAP: Investigação e Prática. Lisboa, ASA.

PARTE 3

Programas de Educação Sexual No Mundo

Sónia Pereira^{7*} & Margarida Gaspar de Matos^{**}

A sexualidade continua a ser, em muitos países, uma área que exige intervenções cuidadas e urgentes. Tendo em conta que cada zona do globo tem as suas próprias especificidades, culturas, hábitos e necessidades, podem encontrar-se programas extremamente diferentes entre si, mas muitas vezes com o mesmo fim. Existem actualmente diversos programas de educação sexual em todo o mundo, com metodologias distintas, adaptadas às necessidades do público-alvo.

Consideramos pertinente o conhecimento do trabalho que tem vindo a ser feito noutros locais e destacamos alguns casos de sucesso, que podem ser bons exemplos a seguir.

A informação está sistematizada e organizada por tópicos, de modo a dar ao leitor uma visão panorâmica do programa e facilitar a sua compreensão.

A cada programa corresponde a descrição resumida do estudo e um pequeno sumário, que inclui:

- 1) Objectivo principal,
- 2) Público-alvo,
- 3) Contexto/ “setting”,
- 4) Abordagem,
- 5) Actividades,
- 6) Área geográfica.

^{7*} Projecto Aventura Social e Saúde, Faculdade de Motricidade Humana/UTL

^{**} Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL

Toda a correspondência deve ser enviada para: aventurasocial@fmh.utl.pt

Promoção da Abstinência sexual no Uganda (Shuey, Babishangire, Omiat, & Bagarukayo, 1999)

Objectivos principais

Promoção de comportamentos sexuais saudáveis

- Prevenção da gravidez
- Prevenção de IST's
- Prevenção do VIH

Público-Alvo

- Crianças
- Adolescentes que não iniciaram vida sexual
- Adolescentes sexualmente activos

Setting

- Escola
- Clínica/Centro de Saúde
- Comunidade

Abordagem

- Abstinência
- Informação
- Preservativos
- Contraceptivos
- Trabalhar crenças e atitudes
- Comunicação no casal
- Auto-estima/auto-eficácia
- Resolução de Problemas

Actividades

- Sessões informativas
- Aconselhamento individual
- Formação de pares
- Utilização de recursos culturais
- Role playing
- Debates

Área Geográfica

- Europa
- América
- África

Local: Distrito de Soroti (Uganda).

Recursos Humanos: Um técnico de saúde. Colaboração das equipas já existentes.

Público-alvo: adolescentes 13-14 anos (média).

Objectivos: Encorajar os adolescentes a mudar as suas atitudes em relação à sexualidade e encorajar um comportamento sexual mais seguro, particularmente a promoção da abstinência.

Intervenção:

- Aumentar o acesso à informação (VIH, sexualidade e saúde) para promoção de um comportamento sexual mais saudável.
- Implementação de programas relacionados com a saúde sexual e reprodutiva na escola, aproveitando projectos e estruturas já existentes.
- Aconselhamento aos estudantes.

Resultados:

Confirma-se que o comportamento sexual dos adolescentes pode mudar mediante uma intervenção, verificando-se um aumento da abstinência no grupo experimental. No entanto, a abstinência não deve ser a única meta dos programas, pois é essencial que os jovens sexualmente activos sejam alvo de intervenções.

Sugestões para estudos futuros:

Implementação de programas que contribuam para a prevenção do VIH, gravidez indesejada e IST's, utilizando técnicas de modificação do comportamento, tais como a aprendizagem experimental, interacção de pares e supervisão.

Utilização do Hip-Hop na prevenção do VIH/SIDA (Stephens, Braithwaite, & Taylor, 1998)

Objectivos principais

- Promoção de comportamentos sexuais saudáveis
- Prevenção da gravidez
- Prevenção de IST's
- Prevenção do VIH

Público-Alvo

- Crianças
- Adolescentes que não iniciaram vida sexual
- Adolescentes sexualmente activos

Setting

- Escola
- Clínica/Centro de Saúde
- Comunidade

Abordagem

- Abstinência
- Informação
- Preservativos
- Contraceptivos
- Trabalhar crenças e atitudes
- Comunicação no casal
- Auto-estima/auto-eficácia
- Resolução de Problemas

Actividades

- Sessões informativas
- Aconselhamento individual
- Formação de pares
- Utilização de recursos culturais
- Role playing
- Debates

Área Geográfica

- Europa
- África
- América

Local: EUA.

Público-alvo: Adolescentes e jovens adultos americanos com ascendência africana.

Objectivos: Desenvolvimento de um protocolo de aconselhamento para a prevenção primária do VIH, com recurso à utilização da música Hip-Hop.

Intervenção:

- Utilização de recursos culturais relevantes para os jovens (música Hip-Hop) para promover comportamentos protectores.
- Desenvolvimento da cooperação entre pares e promoção de trocas de informação.

As áreas abordadas nas sessões são as seguintes: crenças e atitudes acerca do VIH/SIDA, comportamentos de risco, preservativo, espermicida, comunicação no casal, normas sociais, controlo de infecção (abordando os riscos da tatuagem e do piercing), influência dos pares, formas de redução de comportamentos sexuais de risco no futuro.

Resultados: Os autores referem que o estudo permitiu contribuir, de forma inovadora, para a prevenção do VIH entre adolescentes.

Sugestões para estudos futuros: Utilizar grupos pequenos, complementando a intervenção com atendimentos para aconselhamento individual aos alunos.

Distribuição de Preservativos e Actividade Sexual (Sellers, McGraw, & McKinlay, 1994)

Objectivos principais

- Promoção de comportamentos sexuais saudáveis
- Prevenção da gravidez
- Prevenção de IST's
- Prevenção do VIH

Público-Alvo

- Crianças
- Adolescentes que não iniciaram vida sexual
- Adolescentes sexualmente activos

Setting

- Escola
- Clínica/Centro de Saúde
- Comunidade

Abordagem

- Abstinência
- Informação
- Preservativos
- Contraceptivos
- Trabalhar crenças e atitudes
- Comunicação no casal
- Auto-estima/auto-eficácia
- Resolução de Problemas

Actividades

- Sessões informativas
- Aconselhamento individual
- Formação de pares
- Utilização de recursos culturais
- Role playing
- Debates

Área Geográfica

- Europa
- América
- África

Local: EUA.

Público-alvo: Adolescentes de origem sul-americana.

Objectivos: Aumentar conhecimentos sobre o VIH/SIDA e reduzir o risco de infecção, promovendo a utilização do preservativo em adolescentes sexualmente activos, mediante distribuição de preservativos.

Intervenção:

A intervenção teve a duração de 18 meses e consistiu em dinamizar workshops em escolas, centros da comunidade e entidades ligadas à saúde, realizados por pares devidamente treinados. Estas sessões incluíram debates com jovens, comunicações em eventos, disponibilização da informação porta-a-porta, distribuição de um kit com preservativos e folhetos com explicações sobre a sua utilização.

Resultados: Comparação entre um grupo experimental e um grupo de controlo. Os adolescentes que pertenciam ao grupo que recebeu a intervenção não aumentaram a sua actividade sexual nem tiveram mais parceiros sexuais. Tinham maior probabilidade de possuir preservativos e menor probabilidade de contrair o VIH. Aqueles que não eram sexualmente activos não tiveram maior probabilidade de iniciar a sua vida sexual. Daqueles que eram sexualmente activos o número de parceiros e a frequência das relações sexuais não diferiu entre os dois grupos. No grupo de controlo as raparigas tiveram mais parceiros sexuais do que as raparigas do grupo que recebeu a intervenção.

Prevenção do VIH/SIDA em Consultas de Rotina no Centro de Saúde (Boekeloo, et al, 1999)

Objectivos principais

- Promoção de comportamentos sexuais saudáveis
- Prevenção da gravidez
- Prevenção de IST's
- Prevenção do VIH

Público-Alvo

- Crianças
- Adolescentes que não iniciaram vida sexual
- Adolescentes sexualmente activos

Setting

- Escola
- Clínica/Centro de Saúde
- Comunidade

Abordagem

- Abstinência
- Informação
- Preservativos
- Contraceptivos
- Trabalhar crenças e atitudes
- Comunicação no casal
- Auto-estima/auto-eficácia
- Resolução de Problemas

Actividades

- Sessões informativas
- Aconselhamento individual
- Formação de pares
- Utilização de recursos culturais
- Role playing
- Debates

Área Geográfica

- Europa
- América
- África

Local: Washington, EUA.

Recursos Humanos: Técnico de saúde para fornecer formação aos médicos.

Público-alvo: Adolescentes (12-15 anos).

Objectivos: Reduzir riscos de contrair uma IST.

Intervenção: Intervenção educacional com base na teoria sócio-cognitiva, que enfatiza que há um desenvolvimento da confiança quando há desenvolvimento de determinadas capacidades. Os adolescentes que estavam na consulta de rotina com o pediatra do Centro de Saúde receberam informações sobre o risco dos comportamentos sexuais vaginais, orais, anais e formas de redução de riscos através da utilização do preservativo e da abstinência. Foram ensinadas estratégias de evitamento de situações de risco relacionadas com a sexualidade, promoção da auto-eficácia (como resistir à pressão dos pares) e suporte social (encorajamento do médico).

Resultados: Aumento dos conhecimentos sobre a transmissão do VIH, atitudes relacionadas com a utilização do preservativo (utilizar sempre o preservativo e recusar-se a ter relações sexuais se o parceiro não aceitar utilizar preservativo), ligação entre sexo anal/oral e risco de transmissão. No follow-up de 9 meses verificou-se menor número de casos que referiam ter contraído IST's.

Sugestões para estudos futuros: Procurar avaliar os efeitos de uma intervenção a longo prazo. Avaliar intervenções nouro tipo de contextos (colaboração de enfermeiros e outros técnicos de saúde). Devem ser realizados novos estudos que analisem quais são as mensagens mais correctas a passar aos adolescentes.

Educação sexual dinamizada por pares e por adultos (Mellanby, Newcombe, Rees, & Tripp, 2001)

Objectivos principais

- Promoção de comportamentos sexuais saudáveis
- Prevenção da gravidez
- Prevenção de IST's
- Prevenção do VIH

Público-Alvo

- Crianças
- Adolescentes que não iniciaram vida sexual
- Adolescentes sexualmente activos

Setting

- Escola
- Clínica/Centro de Saúde
- Comunidade

Abordagem

- Abstinência
- Informação
- preservativos
- Contraceptivos
- Trabalhar crenças e atitudes
- Comunicação no casal
- Auto-estima/auto-eficácia
- Resolução de Problemas

Actividades

- Sessões informativas
- Aconselhamento individual
- Formação de pares
- Utilização de recursos culturais
- Role playing
- Debates

Área Geográfica

- Europa
- América
- África

Local: Reino Unido.

Recursos Humanos: Um professor e um técnico de saúde.

Público-alvo: Adolescentes.

Objectivos: Verificar se existem diferenças entre programas dinamizados por pares e programas dinamizados por adultos.

Intervenção:

Implementação de um programa de educação sexual para escolas secundárias (PAUSE). O PAUSE tem como base teórica a Teoria das Aprendizagens Sociais de Bandura. O programa procurou alterar três factores: factores sociais (melhorar o conhecimento e as capacidades de comunicação), o ambiente social (alterando ideias sobre a frequência que os outros têm relações sexuais) e o comportamento (demonstrando comportamentos adequados e recorrendo ao role-playing). As sessões incluem apresentações, debates de grandes e pequenos grupos e role-playing.

Resultados: Os estudantes aumentaram os seus conhecimentos relativamente à saúde sexual. Foram encontradas diferenças entre as sessões dinamizadas por pares e as sessões dinamizadas por adultos. Os pares tiveram mais facilidade na mudança de atitudes e na promoção de uma sexualidade saudável.

Sugestões para estudos futuros: Perceber porque razão os pares são mais competentes que os adultos na promoção da mudança de atitudes. Seria interessante a realização de um estudo longitudinal para perceber quais os efeitos da intervenção a longo termo.

Programa de educação sexual realizado por pares (Caron, Godin, Otis, & Lambert, 2004)

Objectivos principais

- Promoção de comportamentos sexuais saudáveis
- Prevenção da gravidez
- Prevenção de IST's
- Prevenção do VIH

Público-Alvo

- Crianças
- Adolescentes que não iniciaram vida sexual
- Adolescentes sexualmente activos

Setting

- Escola
- Clínica/Centro de Saúde
- Comunidade

Abordagem

- Abstinência
- Informação
- Preservativos
- Contraceptivos
- Trabalhar crenças e atitudes
- Comunicação no casal
- Auto-estima/auto-eficácia
- Resolução de Problemas

Actividades

- Sessões informativas
- Aconselhamento individual
- Formação de pares
- Utilização de recursos culturais
- Role playing
- Debates

Área Geográfica

- Europa
- América
- África

Local: Quebec/Canadá.

Recursos Humanos: Professor, enfermeiro e estudante de Sexologia.

Público-alvo: 14 anos (formandos) e 16 anos (formadores).

Objectivos: Programa de educação sexual realizado por pares, com o objectivo de adiar a primeira relação sexual e utilização do preservativo nos alunos mais novos.

Intervenção:

Os alunos mais velhos receberam treino, para depois dinamizarem sessões de educação sexual destinadas a alunos mais novos.

Resultados: Os alunos do grupo experimental apresentaram mudanças nas suas atitudes, controlo comportamental percebido, crenças relativas à sexualidade, anteciparam comportamentos errados de que se poderiam arrepender. No que diz respeito à utilização do preservativo aprenderam a negociar. Os alunos que desempenharam o papel de formadores também apresentaram diferenças, comparados com o grupo de controlo. Após as sessões para os mais novos, os formadores mostraram maior interesse em utilizar o preservativo.

Os resultados sugerem que este tipo de programa é eficaz na modificação de variáveis psicológicas relacionadas com o adiamento da primeira relação sexual e com a utilização do preservativo.

Programa de educação sexual em Belize (Martiniuk, O'Connor, & King, 2003)

Objectivos principais

- Promoção de comportamentos sexuais saudáveis
- Prevenção da gravidez
- Prevenção de IST's
- Prevenção do VIH

Público-Alvo

- Crianças
- Adolescentes que não iniciaram vida sexual
- Adolescentes sexualmente activos

Setting

- Escola
- Clínica/Centro de Saúde
- Comunidade

Abordagem

- Abstinência
- Informação
- preservativos
- Contraceptivos
- Trabalhar crenças e atitudes
- Comunicação no casal
- Auto-estima/auto-eficácia
- Resolução de Problemas

Actividades

- Sessões informativas
- Aconselhamento individual
- Formação de pares
- Utilização de recursos culturais
- Role playing
- Debates

Área Geográfica

- Europa
- América
- África

Local: Belize (América Central).

Público-alvo: Adolescentes (13-19 anos).

Objectivos: Avaliar os resultados de um programa de educação sexual RSP (Responsible Sexuality Education Programme). Aumentar conhecimentos sobre sexualidade e mudar atitudes e comportamentos.

Intervenção:

O estudo avalia o sucesso do programa de educação sexual, seleccionando aleatoriamente 8 turmas para o grupo experimental e 11 turmas para o grupo de controlo.

O programa baseia-se na teoria da aprendizagem social de Bandura e tem como principais estratégias a utilização do role-playing, o treino da negociação e da comunicação, visando apoiar tomadas de decisão mais seguras e informadas.

Resultados: Os alunos do grupo experimental apresentaram mudanças nos seus níveis de conhecimento acerca da sexualidade. O mesmo não aconteceu nas mudanças de atitudes e comportamentos.

Sugestões para estudos futuros: Estudar os efeitos do RSP em mais países em vias de desenvolvimento.

Promoção da utilização do preservativo em Massachusetts (Blake et al, 2003)

Objectivos principais

- Promoção de comportamentos sexuais saudáveis
- Prevenção da gravidez
- Prevenção de IST's
- Prevenção do VIH

Público-Alvo

- Crianças
- Adolescentes que não iniciaram vida sexual
- Adolescentes sexualmente activos

Setting

- Escola
- Clínica/Centro de Saúde
- Comunidade

Abordagem

- Abstinência
- Informação
- Preservativos
- Contraceptivos
- Trabalhar crenças e atitudes
- Comunicação no casal
- Auto-estima/auto-eficácia
- Resolução de Problemas

Actividades

- Sessões informativas
- Aconselhamento individual
- Formação de pares
- Utilização de recursos culturais
- Role playing
- Debates

Área Geográfica

- Europa
- América
- África

Local: Massachusetts.

Público-alvo: Adolescentes.

Objectivos: Prevenir o VIH/SIDA promovendo a utilização dos preservativos.

Intervenção: As escolas secundárias disponibilizaram preservativos aos alunos e explicaram qual a forma mais correcta de os utilizar. Os pais e os alunos frequentaram sessões de sensibilização sobre o VIH/SIDA e a importância da utilização do preservativo. Foram comparadas as escolas que foram submetidas ao programa de distribuição de preservativos com as escolas que não sofreram qualquer intervenção.

Resultados: Os jovens que frequentavam as escolas que distribuíam preservativos tiveram uma actividade sexual menos intensa que os alunos que frequentavam escolas que não implementaram o programa. Os adolescentes sexualmente activos que frequentavam as escolas incluídas no programa tiveram duas vezes mais probabilidade de utilizar preservativo numa relação sexual e tiveram menos tendência para utilizar métodos contraceptivos alternativos ao preservativo. No que diz respeito à idade da primeira relação sexual e número de parceiros não foram encontradas diferenças entre os dois grupos.

Sugestões para estudos futuros:

Sugere-se a realização de uma investigação que procure perceber porque razão um programa de promoção da utilização do preservativo não diminuiu as taxas de gravidez indesejada.

Programa de educação sexual dinamizado por professores (Buston, Wight, Graham, & Scott, 2002)

Objectivos principais

- Promoção de comportamentos sexuais saudáveis
- Prevenção da gravidez
- Prevenção de IST's
- Prevenção do VIH

Público-Alvo

- Crianças
- Adolescentes que não iniciaram vida sexual
- Adolescentes sexualmente activos

Setting

- Escola
- Clínica/Centro de Saúde
- Comunidade

Abordagem

- Abstinência
- Informação
- preservativos
- Contraceptivos
- Trabalhar crenças e atitudes
- Comunicação no casal
- Auto-estima/auto-eficácia
- Resolução de Problemas

Actividades

- Sessões informativas
- Aconselhamento individual
- Formação de pares
- Utilização de recursos culturais
- Role playing
- Debates

Área Geográfica

- Europa
- América
- África

Local: Escócia.

Público-alvo: Adolescentes (13-15 anos).

Objectivos: Promover uma sexualidade saudável e reduzir comportamentos sexuais de risco.

Intervenção:

O Programa SHARE (Sexual Health and Relationships: Safe, Happy and Responsible) tem 20 sessões. É um programa de educação sexual realizado por professores. Procura melhorar a qualidade das relações sexuais entre os jovens, reduzir a incidência de IST's e a gravidez não desejada. O presente estudo pretende avaliar a opinião dos professores no que diz respeito aos factores que facilitaram e dificultaram a implementação do programa.

Resultados: Os resultados sugerem que o programa SHARE não foi totalmente implementado nas escolas que serviram de amostra ao estudo por diversas barreiras que foram surgindo, nomeadamente a necessidade de tempo extra (além das horas estipuladas para as aulas) e a dificuldade de alguns professores na dinamização das sessões que incluíam role-playing. O programa foi bem aceite pela generalidade dos adolescentes.

Sugestões para estudos futuros:

Sugere-se a implementação de programas que impliquem um treino mais exaustivo dos professores para aumentar os seus conhecimentos e auto-confiança para que sintam mais seguros na implementação de um programa de educação sexual.

Corpo, afecto e sexualidades: Capacitando professores para o trabalho com a educação sexual nas escolas (Filho, Santis, & Silva, 2002)

Objectivos principais

- Promoção de programas de educação sexual
- Prevenção da gravidez
- Prevenção de IST's
- Prevenção do VIH

Público-Alvo

- Crianças
- Adolescentes
- Professores

Setting

- Escola
- Clínica/Centro de Saúde
- Comunidade

Abordagem

- Abstinência
- Informação
- preservativos
- Contraceptivos
- Trabalhar crenças e atitudes
- Comunicação no casal
- Auto-estima/auto-eficácia
- Resolução de Problemas

Actividades

- Sessões informativas
- Aconselhamento individual
- Formação de pares
- Utilização de recursos culturais
- Role playing
- Debates

Área Geográfica

- Europa
- América
- África

Local: Brasil.

Público-alvo: Professores.

Objectivos: O Projecto Corpo, Afectos e Sexualidades procura intervir nos professores, dando-lhes as ferramentas necessárias para que estes se sintam mais à vontade durante a implementação de um programa de educação sexual nas escolas.

Intervenção: O projecto inclui workshops e promove a participação reflexiva de professores de diversas disciplinas de forma interdisciplinar e transversal. São realizadas reuniões quinzenais e são delineados programas de educação sexual adaptados à realidade de cada escola. No início do workshop são realizados exercícios de relaxamento, com música, seguidos de um brainstorming sobre diferentes conceitos (sexo, sexualidade e orientação sexual). Estas ideias dos professores funcionam como ponto de partida para a sessão. É passado um vídeo sobre sexualidade e IST's. Os professores são convidados a criar personagens fictícias em cartolinas e tentam depois fazer um plano de intervenção para cada uma das personagens.

Resultados: Concluiu-se que os professores podem perceber que não é preciso ser especialista em sexualidade para ser incluído num programa de educação sexual, devendo estar dispostos a rever preconceitos, atitudes e crenças.

Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde (Faustini, Novo, Cury, & Juliano, 2003)

Objectivos principais

- Promoção de programas de educação sexual
- Prevenção da gravidez
- Prevenção de IST's
- Prevenção do VIH

Público-Alvo

- Crianças
- Adolescentes que não iniciaram vida sexual
- Adolescentes sexualmente activos

Setting

- Escola
- Clínica/Centro de Saúde
- Comunidade

Abordagem

- Abstinência
- Informação
- Preservativos
- Contraceptivos
- Trabalhar crenças e atitudes
- Comunicação no casal
- Auto-estima/auto-eficácia
- Resolução de Problemas

Actividades

- Sessões informativas
- Aconselhamento individual
- Formação de pares
- Utilização de recursos culturais
- Role playing
- Debates

Área Geográfica

- Europa
- América
- África

Local: Brasil.

Recursos Humanos: médico, psicólogo, assistente social, nutricionista, enfermeiro, técnico de saúde pública.

Público-alvo: Adolescentes (13-19 anos).

Objectivos: Promover uma sexualidade saudável, oferecendo informações correctas aos adolescentes.

Intervenção: O trabalho foi realizado no Centro de Saúde Escola da Universidade de Santo Amaro. Foram escolhidos os adolescentes que procuraram atendimento na referida instituição. Foram estudados cinco grupos constituídos por 12 adolescentes. Cada encontro ocorreu uma vez por semana com duração de 90 minutos. Em cada encontro foi abordado um tema. As discussões versaram sobre: crescimento e desenvolvimento, anatomia e fisiologia dos corpos feminino e masculino, sexualidade, gravidez, anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e drogas.

Resultados: Os adolescentes adquiriram conhecimentos sobre os temas desenvolvidos. Tanto os adolescentes do sexo masculino como os do sexo feminino foram beneficiados com as orientações e não diferiram significativamente em relação aos conhecimentos adquiridos com o programa.

Referências

1. Blake, S., Ledsky, R., Goodenow, C., Sawyer, R., Lohrmann, D., & Windsor, R., (2003). Condom Availability Programs in Massachusetts High Schools: Relationships With Condom Use and Sexual Behavior. *American Journal of Public Health*, 93, 955–962.
2. Boekeloo, B., Schamus, L., Simmens, S., Cheng, L., O'Connor, K., & D'Angelo, L. (1999). A STD/VIH Prevention Trial Among Adolescents in Managed Care, *Pediatrics*, 103; 107-115.
3. Buston, K., Wight, D., Graham, H., & Scott, S. (2002). Implementation of a teacher-delivered sex education programme: obstacles and facilitating factors. *American Health Education Research*, 17,1, 59–72.
4. Caron, F., Godin, G., Otis, J. & Lambert, L. (2004). Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Education Research*, 19, 2, 185-197.
5. Faustini, D., Novo, N., Cury, M., & Juliano, Y. (2003). Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: Conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. *Ciência & Saúde Colectiva*, 8 (3), 783-790.
6. Filho, F., Santis, M., & Silva, R. (2002). Corpo, afecto e sexualidades: Capacitando professores para o trabalho com a educação sexual nas escolas. Consultado em 24 de Maio de 2007 através de http://www.unesp.br/index_portal.php
7. Martiniuk, A., O'Connor, K., & King, W. (2003). A cluster randomized trial of a sex education programme in Belize, Central America. *International Journal of Epidemiology*, 32, 131–136.
8. Mellanby, A., Newcombe, R., Rees, J., & Tripp, J. (2001). A comparative study of peer-led and adult-led school sex education. *Health Education Research*, 16, 4, 481-492.
9. Sellers, D., McGraw, S., & McKinlay, J. (1994). Does the Promotion and Distribution of Condoms Increase Teen Sexual Activity? Evidence from an VIH Prevention Program for Latino Youth. *American Journal of Public Health*, 84, 12, 1955-59.
10. Shuey, D., Babishangire, B., Omiat, S., & Bagarukayo, H. (1999). Increased sexual abstinence among in-school adolescents as a result of school health education in Soroti district, Uganda. *Health Education Research*, 14, 3, 411-419.
11. Stephensa, T., Braithwaitea, R., Taylorb, S. (1998). Model for using hip-hop music for small group VIH/AIDS prevention counseling with African American adolescents and young adults. *Patient Education and Counseling*. 35, 127–137.

Educação Sexual: Propostas para Escolas

Lúcia Ramiro^{8*}, Marta Reis*, & Margarida Gaspar de Matos^{***}

Constata-se uma evolução em termos de saúde sexual reprodutiva nos adolescentes portugueses. Apesar disso, nem todos afirmam ter um comportamento sexual preventivo. E uma vez que a diferença entre um comportamento sexual preventivo e um não preventivo pode ser a morte (FNUAP, 2005), a necessidade de apontar estratégias para a mudança é crucial.

O Ministério da Educação Português tem, actualmente, vindo a desenvolver uma série de medidas promotoras de Educação Sexual em meio escolar, tais como a rentabilização de um espaço curricular para a Educação Sexual (integrada numa área mais abrangente: a Educação para a Saúde), a obrigatoriedade de leccionação da mesma no 2º e 3º ciclos do Ensino Básico, e a identificação de um tipo de programa a desenvolver – holístico, sistemático, baseado na promoção de competências pessoais e sociais sem advogar quaisquer valores (religiosos ou outros) e, simultaneamente, centrado nos interesses e necessidades de um público alvo específico: os adolescentes (GTES, 2005, 2007a, 2007b). Acrescenta, ainda, a identificação de conteúdos mínimos e a obrigatoriedade de uma avaliação objectiva para garantir que a Educação Sexual é efectivamente leccionada.

Sabe-se que, a Educação sexual em meio escolar, para além de ser desenvolvida para adolescentes no geral; para ser eficaz, tem de ter em consideração a faixa etária, o género e as diferenças culturais pelo que nenhum programa de Educação Sexual é aplicável sem adaptações.

Os estudos referem, também, que os comportamentos sexuais de risco estão, habitualmente, relacionados com sentimentos negativos acerca da sexualidade, enquanto que a adopção de comportamentos preventivos se associa positivamente à aceitação da sexualidade. Assim, a promoção de uma atitude positiva face

^{8*} Projecto Aventura Social e Saúde, Faculdade de Motricidade Humana/UTL

Toda a correspondência deve ser enviada para: aventurasocial@fmh.utl.pt

** Psicóloga Clínica

*** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH)/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL

à sexualidade é uma das competências mais importantes a desenvolver pelos adolescentes.

Considerando todos os aspectos referidos anteriormente, só uma abordagem holística e democrática da sexualidade, mas simultaneamente direccionada aos défices previamente identificados no grupo dos adolescentes, pode contribuir para o desenvolvimento de indivíduos felizes e responsáveis e, conseqüentemente, promover comportamentos saudáveis.

Nesta perspectiva apresentam-se como competências (gerais) a desenvolver através da Educação Sexual em meio escolar:

- Promoção de atitude positiva face à sexualidade
- Promoção de saúde sexual e reprodutiva
- Comunicação com os outros
- Identificação de dificuldades em lidar com sentimentos e emoções
- Gestão do stress, da ansiedade, e das “crises”
- Construção do futuro

Tendo como ponto de partida os resultados do estudo HBSC (2002, 2006) e as orientações metodológicas do Ministério da Educação, propõe-se, a título ilustrativo, um exemplo de um programa de Educação Sexual dirigido a alunos de oitavo ano de escolaridade. O programa que se apresenta está organizado em oito grandes temas:

- I. Adolescência
- II. Sexualidade
- III. Afirmção de Si
- IV. Comunicação sobre sexualidade
- V. Afectos e Amor
- VI. Contracepção
- VII. Infecções Sexualmente Transmissíveis
- VIII. VIH / SIDA

Em cada tema são propostas: (a) competências, (b) objectivos (c) conceitos

chave, e (d) principais referências bibliográficas; além de (e) uma actividade, a título meramente exemplificativo, de pelo menos *uma* das competências consideradas relevantes, pelo que não se pretende, neste capítulo, explorar aprofundadamente nenhuma delas. São apresentadas actividades de diferentes graus de complexidade e com bastante detalhe para permitir que os professores, especialmente aqueles que não possuem formação complementar na área, possam facilmente implementá-las, fazendo as adaptações necessárias ao seu público-alvo.

I. ADOLESCÊNCIA

Competências

- **Promoção de atitude positiva face à sexualidade**
- **Comunicação com os outros**
- **Aceitação das mudanças fisiológicas e emocionais próprias da adolescência**
- **Gestão do stress, da ansiedade, e das “crises”**
- **Identificação de dificuldades em lidar com sentimentos e emoções**

Objectivos

- **Identificar e compreender as transformações físicas, psicológicas e comportamentais das várias fases da adolescência**

Conceitos Chave - Referências

- **O que é a adolescência? ^{6,9)}**
- **Fases da adolescência ^{6,9)}**
- **Principais alterações físicas, psicológicas e comportamentais ^{6,9)}**

Actividade: “Porque é que não posso sair à noite?”

Material: Ficha de trabalho

Tempo: 90 minutos

Objectivos específicos: Compreender e aceitar a condição de adolescente no que diz respeito à autoridade dos adultos

Notas:

- √ A actividade só deverá ser realizada após ter sido abordada a temática das transformações na adolescência.
- √ O professor relembra a sua adolescência, dando o primeiro exemplo de algo que queria ser ele a decidir e não lhe foi permitido.
- √ É importante que o episódio seja verdadeiro, e que o professor relate com honestidade a sua experiência.
- √ As diferentes letras no texto introdutório da ficha de trabalho pretendem representar as diferenças entre o adolescente (inseguro e inconstante) e o adulto (seguro e impositivo).

Procedimento:

1. Fazer a ligação com as aulas anteriores lembrando as dificuldades de relacionamento entre os adolescentes e os adultos.
2. Identificar o objectivo da presente sessão – compreender até que ponto a autoridade dos adultos é aceitável, justificável e/ou necessária.
3. Distribuir a ficha de trabalho.
4. Pedir a dois alunos que façam uma leitura expressiva do pequeno texto introdutório (após terem feito uma leitura silenciosa).
5. Ler o exercício A, dando o professor o primeiro exemplo.

6. Não ultrapassar cinco minutos na resolução individual do exercício A.
7. Discussão no grupo turma de cada situação apresentada, avaliando a necessidade do adulto ter exercido/exercer efectivamente a sua autoridade.
Nota: O professor deve simplesmente orientar a discussão, sem dirigir as conclusões.
8. Resolução do exercício B em grupo turma.
9. O professor dá 2 minutos à turma para individualmente reflectirem e registarem uma conclusão da sessão.
10. O professor pede aos alunos com os números de pauta 5, 10, 15 e 20 para lerem as respectivas conclusões.
11. Discussão no grupo turma e elaboração de uma conclusão colectiva (que deve estabelecer uma ligação clara com o objectivo da sessão).

Proposta de Resolução:

- √ A: Inicialmente o aluno lista todos os comportamentos que quer, depois vai riscando os que o grupo decide não serem da exclusiva decisão do adolescente
- √ B: Justifica-se o poder de decisão do adulto em situações de:
 - o segurança pessoal – porque uma das características da adolescência é uma baixa percepção de risco (que se traduz num sentimento de invulnerabilidade ao perigo), e uma vez que os adultos são responsáveis pelos adolescentes e têm mais experiência de vida, avaliam melhor o risco;
 - o cumprimento de regras de grupo (ex. regras de sala de aula).
- √ Conclusão: De facto os adultos têm mais experiência de vida e isso leva-os a decidir o que consideram ser melhor para os adolescentes. Mas nem sempre os adultos devem decidir pelos adolescentes, em particular quando não ocorrem as situações acima mencionadas, pois só através das vivências se adquire competências de vida (ex. capacidade de fazer escolhas, de avaliar decisões, de reformular opções...).

“Porque é que não posso sair à noite?”

Sou adolescente, adolescente, adolescente, ADOLESCENTE!

👉 “Agora vais ter que ser responsável. É altura de começar a tomar decisões, de decidir o futuro.” Séi lá eu... nem séi bem quem sou: umas vezes sinto-me o maior, outras... quero é desaparecer... Maldita adolescência!

A. Completa

Quero ser eu a decidir:

B. Porque são os adultos a decidir?

Conclusão:

II. SEXUALIDADE

Competências

- Promoção de saúde sexual e reprodutiva
- Gestão do stress, da ansiedade, e das “crises”
- Construção do futuro
- Protecção do seu corpo (promoção da higiene)
- Promoção de atitude positiva face à sexualidade
- Comunicação com os outros
- Identificação de dificuldades em lidar com sentimentos e emoções
- Compreensão da diverSIDADE e individualidade da sexualidade
- Respeito pelo direito à diferença

Objectivos

- Compreender a fisiologia geral da reprodução humana
- Compreender o ciclo menstrual e ovulatório
- Adquirir regras de higiene corporal
- Compreender os mecanismos da resposta sexual humana
- Distinguir sexualidade de sexo
- Aceitar a variedade de desejos e comportamentos sexuais

Conceitos Chave – Referências

- Sexualidade – Sexo ^{7, 14)}
- Fisiologia geral da reprodução humana ^{2, 18)}
- Ciclo menstrual e ovulatório ²⁾
- Orientação sexual ^{6, 13, 16)}
- Fantasias sexuais ²⁾
- Resposta sexual ^{2, 7)}

Actividade: “Sexualidade”

Duração: 2 sessões de 90 minutos

1ª Sessão

Objectivos específicos: Compreender as várias vertentes da sexualidade, aceitar a individualidade e a diferença, e exprimir sentimentos

Material:

- CD de sons da natureza
- Leitor de CD
- Dicionários habitualmente disponíveis nas escolas: Dicionário Ilustrado da Língua Portuguesa (Porto Editora), Dicionário Enciclopédico (Círculo de Leitores), Dicionário da Língua Portuguesa (Porto Editora)
- Definição de sexualidade de Organização Mundial de Saúde
- Cartões com imagens de elementos da natureza

Tempo: 90 minutos

Notas:

- √ O ideal será a 1ª sessão realizar-se numa sala ampla, onde os alunos se possam deitar no chão confortavelmente.
- √ É necessário uma sala sem luz natural, ou com possibilidade de controlo da mesma.
- √ É importante não referir o objectivo até ao ponto indicado no procedimento.
- √ Reforçar a confiança dos alunos no professor antes do ponto 3.
- √ Adequar a história contada pelo professor à música. Seja qual for a história, esta deve contemplar a presença dos amigos. Todos os elementos na natureza são apresentados como agradáveis. A partir de determinado ponto referir que os alunos são livres de imaginar o que quiserem, e que quando chegarem ao fim da história, devem abrir os olhos e, sem barulho, sentarem-se direitos para o professor identificar quando terminou o exercício para todos.
- √ Na criação da história é importante a inclusão de um “tomar banho num lago / rio ...” porque aquando da reflexão sobre o que a sexualidade abrange, pode-

se questionar os alunos como resolveram a questão do banho, se se despiram (parcialmente/completamente), se se separaram por sexos, etc. Esta situação pode ajudar os alunos a perceber que de facto, todos nascemos com um aparelho sexual que vai condicionar (em menor ou maior grau) quem somos, o que fazemos, como fazemos, etc.

- √ O facto de o professor não condicionar a conclusão da actividade, permitir-lhe-á avaliar até que ponto os objectivos destas duas sessões foram apreendidos, ao mesmo tempo que promove a capacidade de raciocínio, autonomia e crítica.

Procedimento:

1. O professor inicia a aula explicando que esta vai ser diferente: propõe que os alunos se sentem o mais confortavelmente possível, pois vão fazer uma viagem mental.
2. “Para isso vou apagar a luz, vou pedir-vos que inspirem e expirem devagar e que se concentrem na música que vou colocar sem imaginarem absolutamente nada; depois, então, vou conduzi-los numa viagem”.
3. O professor apaga a luz, relembra a técnica de inspiração/expiração e coloca o CD.
4. Ex. “Estão numa floresta, está um dia bonito, a temperatura está agradável e estão com os vossos amigos. Imaginem as conversas e os rostos alegres uns dos outros enquanto caminham pela floresta.”
5. O professor faz pausa na narração, permitindo aos alunos que através da música imaginem as instruções dadas.
6. “Chegam a um lago muito verde, muito agradável e decidem tomar banho...”
7. O professor faz pausa na narração, permitindo aos alunos que através da música imaginem as instruções dadas.
8. “Enquanto bóiam e conversam, notam que tudo à vossa volta está calmo. Mas o céu está a escurecer e começa a chover. No entanto, sentem-se bem, não há qualquer perigo.”
9. O professor faz pausa na narração, permitindo aos alunos que através da música imaginem as instruções dadas.
10. “Decidem sair da água. Começam a caminhar mas não acham o caminho para

casa. De repente, percebem que estão sozinhos, já se perderam dos amigos. Mas não sentem medo.”

11. O professor faz pausa na narração, permitindo aos alunos que através da música imaginem as instruções dadas.
12. “Continuam a caminhar e encontram uma cabaninha. Lá dentro há luz e sai fumo da chaminé, batem à porta. Agora imaginam o resto da história como quiserem.” “Quando chegarem ao fim da vossa história devem abrir os olhos e sem barulho sentarem-se direitos, para eu entender quando terminou o exercício para todos.”
13. O professor faz pausa na narração e espera que todos terminem o exercício.
14. Questionar os alunos quanto ao que sentiram durante a realização do exercício, se conseguiam visualizar a floresta, os amigos, o que conversaram, e o que aconteceu dentro da cabana, caso alguém queira partilhar esta última.
15. Deduzir com a ajuda dos alunos que todos temos uma história de vida que vai sendo construída, que sentimos de maneira diferente mesmo experiências semelhantes e que construímos finais diferentes para cada história/experiência e tudo isto nos torna únicos.
16. O professor apresenta finalmente o objectivo da aula – descobrir o que é sexualidade por oposição a sexo, compreender as suas diversas vertentes, e produzir uma definição, o mais completa possível em conjunto.
17. Os alunos produzem a sua própria definição de sexualidade e sexo.
18. De seguida a turma é dividida em grupos de quatro alunos. A estratégia para a divisão é escolhida pelo professor, por exemplo pedir aos alunos que retirem um cartão com uma imagem de um elemento da natureza de um saco, formando-se os grupos com base nos diferentes elementos (água, árvores, aves, flores ...).
19. A cada grupo são distribuídos dois dicionários para comparação da definição de sexualidade e sexo.
20. Apresentam e comentam as definições, verificando se estão em conformidade com a da turma. Possibilidade de reformulação ou completamento da mesma.
21. **TPC:** “A estratégia escolhida para esta aula foi uma música. Gostaram? Consideram-na mais ou menos especial? Todos nós temos uma música que é especial para nós. Na próxima aula cada um vai trazer a sua tendo o cuidado de manter o segredo.”

2ª Sessão

Material:

- Leitor de CD
- Cartolinas
- Marcadores
- Colas
- Tesouras
- Outro material que os alunos queiram utilizar (imagens, guaches, etc.)

Tempo: 90 minutos

Notas:

- √ Dependendo do grau de envolvimento dos alunos, pode ser necessário outra sessão.
- √ Enquanto os alunos preparam a apresentação da música especial, os que referem não ter uma são agrupados, responsabilizando-se pela apresentação gráfica da definição de sexualidade feita pelo grupo turma na sessão anterior, bem como ilustrá-la com imagens representativas.
- √ O ideal será que a sala esteja equipada com material informático e *Internet*, para processamento do texto da definição de sexualidade da turma e pesquisa de imagens que a ilustrem.
- √ Em algumas turmas, pode ser necessário o professor inverter a ordem dos pontos 3 e 4.
- √ Os alunos colocam a música para a restante turma ouvir antes, durante ou depois da apresentação oral.

Procedimento:

1. O professor faz a ligação com a aula passada, lembrando que todos nós temos uma história e que todos nós somos únicos. Fazer referência a que este conceito foi abordado no âmbito da sexualidade e que a turma produziu a sua definição de sexualidade. “Também a forma como ouvimos e sentimos a música depende

da nossa história e de quem somos, por isso o trabalho para casa ter sido trazer a vossa música especial.”

2. O professor sugere que individualmente cada aluno prepare uma apresentação em que identifique a música e o nome do grupo, as razões desta ser especial, como se sentem e o que pensam quando a ouvem / em que momentos específicos a ouvem.
3. Os alunos fazem a apresentação da sua música especial.
4. O professor faz a apresentação da sua música especial nos mesmos moldes que pediu aos alunos.
5. O professor pede aos alunos que individualmente retirem conclusões da sessão, considerando a generalidade dos depoimentos ouvidos, não oferecendo quaisquer linhas de orientação.
6. Pede aos alunos com o número 3, 6, 9, 13, 16, e 19 (por exemplo) que partilhem com o grupo turma as suas conclusões.
7. Discussão no grupo turma e elaboração de uma conclusão colectiva.
8. O professor faz o resumo da sessão, relembrando a importância da singularidade na vivência de cada um.

Adaptações:

- √ Esta actividade é de fácil articulação curricular com as disciplinas de Educação Visual e Tecnológica, Língua Portuguesa e Inglês (no caso da música estar nessa língua).
- √ Também é possível dirigir esta sessão para a diferença entre “o ser e o parecer”, ou seja, não devemos julgar os outros pela aparência.
- √ Também é possível alargar a actividade e pedir aos alunos que preparem e apresentem resumidamente as histórias de vida deles, as principais características e gostos, além da música. É possível, inclusive, sugerir-lhes que levem as fotos mais representativas e façam a sua apresentação em formato de *PowerPoint* ou cartolina. Neste caso o professor tem que verificar que o aluno não vai expor-se demasiado.

III. AFIRMAÇÃO DE SI

Competências

- Comunicação com os outros
- Identificação de dificuldades em lidar com sentimentos e emoções
- Gestão do stress, da ansiedade, e das “crises”
- Construção do futuro
- Importância do bem-estar pessoal na vivência da sexualidade
- Promoção de atitude positiva face à sexualidade
- Atitude de reflexão e de crítica face aos papéis estereotipados atribuídos socialmente a homens e a mulheres
- Identificar comportamentos de desigualdade entre os sexos

Objectivos

- Desenvolver atitudes de aceitação das diferentes partes do corpo e da imagem corporal
- Promover a igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres
- Identificação de estereótipos
- Identificação da influência do meio e da pressão dos pares

Conceitos Chave – Referências

- Auto-estima ^{11, 14)}
- Pressão exercida pelos pares ¹⁴⁾
- Competências pessoais e sociais nas relações interpessoais ¹¹⁾
- Auto-imagem ¹²⁾
- Duplo padrão ^{2, 6, 8, 14)}

Actividade: “UNS E OUTROS”

Objectivos específicos: Promover uma atitude não sexista; desenvolver uma postura crítica face à sociedade.

Material:

- Ficha de trabalho
- Internet
- Cartões com fotografias e nomes de personalidades

Tempo: 90 minutos

Notas:

- √ Caso a sala de aula não esteja equipada com *Internet*, poderá ser o professor a apresentar os dados relativos aos vários pontos da ficha de trabalho.
- √ Depois de apresentadas as conclusões, os alunos não mudam as respostas iniciais, porque estas reflectem as suas vivências/opiniões.

Procedimento:

1. O professor distribui as fichas de trabalho e lê a definição de género.
2. Identificar o objectivo da presente sessão – compreender as pressões da sociedade face ao indivíduo, para aprender a identificar e evitar atitudes sexistas.
3. Dividir a turma entre rapazes e raparigas.
4. O professor lê as perguntas relativas a cada quadro, pedindo que os alunos assinalem a opção que reflecte a opinião da maioria.
5. Apresentação dos resultados pelo porta-voz de cada grupo.
6. Constatação das diferenças entre os géneros – caso se verificarem.
7. O professor divide a turma em quatro grupos, dois de raparigas e dois de rapazes. A constituição dos grupos pode ser decidida através da escolha aleatória de cartões com fotografias e nomes de personalidades reconhecidas pelo sucesso obtido a nível profissional (ex. Ricardo de Araújo Pereira, Emma Watson, Bill Gates, Luciana Abreu ...). Os alunos consultam o site <http://www.cite.gov.pt> e *link* para Instituto Nacional de Estatísticas, para terem acesso aos dados

estatísticos relativos aos itens presentes nas categorias “actividades domésticas” e “carreira profissional”.

8. Apresentação dos resultados pelo porta-voz de cada grupo, e comparação com as respostas dadas na ficha de trabalho.
9. O professor fornece os dados relativos às diferenças entre género para o “relacionamento amoroso” e as “características pessoais”.
10. Discussão da informação apresentada no grupo turma.
11. O professor dá 2 minutos à turma para individualmente reflectirem e registarem uma conclusão da sessão.
12. O professor pede aos alunos com o número de pauta 2, 4, 8, 12 e 24 (por exemplo) para lerem as respectivas conclusões.
13. Discussão no grupo turma e elaboração de uma conclusão colectiva.
14. O professor faz o resumo da sessão, enfatizando a importância de uma atitude não sexista na sociedade.

Uns e Outros

O género é o conjunto de características e comportamentos que é atribuído ao sexo masculino e ao feminino pela sociedade.

Lê, analisa e assinala com uma cruz.

A quem se associa mais frequentemente estas actividades?

Actividades Domésticas	Homem	Mulher	Indiferente
Cozinhar			
Limpar casa			
Fazer arranjos (trocar lâmpadas...)			
Tratar das roupas			
Pagar as contas			
Cuidar dos filhos			

A quem se associa mais frequentemente estes cargos / funções?

Carreira Profissional	Homem	Mulher	Indiferente
Chefia de estado (presidente da república, primeiro ministro)			
Direcção de empresas...			
Gestão de empresas...			
Secretariar			
Atendimento ao público			
Limpeza			

De quem se espera / aceita mais frequentemente estas atitudes?

Relacionamento Amoroso	Homem	Mulher	Indiferente
Procurar iniciar o relacionamento amoroso			
Procurar iniciar a actividade sexual			
Rejeitar a actividade sexual			
Ter um relacionamento com uma terceira pessoa			

De quem se espera / aceita mais frequentemente estas características?

Características Pessoais	Homem	Mulher	Indiferente
Agressividade			
Dependência			
Afectividade			
Alegria			
Coragem			
Tolerância			
Auto controlo			
Força			

Proposta de Resolução:

√ **Actividades domésticas**²

Em 2000, dos homens empregados, quase 50% nunca cozinhava, mais de 70% nunca limpava a casa e mais de 80% nunca tratava das roupas. Tratar dos assuntos administrativos e fazer pequenos arranjos são o único tipo de tarefas domésticas que pouco mais de 50% dos homens assumia. Apesar de ambos cuidarem dos filhos, eram elas que cuidavam da comida, da higiene e da educação.

Os homens dispunham de quase 1 hora a mais, em cada dia, para o lazer em relação às mulheres.

√ **Carreira Profissional**

Em 2002, a diferença salarial entre homens e mulheres era superior a 20%, estando as mulheres em desvantagem. Em 2004, cerca de 67% dos directores de empresas, 36% dos empregados administrativos e 37% dos trabalhadores domésticos e similares eram homens. Em 2005, eram 181 os deputados contra 49 deputadas, 47 ministros contra 8 ministras e 289 presidentes de Câmara (homens) contra 19 presidentes (mulheres), o que significa que a percentagem de homens a ocupar estes cargos em Portugal era superior a 85%.

√ **Relacionamento Amoroso**³

A sociedade tem exigido um comportamento mais activo por parte do homem que por parte da mulher. Assim, é vulgar pensar-se que é ao rapaz que cabe a tentativa de iniciar um relacionamento amoroso bem como de procurar iniciar a actividade sexual, e também parece aceitar-se mais facilmente um relacionamento com uma terceira pessoa; da rapariga espera-se um comportamento mais passivo, evitando o relacionamento amoroso e a actividade sexual e não se admite qualquer relacionamento com um terceiro. Esta desigualdade de critérios tem vindo a ser criticada e a mudar lentamente, entendendo-se que deve haver um equilíbrio entre valores femininos e masculinos.

² Os dados estatísticos apresentados, quer no tópico “actividades domésticas”, quer no “carreira profissional” são relativos à última actualização estatística disponível no *site* <http://www.cite.gov.pt> (ver *link* para bases de dados do Instituto Nacional de Estatística)

³ *In Educação Sexual, Contextos de Sexualidade e Adolescência*, Asa

√ Características Pessoais

Associado à maneira como lidamos com o relacionamento amoroso, estão as características pessoais. Por influência da sociedade, os rapazes têm, **no geral**, maior auto controle, enquanto as raparigas são mais expressivas e, conseqüentemente, revelam mais afectividade e alegria.

Existem também factores físicos que determinam algumas das características dos rapazes e das raparigas, **no geral**. É possível comprovar diferenças no tamanho, força e resistência física médios. Os rapazes são mais fortes, mais agressivos e têm mais aptidões espaciais e matemáticas; as raparigas revelam maior aptidão verbal, e relacionam com mais facilidade conhecimentos de diferentes zonas do cérebro.

Estudos revelam que as pessoas identificam com o género feminino os adjectivos fraco, emotivo, compreensivo, suave, terno, influenciável, falador, inconstante e meigo; e com o masculino forte, agressivo, turbulento, cruel, rude, aventureiro, independente, ambicioso e dominador.

IV. COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE

Competências

- Promoção de atitude positiva face à sexualidade
- Identificação de dificuldades em lidar com sentimentos e emoções
- Promoção de aptidões comunicacionais como o expressar sentimentos (angústias, medos, desejos) e pensamentos
- Reconhecer a importância da comunicação na vivência da sexualidade
- Desenvolver aptidões de tomada de decisão face ao início da actividade sexual, negociação do sexo seguro, e comportamentos sexuais não desejados

Objectivos

- Desenvolver capacidades de expressar afectos, opiniões e decisões
- Compreender os sentimentos e desejos dos outros
- Distinguir entre comunicação verbal e não verbal
- Aceitar e recusar pedidos
- Adquirir técnicas de gestão de conflitos

Conceitos Chave – Referências

- Assertividade ^{11,12)}
- Comunicação verbal e não verbal ^{11,12)}
- Gestão de conflitos ¹⁰⁾

Actividade: “*Título da Série*”

Objectivos específicos: Reconhecer a importância da comunicação na vivência da sexualidade e promover aptidões comunicacionais

Material:

- Guião de visionamento de série
- Excertos da série
- TV / Vídeo
- Cartões com fotografias e nomes de personagens da série

Tempo: 90 minutos

Notas:

- √ **Pré-requisitos:** o professor solicita aos alunos que escolham um programa / telenovela / série de grande audiência por adolescentes. Decidem uma duração de visionamento de acordo com a frequência deste (por ex. todos os episódios de uma semana). O professor fornece o guião de acompanhamento do visionamento e explica o objectivo de cada tópico de análise. Professor e alunos fazem o visionamento individualmente, extra aula, de acordo com o horário do mesmo. Professor grava os programas / episódios... e procede à montagem das situações principais para posterior discussão na aula.
- √ Caso na série seleccionada existam manifestações de violência num relacionamento amoroso, deve aproveitar a oportunidade para pedir aos alunos para comentá-las, condenando-as claramente.
- √ Aquando dos grupos focais, o professor circula junto dos grupos para identificar os tópicos mais sensíveis para estes.
- √ Evitar que as personagens escolhidas para figurar nos cartões (que servirão de base à constituição aleatória dos grupos) sejam as mesmas em análise na actividade. Este procedimento é importante para facilitar a isenção.
- √ Não é sugerido o role playing uma vez que alguns autores (Wight & Abraham, 2000) consideram que os alunos podem sentir-se desconfortáveis por recearem revelar implicitamente a sua intimidade ou por não terem qualquer experiência

em relacionamentos amorosos ou sexuais, recusando-se a participar ou boicotando a actividade. Nestas situações, os autores aconselham actividades mais estruturadas como o visionamento e discussão de vídeos, frisando que, segundo Bandura (1992) também se desenvolve a auto-eficácia através da modelagem.

Procedimento:

1. O professor divide os alunos em grupos aleatoriamente (por cores previamente escritas em papéis, por exemplo) para compararem e discutirem as conclusões do visionamento – 15 minutos.
2. Discussão, no grupo turma, de cada tópico do guião, discutindo-se detalhadamente os tópicos mais importantes para os alunos.
3. Identificados os tópicos principais, o professor relembra as situações amorosas e revêem excertos para discussão.
4. O professor pede aos alunos que apresentem alternativas assertivas para as afirmações e os comportamentos assistidos.
5. O professor dá 2 minutos à turma para individualmente reflectirem e registarem uma conclusão da sessão.
6. O professor pede aos alunos com os números de pauta 1, 11, 20 e 21 (por exemplo) para lerem as respectivas conclusões.
7. Discussão no grupo turma e elaboração de uma conclusão colectiva.
8. O professor faz o resumo da sessão, lembrando o objectivo e a importância da mesma.

Proposta de Resolução:

- √ A resolução do exercício vai depender da série / programa / telenovela que alunos seleccionaram pelo que não é possível apresentá-la.
- √ O guião que se apresenta de seguida foi testado com vários programas / séries e telenovelas cujo público-alvo são os adolescentes, tendo-se verificado que é possível de se aplicar sem alterações significativas.

Guião de Visionamento

Durante o visionamento da série, os alunos devem registar anotações relativas a 1/ 2 situações amorosas:

Situação 1:

Nome das personagens envolvidas:

.....

Fase do envolvimento amoroso e breve descrição da situação:

.....

.....

.....

Situação 2:

Nome das personagens envolvidas:

.....

Fase do envolvimento amoroso e breve descrição da situação:

.....

.....

.....

Situação	Manifestações Verbais de afecto, ...	Manifestações Não verbais de afecto, ...	Conflitos Existentes	Razões que o(s) origina(m)	Influências Externas a favor / contra	
					De Quem	Como

V. AFECTOS E AMOR

Competências

- Promoção de atitude positiva face à sexualidade
- Comunicação com os outros
- Identificação de dificuldades em lidar com sentimentos e emoções
- Gestão do stress, da ansiedade, e das “crises”
- Construção do futuro
- Reconhecimento da importância dos sentimentos e da afectividade na vivência da sexualidade
- Valorizar e expressar sentimentos

Objectivos

- Compreender a importância dos sentimentos na vivência da sexualidade
- Promoção do respeito mútuo nos relacionamentos amorosos
- Expressar opiniões e sentimentos pessoais

Conceitos Chave – Referências

- Amor e Paixão ¹⁾
- Namoro ¹⁴⁾
- Primeira Relação Sexual ⁶⁾
- Papel dos afectos e emoções na sexualidade ^{6, 10)}

Actividade: “Amor é...”

Objectivos específicos: Compreender a importância dos sentimentos na vivência amorosa e reconhecer a intemporalidade do amor

Material:

- Informático (Word, Excel, PowerPoint)
- Fotocópias
- Expositores
- Papel cenário
- Cartões com nomes de pares românticos

Tempo: 10 / 12 sessões de 90 minutos

1ª Sessão

Procedimento:

1. Brainstorming acerca das palavras *afectos* e *amor*.
2. Discutir com os alunos a questão da intemporalidade, questionar se antigamente se gostaria da mesma maneira, se haverá diferentes maneiras e perspectivas de entender o amor, a importância do amor e do afecto para a relação sexual, se haverá uma idade aconselhável para se começar a ter um relacionamento amoroso, e para se começar a ter um relacionamento sexual.
3. Apresentar o objectivo das sessões – descobrir possíveis respostas para as questões apresentadas no ponto 2.
4. Apresentar estratégias – o professor propõe a realização de um inquérito em grupo (distribuindo aleatoriamente os alunos com base em nomes de pares românticos escritos previamente, por exemplo Romeu e Julieta ...) tendo por base o objectivo das sessões e os tópicos discutidos anteriormente. O tempo de realização da tarefa será 15 minutos.
5. Discussão no grupo turma das várias propostas e reformulação do inquérito final.

2ª Sessão

Procedimento:

1. Processamento do inquérito em Word.
2. Planificação do trabalho em grupo turma – amostra e calendarização das várias fases: recolha, introdução e tratamento de dados; e apresentação à comunidade (onde, quando, com quem e para quem).

3ª Sessão a Sessão ...

Proposta de Resolução:

- √ Apresenta-se em forma de quadro as especificações relativas às sessões a desenvolver:

Actividades	Especificações
Sessão 1	Brainstorming e elaboração de inquérito “Amor é...”
Sessão 2	Elaboração de pedido de autorização aos Conselho Pedagógico e Executivo da escola Amostra do inquérito: crianças, adolescentes do mesmo nível etário dos alunos, e pais e avós dos próprios alunos da turma; Apresentação à comunidade: convidar uma criança, um pai, um avô, um escritor, um jurista, um médico e um padre da localidade
Sessão 3	Recolha da amostra aos adolescentes do mesmo nível etário A recolha dos restantes destinatários é feita nos tempos livres dos alunos
Sessão 4	Análise de conteúdo do inquérito
Sessão 5	Introdução dos dados no Excel
Sessão 6	Tratamento dos dados
Sessão 7	Redacção de conclusões
Sessões 8/9	Recepção e preparação das intervenções dos convidados
Sessão 10	Elaboração de <i>spot</i> publicitário para rádios locais e cartazes de publicidade para afixar dentro e fora da escola. Construção de <i>PowerPoints</i> e de expositores de suporte à exposição a realizar.
Sessão 11	Construção de <i>PowerPoints</i> e de expositores de suporte à exposição a realizar.
Sessão 12	Exposição e debate sobre Afectos e Amor

Notas:

- √ Fazer uma sessão com os convidados para preparar as intervenções destes, certificando-se a turma que estão de acordo com o tema central, contribuindo com ideias e construindo algum suporte digital etc., que os convidados queiram utilizar.
- √ Sugere-se que o espaço para a apresentação dos resultados e debate sobre os afectos e o amor seja exterior à escola – a câmara municipal poderá constituir um parceiro eficaz neste ponto.
- √ Convidar e publicitar o evento à comunidade educativa, especialmente aos Encarregados de Educação e familiares dos alunos.

Adaptações:

- √ Não são apresentados os passos todos das várias sessões necessárias mas enfatizam-se possíveis articulações curriculares com as disciplinas de:

Disciplina	Competências / Conteúdos
Língua portuguesa	Correcção Linguística Técnica da entrevista Produção de texto (conclusões do inquérito) <i>Spot</i> publicitário
TIC	Word – processamento do inquérito Excel – tratamento do inquérito PowerPoint – apresentação das conclusões do inquérito
Matemática	Tratamento estatístico

Proposta de Inquérito

Sexo: M / F

Idade: _____ anos

1. O que é para si o amor?

2. Amor e paixão são diferentes? Quais são as diferenças?

3. Amor, afecto e paixão são importantes para a relação sexual? Porquê?

4. Há uma idade adequada para se começar um relacionamento amoroso?

5. Há uma idade adequada para se começar a ter relações sexuais?

VI. CONTRACEPÇÃO

Competências

- Promoção de atitude positiva face à sexualidade
- Promoção de saúde sexual e reprodutiva
- Construção do futuro
- Compreender a contracepção como responsabilidade masculina e feminina
- Adotar comportamentos informados e responsáveis face à contracepção

Objectivos

- Compreender a prevalência, uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos
- Conhecer sumariamente os mecanismos de acção e tolerância (efeitos secundários)
- Conhecer as taxas e tendências da maternidade na adolescência e compreender o respectivo significado
- Conhecer as taxas e tendências da interrupção involuntária da gravidez, suas sequelas e respectivos significados

Conceitos Chave – Referências

- Métodos contraceptivos ^{2, 15, 18)}
- Gravidez na adolescência ¹⁵⁾
- Interrupção involuntária da gravidez ¹⁰⁾

Actividade: “Jogo da VIDA”

Objectivos específicos: Adquirir conhecimentos e competências acerca da contraceção, e do comportamento sexual seguro

Material:

- Internet
- Ficha de trabalho
- Cartolinas, tesouras, colas...
- Dados
- Ampulheta/Cronómetro
- Prémio
- Cartões com imagens dos métodos contraceptivos

Duração: 4 sessões de 90 minutos

1ª Sessão

Procedimento:

1. O professor escreve no quadro “métodos contraceptivos” e faz um *brainstorming* com a finalidade dos alunos compreenderem o que efectivamente querem dizer os vocábulos “métodos” e “contraceptivos”, e quais os métodos que os alunos conhecem.
2. O professor apresenta o objectivo da aula – adquirir conhecimentos e competências acerca de contraceção e de comportamento sexual seguro.
3. O professor distribui uma ficha de trabalho em formato de grelha para preenchimento com base em sites específicos da Internet.
4. Distribui os alunos por grupos (aleatoriamente com o auxílio de um saco com imagens de métodos contraceptivos), distribui a ficha de trabalho e explica o exercício.
5. Os alunos pesquisam na *Internet* e preenchem a ficha de trabalho.

2ª Sessão

Procedimento:

1. Correção da ficha de trabalho no grupo turma.
2. O professor selecciona os métodos contraceptivos que são seguros e que têm como destinatários indivíduos sem filhos, explicando que só estes serão trabalhados porque durante os próximos anos será essa a informação que necessitarão.

Nota: A pílula, o anel e o adesivo são os mais comumente aconselhados a casais sem filhos. Uma vez que se defende o método duplo (preservativo +...), o preservativo não é, neste ponto, enfatizado. Sê-lo-á a propósito das IST's e do VIH / SIDA.

3. O professor distribui alunos aleatoriamente por três grandes grupos (servindo-se de cartões com imagens da pílula, do anel e do adesivo) com a tarefa de escreverem afirmações verdadeiras e falsas acerca de cada um dos três métodos contraceptivos e comportamentos sexuais que lhes retiram a eficácia.

3ª Sessão

Procedimento:

1. Depois de verificar a correção das afirmações, o professor selecciona dois elementos de cada grupo (novamente através das diferentes imagens dos métodos contraceptivos, por exemplo) para formarem um novo grupo com o objectivo de construir dois tabuleiros de jogo e regras.
2. Enquanto este grupo constrói os jogos, os restantes grupos passam as frases no computador e constroem os cartões para o jogo.

4ª Sessão

Procedimento:

1. Duas a duas, as equipas dividem-se à volta do Jogo da Vida e jogam-no.
2. As duas equipas vencedoras jogam novamente para achar um vencedor.
3. Atribuição de um prémio à equipa vencedora
4. É feita a avaliação da actividade em grupo turma, registando-se a percepção do grau de aprendizagem da turma acerca dos métodos contraceptivos.

Notas:

- √ O professor deve seleccionar os *sites* antecipadamente e verificar que a informação veiculada está cientificamente correcta e actualizada.
- √ O prémio deve ser algo que os alunos, de facto, apreciem, podendo o professor auscultar a turma quanto ao mesmo.

Adaptações:

- √ O Jogo da VIDA pode ser repetido noutras alturas do ano e podem ser-lhe acrescentadas afirmações de verdadeiro / falso, perguntas de escolha múltipla ou simples sobre outros temas importantes como as IST's e o VIH / SIDA. Seja qual for o tema, é importante a insistência nas questões centrais acerca dos comportamentos sexuais seguros, especialmente no que se refere aos principais mitos.

Proposta de Resolução:

- √ Para ter acesso à resolução basta consultar a bibliografia indicada.

Métodos Contraceptivos

Objectivo: Adquirir conhecimentos acerca da contraceção

Consulta os sites que se seguem e preenche o quadro.

• ...

Métodos Contraceptivos	Modo de Utilização	Vantagens	Desvantagens	Grau de Eficácia
Temperatura				
Muco				
Calendário				
Coito interrompido				
Anel vaginal				
Adesivo Contraceptivo				
Implante				
Pílula Contraceptiva				
Injectável				
DIU				
Preservativo				
Espermicida				
Laqueação de trompas				
Vasectomia				

VII. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Competências

- Promoção de atitude positiva face à sexualidade
- Promoção de saúde sexual e reprodutiva
- Comunicação com os outros
- Construção do futuro
- Adoptar comportamentos sexuais informados que promovam a prevenção das IST's
- Identificar comportamentos de risco

Objectivos

- Compreender a epidemiologia e prevalência das principais IST's em Portugal e no mundo, bem como os métodos de prevenção
- Conhecer as variedades e especificidades dos preservativos
- Adquirir aptidões comportamentais específicas em relação ao preservativo: onde ter acesso, como guardar, quando e como colocar, como retirar ...
- Saber procurar e tratar a informação

Conceitos Chave – Referências

- IST 's– Sintomas, modos de transmissão, tratamento e prevenção ^{2, 13, 14, 18)}
- Uso do preservativo ^{13, 15)}

Actividade: “Verdade ou Mentira”

Objectivo específico: Testar conhecimentos acerca dos comportamentos sexuais seguros.

Material:

- Ficha de trabalho
- Retroprojector

Tempo: 90 minutos

Notas:

- √ A actividade apresentada poderá ser utilizada inicialmente como avaliação de diagnóstico e, após a leccionação dos conteúdos como avaliação final.

Procedimento:

1. O professor relembra que nas sessões anteriores foram estudadas as IST's.
2. O professor identifica o objectivo da presente sessão – avaliação dos conhecimentos e comportamentos sexuais seguros, no que diz respeito às IST's.
3. São distribuídas as fichas de avaliação individualmente – dez minutos para realização.
4. O professor recolhe as fichas e distribui-as aleatoriamente pelos alunos.
5. Correção da ficha, acompanhada da justificação da veracidade ou falsidade das afirmações, com recurso a acetatos.
6. Cada aluno corrige a ficha do colega.
7. O professor recolhe todas as fichas para verificar a correção das mesmas.
8. Avaliação conjunta do nível de aprendizagem dos alunos.

Adaptações:

- √ A actividade apresentada é a título exemplificativo, podendo ser acrescentadas ou retiradas afirmações ou IST's, de acordo com o ano de escolaridade do grupo.
- √ Decidiu-se não incluir o VIH/SIDA por se lhe dedicar uma actividade à parte, dada a incidência desta nos jovens.

Verdade ou Mentira

Nome: Número: Data:.....
 1ª Avaliação (aluno):..... Rubrica:.....
 2ª Avaliação (Prof.): Rubrica:
 Enc. Educação (rubrica):.....

Lê cada afirmação, e assinala no quadrado respectivo com um **V** (Verdade) ou **M** (Mentira).

V/ M

1. A sífilis contrai-se através das relações sexuais.	
2. A sífilis tem um aspecto de uma úlcera avermelhada nos genitais.	
3. A sífilis desaparece sem que seja necessário tratamento.	
4. O HPV (condiloma) causa lesões verrugosas, inicialmente microscópicas.	
5. O HPV é transmitido através de relações sexuais (genitais, orais e anais) e não tem cura.	
6. É possível que o HPV se transmita através de toalhas, lençóis e roupa interior.	
7. O HPV é das IST's mais frequentes, cerca de 25% da população sexualmente activa acaba por contagiar-se.	
8. A gonorreia contrai-se através das relações sexuais (genitais, orais e anais).	
9. A gonorreia pode causar esterilidade nas mulheres.	
10. É muitas vezes difícil de detectar gonorreia nas mulheres.	
11. A gonorreia pode causar esterilidade nos homens.	
12. A gonorreia cura-se com medicação adequada.	
13. Pode-se apanhar gonorreia numa sanita.	
14. Actualmente não existe cura para a gonorreia.	
15. O VHS (herpes) produz infecções recorrentes (que se repetem com mais ou menos frequência) e tem cura.	
16. O stress pode desencadear um episódio de VHS (herpes).	
17. O VHS (herpes) é transmitido através de relações sexuais (genitais, orais e anais) e do beijo.	
18. O VHB (hepatite B) é mais infeccioso que o VIH.	
19. Existe vacina para o VHB.	
20. Não há cura para o VHB quando a doença está instalada.	
21. Os modos de contágio do VHB são o contacto sanguíneo e o contacto sexual.	
22. Acredita-se que é possível o contágio do VHB pelo suor, saliva, talheres, etc. desde que tenha estado em contacto com sangue infectado.	
23. Algumas IST's (Infecções Sexualmente transmissíveis) podem ser prevenidas tomando a pílula.	
24. Todas as IST's podem ser prevenidas utilizando o preservativo.	
25. A probabilidade de contrair uma IST é igual no sexo genital, oral e anal.	

Cotação: 25x4=100%

Proposta de Resolução

1. A sífilis contrai-se através das relações sexuais. - Mas também de mãe para filho e por transfusão de sangue contaminado.	V
2. A sífilis tem um aspecto de uma úlcera avermelhada nos genitais. - Também pode ocorrer na boca ou ânus	V
3. A sífilis desaparece sem que seja necessário tratamento. - Tem fases, isto é, aparentemente acaba por desaparecer mas o indivíduo continua a ter sífilis. Se não for tratado pode ser fatal.	M
4. O HPV causa lesões verrugosas, inicialmente microscópicas.	V
5. O HPV é transmitido através de relações sexuais e não tem cura.	V
6. É possível que o HPV se transmita através de toalhas, lençóis e roupa interior. - Não está provado, mas alguns estudos sugerem-no.	V
7. O HPV é das ISTs mais frequentes, cerca de 25% da população sexualmente activa acaba por contagiar-se.	V
8. A gonorreia contrai-se através das relações sexuais (genitais, orais e anais).	V
9. A gonorreia pode causar esterilidade nas mulheres.	V
10. É muitas vezes difícil de detectar gonorreia nas mulheres.	V
11. A gonorreia pode causar esterilidade nos homens.	V
12. A gonorreia cura-se com medicação adequada.	V
13. Pode-se apanhar gonorreia numa sanita.	M
14. Actualmente não existe cura para a gonorreia.	M
15. O VHS produz infecções recorrentes e tem cura. - Não tem cura	M
16. O stress pode desencadear um episódio de VHS (herpes).	V
17. O VHS é transmitido através de relações sexuais e do beijo.	V
18. O VHB (hepatite B) é mais infeccioso que o VIH. - Cerca de 50/100 vezes	V
19. Existe vacina para o VHB.	V
20. Não há cura para o VHB quando a doença está instalada.	V
21. Os modos de contágio do VHB são o contacto sanguíneo e o contacto sexual. - Algumas fontes indicam que o contágio é possível através da saliva e do suor, outras fontes (OMS) rejeitam esta informação.	V/M
22. Acredita-se que é possível o contágio do VHB pelo suor, saliva, talheres, etc. desde que tenha estado em contacto com sangue infectado. - Depende da fonte, ver resposta 21	V/M
23. Algumas IST's podem ser prevenidas tomando a pílula.	M
24. Todas as IST's podem ser prevenidas utilizando o preservativo. - Algumas ISTs como o herpes e o HPV podem ser transmitidas mesmo com o uso do preservativo, porque a infecção pode estar localizada numa área não abrangida pelo mesmo.	M
25. A probabilidade de contrair uma IST é igual no sexo genital, oral e anal. A probabilidade decresce pela seguinte ordem: anal, genital e oral.	M

VIII. VIH/SIDA

Competências

- Promoção de atitude positiva face à sexualidade
- Promoção de saúde sexual e reprodutiva
- Comunicação com os outros
- Construção do futuro
- Promoção do desempenho de comportamentos sexuais preventivos relacionados com a transmissão do VIH/SIDA
- Identificar e antecipar situações de risco
- Compreender as vias de transmissão do VIH/SIDA, e identificar formas de se proteger contra a sua transmissão
- Reconhecer a importância do uso do preservativo

Objectivos

- Compreender a epidemiologia e prevalência do VIH/SIDA em Portugal e no mundo, bem como os métodos de prevenção
- Compreender os comportamentos que não constituem risco de transmissão do VIH/SIDA
- Aumentar os conhecimentos acerca do VIH/SIDA, eliminando a informação errónea neste domínio (mitos e crenças)

Conceitos Chave – Referências

- VIH/SIDA – Sintomas, modos de transmissão, tratamento e prevenção^{2, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19)}

Actividade: “*Vida ou SIDA*”

Objectivo específico: Compreender a importância dos comportamentos sexuais

Material:

- Ficha de trabalho
- Música e leitor de CDs
- Campanhas contra a SIDA, TV e Vídeo

Tempo: 1 sessão de 90 minutos

Notas:

- √ Seleccionar uma música portuguesa relacionada com o VIH / SIDA, preferencialmente muito conhecida pelos alunos. Existem várias dentro do género do *hip hop*.
- √ Seleccionar campanhas publicitárias destinadas a adolescentes, preferencialmente de um canal musical, para a relação entre a primeira e a segunda estratégia ser mais óbvia.

Procedimento:

1. O professor apresenta o objectivo da aula – introdução do tema VIH / SIDA.
2. O professor distribui a ficha de trabalho e lê os exercícios.
3. Audição de uma música o número de vezes suficiente para a realização de todos os exercícios.
4. Correção dos exercícios em grupo turma.
5. O professor explica que as campanhas de sucesso na luta contra o VIH / SIDA têm utilizado, além de músicas, publicidade e relatos de pessoas famosas, pelo que irão ver e analisar algumas das mais conhecidas.
6. Os alunos fazem o visionamento da montagem sem mais indicações.
7. O professor convida os alunos a fazerem comentários livres sobre o que visionaram, perguntando-lhes acerca do que acharam mais importante / eficaz e se as mensagens veiculadas são semelhantes ou diferentes das da música.

8. O professor dá 2 minutos à turma para individualmente reflectirem e registarem uma conclusão da sessão.
9. O professor pede aos alunos com os números de pauta 4, 8, 12, 14 e 18 (por exemplo) que partilhem com o grupo turma as suas conclusões.
10. Discussão no grupo turma e elaboração de uma conclusão colectiva.

Adaptações:

- √ No caso de os alunos serem do Ensino Secundário, a música pode ser cantada em inglês e, neste caso, pode fazer-se uma articulação com a disciplina de inglês.
- √ Depois do ponto 10 o professor pode propor aos alunos que criem uma letra de uma música que transmita a mensagem principal sobre a temática.
- √ Além de criarem uma letra, os alunos podem preparar uma parte musical e coreográfica que acompanhe a letra. Sugere-se que os alunos construam os seus próprios instrumentos musicais (por ex., capas de plástico duro dos *CD Roms*, *mouses* do computador, garrafas de água...) e que ensaiem batidas harmoniosas com os mesmos.
- √ Este tipo de actividades pode constituir um exercício motivador para alunos desmotivados ou em risco de abandono escolar.

Música

A música que vão ouvir aborda o tema do VIH / SIDA.

A. Ouve a primeira vez e ordena os versos.

...

B. Responde às seguintes questões:

1. Identifica o número dos versos em que é abordado o tema.

.....

2. Que ideias são sugeridas?

.....

.....

3. Que mensagens te parecem que o autor da música quer transmitir?

.....

.....

Referências

Geral:

1. Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self – efficacy mechanism. In Schwarzer, R. (ed), *Self – Efficacy: thought control of action*. (p.3-38). Hemisphere, Washington, DC.
2. Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V.B. (2004). Young people’s health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4: WHO.
3. FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População. (2005). Uma viagem por caminhos nunca antes trilhados: adolescentes, pobreza e género. *A Situação da População Mundial 2005 – A Promessa de Igualdade: Equidade em matéria de Género, Saúde Reprodutiva e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*. New York: FNUAP, 45-55.
4. GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. (2005) *Relatório Preliminar* do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES). Web site: www.min-edu.pt
5. GTES – Grupo de trabalho de Educação Sexual. (2007a) *Relatório de Progresso* do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Web site: www.min-edu.pt
6. GTES – Grupo de trabalho de Educação Sexual. (2007b) *Relatório Final* do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Web site: www.min-edu.pt
7. Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos* – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com
8. Ramiro, L (2007) Programa de Educação Sexual no ensino básico e secundário (não publicado)
9. Wight, D. & Abraham, C. (2000). From psycho-social theory to sustainable classroom practice: developing a research-based teacher-deliver sex education programme. *Health Education Research, 15(1)*, 25-38. Web site: www.il.proquest.com/www.cite.gov.pt

Programa de Educação Sexual – Conceitos Chave:

1. Allen Gomes, F. (2004). *Paixão, Amor e Sexo*. Lisboa: Dom Quixote.
2. Crawford, M. (2006). *Sexo sem Tabus*. A Esfera dos Livros.
3. *Dicionário da Língua Portuguesa*. (s.d.). Porto: Porto Editora.
4. *Dicionário Enciclopédico* (1993). Círculo de Leitores.
5. *Dicionário Ilustrado de Língua Portuguesa*. (2001). Porto: Porto Editora.
6. Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2003). *Educação Sexual na Escola, Guia para Professores, Formadores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora.
7. Fonseca, L., Soares, C., e Machado Vaz, J. (2003). *A Sexologia – Perspectiva Multidisciplinar*, I. Coimbra: Quarteto Editora.
8. Gleitman, H., Fridlund, A.J. & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
9. López, F. & Fuertes, A. (1999). *Para Compreender a Sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
10. Matos M. (Eds.) (2005). *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa, FMH.
11. Ministério da Educação. (1997). *Programa de Promoção de Competência Social, Manual de Utilização*. Lisboa: PES / Editorial do Ministério da Educação
12. Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde e Ministério da Educação. (1998). *Promover a Saúde da Juventude Europeia, Educação para a Saúde nas Escolas, Manual de formação para professores e outros profissionais que trabalham com jovens*. Lisboa: PPES / DGS.
13. Nodin, N. (2002). *A Sexualidade de A a Z*. Braga: Círculo de Leitores.
14. Pereira, M.M. & Freitas, F. (2001). *Educação Sexual – Contextos de sexualidade e adolescência*. Porto: Edições ASA.
15. www.educacao.te.pt
16. www.ex-aequo.wb.pt/
17. www.insarj.pt
18. www.sexualidades.com
19. www.SIDA.pt

Sexualidade, Segurança e SIDA

Margarida Gaspar de Matos^{5*} & Celeste Simões*

O que já sabíamos e vimos agora reforçado por estes resultados:

Os vários estudos apresentados apontam para a existência de múltiplos factores de risco e de protecção, que interagem através de relações de mediação e moderação, e que têm como resultado uma maior ou menor adesão dos jovens a comportamentos de risco.

Em abordagens anteriores a esta (Simões, 2005; Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006) apresentaram-se quatro aspectos importantes no campo da prevenção:

- (1) Intervir precocemente,
- (2) Promover factores de protecção dos comportamentos de risco e alternativas a estes mesmos comportamentos;
- (3) Envolver os elementos de referência dos principais contextos de vida; e
- (4) Planear intervenções para vários comportamentos-alvo.

A necessidade de uma intervenção precoce é apontada por vários autores como um factor muito importante, dado que vários estudos mostram que o envolvimento em comportamentos problema aumenta com a idade, e que determinados comportamentos constituem factores de risco para o envolvimento em comportamentos mais graves. A promoção de factores de protecção deverá constituir a essência da intervenção.

Parece pois, tal como referimos em trabalhos anteriores (Matos, 2005; Matos et al., 2003), que qualquer trabalho preventivo de acção directa sobre o indivíduo deve abordar os seus contextos de vida e envolver os seus intervenientes, no sentido de se obter uma diminuição do risco e uma activação dos recursos de apoio.

Também a criação de alternativas saudáveis e atractivas para o preenchimento de tempos livres, bem como a organização de espaços de orientação e de apoio aos adolescentes, parecem aspectos fundamentais no campo da prevenção do comportamento sexual de risco.

⁵ Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH)/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL

Toda a correspondência deve ser enviada para: mmatos@fmh.utl.pt

A implementação de acções que visem a promoção de competências pessoais e sociais e, simultaneamente, a passagem de informação sobre os comportamentos de risco e suas consequências (quer devido à falta de conhecimento de alguns jovens, quer devido à existência de concepções incorrectas) parece um aspecto importante neste campo.

Implicar os pais e os professores, que se destacaram neste estudo como dois grupos-chave para o ajustamento emocional e satisfação com escola, poderá também ser determinante dado que estes factores se revelaram como de protecção para o envolvimento em comportamentos sexuais de risco. É ainda importante estimular o envolvimento dos pares neste tipo de acções, uma vez que constituem elementos fundamentais na vida dos adolescentes.

Actualizações suscitadas por estes dados mais recentes:

1) Programas multifocais e com foco na promoção da protecção

Uma questão relevante no cenário da prevenção é a implementação de programas delineados para vários comportamentos problema: a investigação e a intervenção realizadas neste campo têm mostrado que existem diversas razões que apoiam esta directriz. Uma das principais razões consiste no facto de que os comportamentos problema partilham vários factores de risco e, simultaneamente, vários factores de protecção. Este dado parece assim reforçar, não apenas a questão da importância de programas multifocais, mas também de apostas preferenciais em acções que visem a promoção de factores de protecção, vista a sua maior homogeneidade (comparativamente com os factores de risco) para diversos comportamentos de risco. Esta similaridade nos factores relacionados com os comportamentos de risco não exclui as diferenças, nomeadamente em termos de género, de idade e de percurso de vida.

As associações que se confirmaram entre os vários comportamentos de risco e os comportamentos sexuais de risco, traduzem-se em linhas práticas de intervenção preventiva sublinhando a inutilidade de acções dispersas centradas em “riscos específicos”, uma vez que estes não são problemas isolados que possam ser tratados de forma individualizada. As intervenções têm que ter uma abordagem sistémica abordando os multiproblemas do contexto escolar, tal como tem sido proposto e legislado recentemente (GTES, 2005, 2007a, 2007b), em especial para

quatro áreas da saúde dos adolescentes consideradas prioritárias, que incluem a prevenção dos comportamentos sexuais de risco e das IST's, VIH e SIDA.

Deixa-se, como desafio para um futuro próximo, a continuação do desenvolvimento de uma visão integrada do ajustamento psicossocial da criança e do adolescente, o desenvolvimento da capacidade de mapear os “trunfos” pessoais para a saúde (incluindo aqui factores pessoais, familiares, escolares e relativos ao grupo de pares) e a centração preferencialmente em factores positivos e em comportamentos alternativos (Matos, 2007).

Se o consumo de substâncias, o isolamento social, o mal estar psicológico, o sexo desprotegido, ou ainda a violência interpessoal forem os únicos (inadequados) “trunfos” utilizados, será pois necessário identificar e negociar “trunfos” alternativas para lidar com os acontecimentos de vida, sem recurso a tais comportamentos lesivos da saúde.

Sublinham-se aqui os conceitos: visão integrada, factores positivos, “trunfos” pessoais associados à saúde, competência pessoal e alternativas.

2) Intervenção com foco na responsabilização, participação, promoção da autonomia, bem-estar, percepção de qualidade de vida e de expectativas positivas

Ao delinear possíveis intervenções, alguns autores apontam a participação social activa, o aumento do número de acontecimentos agradáveis na vida diária e o foco da atenção nos aspectos aprazíveis das vivências, como estratégias relevantes para o aumento da felicidade dos indivíduos e da percepção de satisfação de vida.

Mais do que o número ou a variedade de actividades agradáveis é essencial prevenir e acompanhar o adolescente; ajudá-lo a descobrir-se, a conhecer-se e a comunicar-se; dotá-lo de competências para “ler” o seu próprio desenvolvimento, os acontecimentos de vida, o contexto, a sociedade e o mundo; trabalhar os seus recursos pessoais para lidar com os desafios de uma existência indutora de *stress*; envolvê-lo em comunidades que integrem, sejam criativas e promovam a saúde; despertar-lhe horizontes e ideais de vida; acompanhá-lo nas opções e reflexões de vida; desenvolver a sua responsabilidade e solidariedade para a comunidade.

É ainda importante o reforço da autonomia, responsabilização e participação social do adolescente e da importância destes factores na promoção da sua saúde.

Recordam-se autores (próximos da Etologia) que caracterizam os primatas como capazes de aprender. Como desafio filosófico e pedagógico nestas áreas da promoção da saúde ousaríamos defender que um excesso de “ensino” tutorial se arrisca a coarctar a capacidade de aprendizagem competente e autónoma, a motivação para a vida, e a capacidade de gestão da sua vida e das suas vicissitudes e poderá mesmo ter um efeito contraproducente associando-se à desresponsabilização e desmotivação do adolescente.

O grande desafio para pais e professores é estar presente, estar atento, mas actuar responsabilizando, dando e exigindo, facilitando as tomadas de decisão, promovendo uma reflexão pessoal sobre a vida, as expectativas de futuro, e as opções de vida associadas ao bem-estar.

Parece importante considerar aspectos determinantes, como são as diferenças a nível de crenças e valores, conhecimentos, necessidades utilitárias e afectivas, aliadas a diferentes grupos que poderão, por sua vez, constituir o resultado de diferentes processos desenvolvimentais, educacionais, culturais e sociais.

3) Intervenções cirúrgicas em nichos específicos e atenção à evolução das dinâmicas sociais e seus desafios/ riscos.

Entre 2002 e 2006, apesar de se verificar a manutenção da associação dos comportamentos sexuais de risco com outros riscos, e o seu agravamento com algumas condições de precariedade; não se verifica uma diminuição na idade de início das relações sexuais, nem um aumento na percentagem de adolescentes que já iniciaram a sua vida sexual no 8º e 10º anos de escolaridade. Neste cenário de estabilidade desde 2002, regista-se uma grande diminuição dos adolescentes sexualmente activos que não usam preservativo nas relações sexuais. Por outro lado há uma paradoxal diminuição dos conhecimentos dos adolescentes face aos modos de transmissão do VIH /SIDA, que poderíamos talvez interpretar como se a crença se generalizasse de que o preservativo resolve tudo, e o seu uso garantido não requer mais informações. A atitude de discriminação face a portadores de VIH e SIDA parece aumentar, confirmando a associação já encontrada em 2002 entre ignorância e discriminação.

Ao mesmo tempo surgem outros comportamentos de risco que poderão ter na sua génese um mal-estar de vida ou uma dificuldade de gestão do stress do

quotidiano (como poderá ser o exemplo da obsessão pela saúde/ estilo de vida saudável, ou as novas dependências face às novas tecnologias, ou ainda as automutilações, como nos aparece claro em grupos de discussão com adolescentes, pais e profissionais).

Como implicações em meio escolar e familiar - sugere-se:

(1) a continuação de intervenções tipo preventivo de carácter universal, abrangendo toda a população escolar e respectivos contextos de vida: escola, família e grupo de pares;

(2) intervenções mais específicas e intensas, em pequenos subgrupos identificados como de “risco”, atendendo “cirurgicamente” às suas características específicas, nomeadamente no que diz respeito às variáveis associadas ao risco (por exemplo atendendo às dificuldades que existem em certas culturas contemporâneas de verbalizar dúvidas e apreensões face à sexualidade e comportamentos sexuais de risco; ou atendendo às potencialidades do recurso às novas tecnologias para obter informações, desde que apoiadas em estratégias que facilitem um debate e uma selecção de informação credível).

4) Promoção do sucesso escolar e redução das iniquidades sociais como forma de melhoria da saúde na adolescência.

Os presentes resultados sugerem a necessidade de combate ao efeito cumulativo dos factores de risco, em termos do seu impacto para a saúde das crianças e adolescentes, actuando de modo articulado e integrado (incluindo aqui também factores pessoais, familiares, escolares e relativos ao grupo de pares).

A competência escolar e o sucesso escolar, ou pelo menos o não abandono escolar, figuram como um dos factores mais relevantes, não só do bem-estar na adolescência, como da possibilidade de corte do círculo vicioso “ **iliteracia – pobreza - falta de expectativas para o futuro - risco – comprometimento da saúde / bem-estar**”, pelo menos para as próximas gerações.

Assiste-se em comunidades migrantes pobres por exemplo (Matos e al., 2005), que por vezes, a gravidez em adolescentes em idade escolar é efectivamente desejada e assumida como uma alternativa (de sucesso) face ao insucesso escolar.

Verifica-se ainda que para algumas jovens o risco associado a não usar o preservativo na relação sexual é assumido como um risco “menor”, quando

comparado com “ ficar só” , sem escolaridade, sem projecto de vida, e sem expectativas face ao futuro “*antes doente do que sozinha...*”. Para algumas jovens a gravidez não planeada e as ISTs são efectivamente assumidas como um risco menor face à solidão e ao desamparo.

Mas, como afirmou Morgan (2007) as comunidades nunca se constroem a partir das suas deficiências, mas sim a partir da capacidade de mobilização dos seus recursos.

Referências

1. GTES (2005) *Educação para a saúde – relatório preliminar*, acessido em 2 Julho 2007 www.dgicd.min-edu.pt
2. GTES (2007a) *Educação para a saúde – relatório de progresso*, acessido em 2 Julho 2007 www.dgicd.min-edu.pt
3. GTES (2007b) *Educação para a saúde – relatório final*, acessível em 30 Setembro 2007 www.dgicd.min-edu.pt
4. Matos, M. G (ed) (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: Edições FMH.
5. Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
6. Matos, M.G. (2007). *Health and well-being in Portuguese adolescents*. WHO/HBSC Forum: Social Coesion and Mental Health, 2007: Las Palmas, March 2007.
7. Morgan, A. (2007). *Frameworks for improving young people’s mental well being: Assets and deficits models*. WHO/HBSC Forum: Social Cohesion and Mental Health, 2007: Las Palmas, March 2007.
8. Simões, C. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência: Estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social. Tese de Doutoramento (não publicada)*. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
9. Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Fogueat, J. (2006). Consumo de Substâncias na Adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 147-164.

Os autores agradecem a toda a equipa do Projecto Aventura Social, às entidades parceiras, Faculdade de Motricidade Humana/UTL; Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL; e às entidades financiadoras: Instituto da Droga e da Toxicoddependência; Coordenação da Infecção VIH/SIDA; Fundação para a Ciência e Tecnologia / Ministério da Ciência e do Ensino Superior, e Ministério da Educação/DGICD

AVENTURA SOCIAL & SAÚDE

RELATÓRIOS 2006

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006.*

Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com

Matos, M., Gaspar, T., Ferreira, M., Linhares, F., Simões, C., Diniz, J., Ribeiro, J., Leal, I. Equipa do Aventura Social (2006). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes – Projecto Europeu Kidscreen – Relatório Português.* Web

sites:

www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Pereira, S., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Comportamento Sexual e Conhecimentos, Crenças e Atitudes Face ao VIH/SIDA – Relatório Preliminar, Dezembro 2006.*

Web sites:

www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Gaspar, T., Tomé, G., Ferreira, M., Linhares, F., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Consumo de Substâncias nos Adolescentes Portugueses – Relatório Preliminar.*

Web sites:

www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Silva, M., Gaspar, T., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses.*

Web sites:

www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com

CONTACTOS DO PROJECTO AVENTURA SOCIAL

PROJECTO AVENTURA SOCIAL

www.fmh.utl.pt/aventurasocial

www.aventurasocial.com

www.hbsc.org

www.kidscreen.org

E-mail: aventurasocial@fmh.utl.pt

Tel. 214149152 ou Tel. 214149105

Fax. 214144728

FMH/UTL

Estrada da Costa

1495-688 Cruz Quebrada

CMDT/IHMT/UNL

Rua da Junqueira, 96 – 1300 Lisboa

Tel. 213652600 - Fax. 213632105