

## INIQUIDADE, ETNICIDADE E EDUCAÇÃO SEXUAL

Sónia Pereira<sup>1</sup>, Margarida Gaspar de Matos<sup>1,2</sup>, & Isabel Leal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL. Portugal.

<sup>2</sup> Centro de Malária e Doenças Tropicais/Instituto de Higiene e Medicina Tropical / U. Nova de Lisboa. Portugal.

<sup>3</sup> Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Portugal.

---

**RESUMO:** Estudos sobre a sexualidade na adolescência têm proliferado um pouco por todo o mundo. No entanto, os estudos qualitativos são ainda escassos, especialmente no que diz respeito à análise dos factores que devem ser trabalhados em contexto preventivo. O presente estudo visa compreender e caracterizar os factores que influenciam a sexualidade dos adolescentes, procurando também compará-los relativamente à sua cultura e condições económicas. Foi utilizada uma metodologia qualitativa (grupos focais) que procurou explorar diversos aspectos relacionados com a sexualidade na adolescência. Foram identificadas algumas características específicas da sexualidade dos adolescentes que vivem em meios mais carenciados, destacando-se a existência de menos informação, menos comunicação com os pais e maior tendência para comportamentos de risco. Os resultados justificam o delineamento de programas de prevenção adaptados às especificidades destas populações.

*Palavras-chave:* adolescência, cultura, educação sexual, iniquidade, sexualidade.

---

## INIQUITY, ETHNICITY AND SEX EDUCATION

**ABSTRACT:** Previous research has explored the impact of culture and socioeconomic status in risk-taking sexual behaviours by adolescents, but currently there are few qualitative studies about sex behaviour in early adolescence and there is little practice-based information concerning interventions designed to reduce risk-taking sexual behaviours, especially in adolescents of specific social environments. Therefore, the main objectives of this investigation are to understand and characterize risk and protective factors associated to sexuality of adolescents, seeking also a comparison of culture and economic status. A qualitative approach was used, in order to collect data (focus groups). Various aspects of sexuality in early adolescence were explored. The results highlighted some characteristics of adolescents that belong to specific social environments (migrant or low socioeconomic status). They have less information, communicate less with their parents and have more risk-taking sex behaviour. These features are critical in order to promote a specific intervention in these groups.

*Keywords:* adolescence, culture, iniquity, sexuality, sex education.

---

Recebido em 4 de Setembro de 2009/ Aceite em 22 de Julho de 2010

As populações carenciadas continuam a apresentar mais fragilidades no que diz respeito à vivência de uma sexualidade saudável e o desenraizamento cultural está muitas vezes associado à adopção de comportamentos de risco na sexualidade. Por

esta razão, são estes adolescentes aqueles que mais precisam de uma intervenção a este nível.

Os factores socioculturais podem influenciar a sexualidade e o planeamento familiar dos indivíduos (Kirby, 2001; Singh, Darroch, & Frost, 2001). O início demasiado precoce da vida sexual e a gravidez não desejada afecta maioritariamente as classes mais desfavorecidas (Singh, Darroch, & Frost, 2001), o que justifica a importância do investimento em programas de educação sexual destinados a estas populações.

O VIH/SIDA, a gravidez e as IST's afectam frequentemente jovens pertencentes a grupos populacionais desfavorecidos, nomeadamente indivíduos pertencentes a minorias étnicas (Aronowitz, 2005; Aronowitz, Todd, Agbeshie, & Rennells, 2007). Estes jovens estão sujeitos a diversas pressões (e.g. aculturação, discriminação, racismo) e podem apresentar uma tendência para a prevalência de condutas problemáticas, como início precoce da vida sexual (Larkins, 2007; Matos et al, 2006), menor utilização de contraceptivos (Brückner, Martin, & Bearman, 2004; Matos et al, 2006), menor utilização do preservativo (Larkins, 2007; Ogunbade & James, 2005), relações sexuais associadas à violência e relações sexuais casuais (Pontes et al, 2004), relações sexuais associadas ao consumo de substâncias (Larkins, 2007; Rashad & Kaestner, 2004).

Alguns autores consideram que estes resultados podem dever-se à etnicidade, mas existe também um peso importante de outros factores, como a pobreza e o padrão de comportamento familiar. No que diz respeito às populações carenciadas existem diferenças de género acentuadas, desenvolvidas muitas vezes pela educação que os pais deram aos seus filhos. As raparigas recebem da família mensagens negativas e vagas acerca da sexualidade (Pacheco-Sánchez, 2007) ou são responsabilizadas pelo comportamento sexual seguro e controlo da natalidade (Ndinda, Chiweni, Uzodike, & Okeke, 2007). Com os rapazes, são mais frequentemente abordados temas como as IST's e são aceites as relações sexuais antes do casamento (Pacheco-Sánchez, 2007).

No que diz respeito à etnicidade, verifica-se que os estudantes de origem africana consideram aceitável (para os homens) ter várias parceiras sexuais e que devem ser os homens a decidir se querem usar preservativo ou não (Ferguson, Sandelowski, Quinn, & Crouse, 2006). Os jovens migrantes residentes em Portugal têm maior tendência para considerar que é o rapaz quem toma a iniciativa em ter relações sexuais, passando para ele a responsabilidade implícita de se preocupar com a prevenção (Matos et al, 2006). A aceitação da gravidez em idades muito precoces como um "mal necessário" ou como sinónimo de feminilidade é própria da cultura Africana. Em África muitas jovens são mães sem o terem planeado e engravidam sem terem qualquer conhecimento acerca da maternidade, cuidados com a sua própria saúde ou com a saúde da criança (Mushi, Mpembeni, & Rose, 2007).

Alguns investigadores verificaram que os indivíduos migrantes e de baixo estatuto socioeconómico têm crenças muito específicas acerca do VIH/SIDA, que podem originar comportamentos de risco. As crenças mais comuns são: associação

entre o aspecto físico debilitado e o VIH. (Connell, McKeivitt, & Low, 2004; Moore, 2006), algum tempo depois do contágio a doença deixa de ser transmissível (Moore, 2006), os problemas relacionados com a sexualidade “só acontecem aos outros” (Merchán-Hamann, 1995). Estas crenças determinam muitas vezes a utilização (ou não) do preservativo numa relação sexual. O preservativo tem habitualmente uma conotação negativa, pois aparece associado ao adultério e à promiscuidade (Juarez, & Martin, 2006; Manuel, 2005; Moore, 2006; Ogungbade & James, 2005). Outros factores impeditivos para a utilização do preservativo são a dificuldade em prever a relação sexual (Ogungbade & James, 2005), o preço dos preservativos (Ekere, Ogungbade, Gbadebo, Osemene, Meshack, & Peters, 2005; Ogungbade & James, 2005), as relações sexuais associadas ao consumo de substâncias (Ekere, Ogungbade, Gbadebo, Osemene, Meshack, & Peters, 2005) e a utilização de outros métodos contraceptivos, como a pílula (Juarez & Martin, 2006). Outro aspecto que influencia fortemente os comportamentos sexuais dos adolescentes migrantes é a pressão dos pares, que determina muitas vezes decisões relativas ao início da vida sexual e à utilização de preservativos (Camargo & Botelho, 2007).

Entre os adolescentes mais carenciados existem alguns factores protectores que estão correlacionados com maior adopção de comportamentos sexuais saudáveis, nomeadamente a detenção de informação correcta (Juarez, & Martin, 2006) e a comunicação com os pais (Aronowitz, 2005; Stanton et al, 2002). No entanto, os pais geralmente não se mostram à vontade para abordar temáticas relacionadas com a sexualidade. Os progenitores com menor nível socioeconómico e menor nível de escolaridade consideram que não têm conhecimentos suficientes para que possam transmitir aos seus filhos a informação de forma correcta (Lefkowitz, Boone, Kit-fong, & Sigman, 2003). Por esta razão, a informação transmitida pelos pais exige um complemento facultado pela escola, pelo centro de saúde e pela comunidade, nomeadamente ao nível do apoio e supervisão. Paralelamente, é fundamental que a escola faculte a todos os seus alunos uma educação sexual adaptada às diferentes características da sua população.

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

A criação de um programa de educação sexual que tenha em conta a multiculturalidade e a diversidade socioeconómica permanece ainda hoje um desafio. É essencial que sejam realizadas intervenções comunitárias que incluam a participação da família, dos pares, da escola e da comunidade, criando programas que promovam competências pessoais e sociais (Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira, & Linhares, 2006). Os programas de educação sexual nem sempre têm resultados positivos nas comunidades migrantes e em situação de iniquidade, não conseguindo obter o impacto esperado,

principalmente quando utilizam apenas o modelo biomédico. A utilização de uma perspectiva mais abrangente, onde a intervenção coloca a tónica na comunidade, nas crenças e nos factores sociais poderá originar programas mais eficazes. A análise dos factores que influenciam as crenças, atitudes e comportamentos destes indivíduos é de extrema importância na construção de programas de prevenção adaptados a estas populações, pois todos estes factores podem influenciar fortemente a adopção de comportamentos protectores ou comportamentos de risco (Tortolero et al, 2005).

O presente estudo tem como principais objectivos saber quais são as características específicas da sexualidade do adolescente, quanto à sua cultura e estatuto socioeconómico, de modo a determinar quais são os factores de risco e os factores protectores do comportamento sexual. Compararam-se qualitativamente jovens de diferentes ambientes socioculturais e realizou-se uma proposta de intervenção adaptada.

## MÉTODO

### *Participantes*

Neste estudo qualitativo achou-se pertinente a investigação de populações da zona da Grande Lisboa pertencentes a contextos socioeconómicos diferentes: médio-alto e baixo. Foram organizados 6 grupos focais, três numa escola pública e três numa escola privada (rapazes, raparigas e misto), cada um com 12 alunos (total: 72 alunos). As idades dos alunos dos grupos variam entre os 13 e os 15 anos (8º ano de escolaridade). Antes da formação do grupo os candidatos a participantes foram escolhidos pelos professores, tendo em conta alguns aspectos (ser representativo da população que se pretendia estudar e ter autorização dos pais para participar).

### *Instrumentos/Material*

A investigação foi desenvolvida a partir da informação retirada da pesquisa de literatura e focalizou-se em factores dificilmente quantificáveis, como o acesso à informação, as crenças, as atitudes, os comportamentos protectores e os comportamentos de risco relativos à sexualidade dos adolescentes. Os grupos focais são formas qualitativas de investigação que se traduzem em debates orientados através de entrevistas semi-estruturadas (Matos, Gaspar, Vitória, & Clemente, 2003; Matos, Gonçalves, & Gaspar, 2005; Vogt, King, & King, 2004; Vogt, King, & King, 2004). Os materiais utilizados foram: um gravador áudio e um bloco de notas.

### *Procedimento*

Os grupos focais tiveram como foco principal o tema “Sexualidade: informação, crenças, atitudes e comportamentos”. Na fase inicial da investigação foi escolhido o “setting” do encontro e foi elaborado um guião de entrevista. Os indivíduos selec-

cionados foram contactados, tendo sido convidados a integrar o grupo (após ter sido solicitada autorização aos pais). Nas sessões, foram feitas as apresentações através de uma actividade quebra-gelo e foram esclarecidas as regras do debate, nomeadamente a duração da sessão (cerca de 90 minutos), o papel do moderador (colocar as questões e permitir o desenvolvimento de outras questões consideradas pertinentes para o estudo), a forma de recolha de dados (gravações, apontamentos), a garantia de confidencialidade (Edmunds, 1999; Morgan et al, 1998). Foram lançadas questões que tiveram como base a pesquisa bibliográfica efectuada e que incidiram sobre as diferenças de género e diferenças culturais relacionadas com a sexualidade; a influência da pressão dos pares na adopção de comportamentos de risco; a importância dada ao sexo seguro e à contracepção; impacto da gravidez não desejada na adolescência e da interrupção voluntária da gravidez; a importância da educação sexual e os aspectos que devem ser trabalhados. À medida que as sessões foram decorrendo, foram adicionadas algumas questões baseadas nos temas que surgiram espontaneamente nos grupos (e.g. crenças acerca das IST's, sites considerados fontes credíveis de informação). Durante as sessões, os dados foram recolhidos mediante gravações áudio e registos por escrito (Morgan et al, 1998). No final foram facultados os contactos do projecto, para que todos os interessados pudessem obter informações sobre workshops desenvolvidos futuramente e para que pudessem posteriormente conhecer os resultados do estudo. Verificou-se que, de um modo geral, os jovens estiveram bastante inibidos na fase inicial da entrevista. Após a actividade quebra-gelo verificou-se maior espontaneidade e, à medida que a entrevista foi decorrendo, quase todos os jovens conseguiram sentir mais confiança para partilhar as suas ideias. No entanto, os grupos dos rapazes revelaram sempre uma maior dificuldade em conversar sobre assuntos relacionados com a sexualidade.

Após o registo de todas as entrevistas em formato "Word for Windows" foi elaborada uma análise de conteúdo, que englobou a definição de categorias, a codificação e o registo de exemplos ilustrativos de cada categoria identificada. Antes da realização dos grupos focais, foi necessária a elaboração de guiões de entrevista adequados à população alvo e aos objectivos pretendidos, com o intuito de melhor organizar e recolher a informação. Após a categorização de cada grupo, os resultados obtidos foram tidos em conta na elaboração das questões para o grupo seguinte. Apesar de terem focado temas semelhantes, as entrevistas foram sendo adaptadas ao longo da realização dos grupos focais.

## RESULTADOS

Os resultados permitem identificar e caracterizar a percepção dos participantes dos grupos focais acerca dos principais factores que poderiam influenciar os comportamentos sexuais dos adolescentes, nomeadamente: (1) diferenças de comportamento entre rapazes e raparigas; (2) factores económicos, sociais e culturais; (3)

fontes de informação; (4) pressão dos pares; (5) idade de início das relações sexuais; (6) utilização de contraceção; (7) crenças acerca das IST's; (8) gravidez na adolescência; (9) interrupção voluntária da gravidez; (10) educação sexual.

### *Diferenças entre rapazes e raparigas*

Os resultados obtidos através dos grupos focais revelaram que, de um modo geral, os alunos consideram que existem claras diferenças entre rapazes e raparigas, relativamente à forma como vivem a sexualidade. Enquanto os rapazes pensam mais em sexo e “*falam mais entre eles*”, as raparigas têm conversas mais sérias (“*os rapazes não guardam segredos. Nós guardamos e por isso confiamos mais umas nas outras*”). Os rapazes admitem que deixam os afectos para segundo plano, privilegiando as relações sexuais, ao contrário das raparigas, que associam a sexualidade aos afectos e ao amor. Os jovens referem que é a sociedade que os pressiona (“*a sociedade obriga os homens a serem assim*”). No que diz respeito à forma como são educados, alguns jovens consideram que os pais educam os filhos de forma diferente (consoante o género).

### *Factores económicos, sociais e culturais*

Tanto os jovens do externato como os jovens da escola consideram que existem diferenças relacionadas com os factores económicos, sociais e culturais. As respostas dos alunos do externato mostram maior distanciação/discriminação face aos jovens mais carenciados e/ou de outras raças, assim como em relação aos jovens que frequentam as escolas públicas: “*os adolescentes de outras escolas são diferentes*”. Os jovens do externato consideram que vivem numa situação privilegiada e acham que existe uma diferenciação clara entre as escolas públicas e privadas: “*nesta escola há mais informação sobre as doenças, contraceptivos, etc.*”; “*nas outras escolas (públicas) há mais raparigas que engravidam, principalmente as escolas problemáticas*”. Para os alunos do externato a pobreza pode influenciar negativamente a forma como se vive a sexualidade. Os alunos do externato referem que a forma como as famílias carenciadas educam as crianças parece ser uma das razões apontadas para a existência de diferenças na forma como vivem a sexualidade. O ESE poderá estar relacionado com menor escolaridade dos pais ou falta de tempo para conversar com os filhos, o que significa menos informação. Os alunos da escola referem que têm uma relação próxima com adolescentes que vivem em bairros sociais e que estes têm mais comportamentos de risco (“*começam a ter relações sexuais mais cedo*”; “*têm mais doenças*”). Consideram que estes comportamentos podem surgir por falta de informação; falta de dinheiro; sentimentos de inferioridade; ausência da figura paterna; crenças.

Tanto os alunos do externato como os alunos da escola consideram que a cultura e a etnicidade influenciam a forma como os adolescentes vivem a sexualidade. As diferenças identificadas referem-se essencialmente a brasileiros e africanos: “*Os brasileiros são mais atrevidos*”; “*os africanos entendem a sexualidade de maneira*

*diferente*”; “em África têm mais filhos, sentem desejo e não controlam isso”. Consideram que a origem destas diferenças está relacionada com a cultura: “o simbolismo de ter uma família grande, para os africanos é importante. Eles passam isto de geração em geração”. Atribuem também as diferenças à falta de informação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A educação também é apontada como causa das diferenças entre culturas: “os pais deles são diferentes dos nossos, não têm tanta informação e por isso não conseguem transmitir estas coisas de forma igual”. Alguns dos jovens referiram que as diferenças estão associadas à pobreza e não à etnicidade/cultura “eu acho que eles acabam por se adaptar a nós e deixa de haver diferenças”.

#### *Fontes de informação*

No que diz respeito às fontes de informação, tanto no externato como na escola a Internet foi considerada por todos a fonte preferencial de informação sobre sexualidade. Nos grupos do externato também surgiram referências a pais e professores, enquanto nos grupos da escola surgiram referências a outras fontes, como “livros”; “programas de televisão do canal Odisseia”; trabalhos de grupo e amigos.

#### *Pressão dos pares*

A maior parte dos jovens refere que a pressão dos pares para que os jovens iniciem a sua vida sexual mais cedo é uma realidade e afecta essencialmente rapazes. Comparados com os jovens da escola, existem mais jovens no externato a admitir a existência de pressão dos pares “claro! Se ninguém na minha turma fosse virgem eu também não queria ser o único”.

#### *Idade de início das relações sexuais*

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

#### *Métodos contraceptivos*

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

#### *Crenças acerca das IST's*

Nas sessões com os grupos foram referidas algumas crenças acerca das IST's. Discutiram-se também comportamentos de discriminação/aceitação dos doentes com

SIDA, tendo sido notória uma maior discriminação nos grupos do externato e nos grupos dos rapazes “*se tivesse um colega com VIH...xiii, isso eu não sei*”; “*igual não era, eu não reagia bem*”; “*eu não o aceitava*”; “*não queria ser amigo dele*”.

### *Gravidez na adolescência*

Relativamente à gravidez na adolescência foram identificadas diferenças entre os jovens do externato e os jovens da escola. Enquanto os jovens do externato não desenvolveram o tema, os jovens da escola descreveram alguns casos que conhecem bem, relativos a colegas que engravidaram recentemente “*aqui na escola há sempre muitas raparigas grávidas*”. Alguns alunos da escola procuram atribuir causas à gravidez das suas colegas: “*namoram com um, namoram com outro, depois engravidam e não há aborto nem nada*”; “*os pais não lhes ligam*”; “*não têm informação*”. Tanto na escola como no externato quase todos os jovens referem que os pais emitem frequentemente avisos claros sobre o que fariam se se deparassem com esta situação. Existem diferenças claras entre a escola e o externato, relativamente à forma como os pais emitem essas mensagens. No externato, os “avisos” dos pais surgem geralmente em mensagens implícitas e pouco directas “*os nossos pais investem muito em nós, gastam muito dinheiro connosco. No meu caso, depositam uma grande confiança em mim e eu não quero trair essa confiança. É por isso que não quero correr riscos*”. Nas conversas com as filhas, muitos pais referem que condenam a gravidez na adolescência, mas o seu apoio seria incondicional: “*sei que eles nunca me iam abandonar por eu ter um bebé*”. Na escola, os pais comunicam geralmente através de ameaças claras: “*os meus batiam-me*” (no total, mais de metade dos jovens participantes nos três grupos deram esta resposta); “*ia trabalhar para as obras, já me avisaram*”; “*tinha que ir trabalhar, não me deixavam continuar a estudar*” (cerca de ¼ dos jovens dos 3 grupos). Alguns jovens referem também que os pais teriam que aceitar, uma vez que também eles tinham sido pais adolescentes: “*os meus aceitavam, eles também tiveram filhos muito novos*”.

### *Interrupção voluntária da gravidez*

Relativamente às opiniões acerca da interrupção voluntária da gravidez, as opiniões dividem-se. Verifica-se que é no externato que existem mais jovens a não concordar com o aborto.

### *Educação sexual*

São sugeridos alguns exemplos de boas práticas em educação sexual. Em todos os grupos a maior parte dos jovens referiu que a abordagem dos pais deve ser repensada. Alguns jovens pensam que se deve falar de sexualidade na infância. Na escola, também foi referida por alguns jovens a atitude de desconfiança dos pais, sempre que o filho quer falar de sexualidade, o que prejudica o diálogo: “*acima de tudo eles precisavam de confiar em nós para que nós nos sentíssemos à vontade a falar neste as-*



sunto”. Mais uma vez, a severidade dos pais foi referida pelos alunos da escola “*não deviam dar castigos se falássemos em sexualidade*”; “*se quando se começa a falar de sexualidade eles ficam logo com cara de maus, o que é que nós vamos dizer? Assim é difícil falar*”. Foram referidos exemplos de boas práticas, nomeadamente “*ter uma conversa*”; “*falar de forma mais meiga, sem serem brutos*”; “*ter um ambiente descontraído*”. A grande maioria dos jovens de todos os grupos referiu que a educação sexual nas escolas é extremamente importante. Quanto à dimensão e composição do grupo, a maior parte dos jovens estava de acordo: “*se somos muitos ficamos inibidos*”. Sugeriram ainda “*sessões com a turma toda, mas com sessões para rapazes e raparigas separados*” (quase todos os jovens do grupo da escola, rapazes e raparigas); “*um gabinete onde a pessoa pudesse ir lá sozinha quando precisasse, assim era confidencial e a pessoa sentia-se mais à vontade*”. A maior parte dos jovens do externato fez referência à periodicidade das sessões, estando em maioria aqueles que referiram “*uma vez por semana*”. Também foram sugeridos conteúdos, existindo um consenso entre quase todos os jovens: “*ter a oportunidade de fazer perguntas*”; “*permitir que o aluno deixe questões numa caixa, para ser anónimo*”. Os outros conteúdos referidos mais vezes foram: “*falar dos perigos, quando é que se deve usar/não usar preservativo, explicar como é quando se quer ter um filho, como se toma a pílula*”; “*explicar coisas relacionadas com a higiene*”; “*falar de precauções*”; “*as doenças transmissíveis*”; “*efeitos da pílula*”; “*efeitos do aborto*”; “*como é que é feito um aborto e onde se deve recorrer*”.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos permitiram-nos identificar claras diferenças entre grupos provenientes de diferentes contextos socioculturais, o que justifica a criação de programas de educação sexual adaptados a diferentes populações. Vários autores têm investigado ao longo dos últimos anos quais os factores que mais influenciam o comportamento sexual dos jovens (Kirby, 2001a; Muluka & Slonim-Nevo, 2007; Parker & Camargo, 2000; Pontes et al, 2004). Os resultados do presente estudo corroboram os resultados encontrados por estes autores e sugerem que os factores que mais influenciam os seus comportamentos sexuais são os seguintes: factores económicos, fontes de informação, influência dos pares, crenças/attitudes sobre sexualidade e relação com a escola.

### *Factores económicos e características da comunidade*

Tal como defendem alguns autores (Kirby, 2001; Singh, Darroch, & Frost, 2001), os jovens estudados referem que os factores económicos, e não tanto a etnicidade, influenciam em grande medida os comportamentos sexuais. Além de estarem menos informados, estes jovens têm também menos recursos para comprar preservativos e menos

acesso às consultas de planeamento familiar. As famílias carenciadas apresentam também características específicas, nomeadamente maior insegurança relativamente à qualidade da informação transmitem, dificuldade em falar sobre sexualidade e tendência para abordar o assunto com agressividade. Tal como referem alguns autores, os comportamentos repressivos, punitivos ou contraditórios por parte dos pais podem ter o efeito oposto ao pretendido (Deering, 1993; Taquette et al., 2005; Weiss, 2007). Relativamente às condições económicas, este estudo identificou algumas especificidades dos grupos entrevistados no externato, jovens pertencentes à classe média-alta. Os participantes revelaram ter mais acesso à informação, mas menor percepção de risco, referindo-se sempre aos “outros” como aqueles que estão mais expostos ao risco. Dão menos importância à utilização do preservativo (e mais importância aos contraceptivos), por considerarem que a confiança no parceiro os pode proteger, e mostram também uma atitude mais discriminatória perante os doentes com VIH. A gravidez não desejada é algo que os preocupa, especialmente pelo medo de terem que abandonar os estudos e os seus objectivos para o futuro. Muitos jovens referem ainda o medo de trair a confiança dos pais e de os deixarem desiludidos, por acharem que os pais investem bastante no seu bem-estar e na preparação para o futuro.

### *Fontes de informação*

No que diz respeito às fontes de informação, assiste-se actualmente a mudanças significativas a este nível. Verifica-se que os jovens dão grande importância à Internet, tal como verificaram diversos autores (Borzekowski & Rickert, 2001; Hansen, Holly, Resnick, & Richardson, 2003). No entanto, a Internet nem sempre transmite informação correcta. Grande parte dos jovens entrevistados, especialmente os mais carenciados, não sabem o que significa “consulta de planeamento familiar”, não conhecem as principais IST’s e não sabem como se podem proteger. Estes resultados são independentes do ESE, tal como é sugerido pelos grupos focais. Considera-se que estes dados são extremamente preocupantes, já que o estilo de vida actual (início precoce da vida sexual, muitos parceiros sexuais, poucas relações estáveis) contribui para que os jovens sejam um alvo fácil das IST’s (Charlotte, Fitzjohn, Herbison, & Dickson, 2000).

### *Influência dos pares*

A influência dos pares exerce uma importância significativa nas decisões dos jovens, tal como defendem alguns autores (Borges, Latorre, & Schor, 2007; Martins, Nunes, Muñoz-Silva, & Sanchez-Garcia, 2008). No presente estudo, verifica-se a existência de um desfasamento entre a idade estimada e a idade real do início da vida sexual dos jovens. Tendo em conta a existência de uma influência dos comportamentos dos pares, é importante salientar que as estimativas erradas que os jovens fazem acerca da vida sexual dos seus pares pode ter consequências nos seus comportamentos e, em especial no caso dos alunos da escola, estas estimativas podem

levar os jovens a antecipar o início da sua vida sexual por pensarem que os seus colegas/amigos já são sexualmente activos. Verifica-se que são os rapazes quem exerce mais pressão para que os outros tenham uma vida sexual activa. Estes resultados vão de encontro aos de Arilha e Calazans (1998, cit. por Vieira, 2008) e são mais comuns entre os rapazes de classe média-alta (grupos focais do externato).

### *Crenças/attitudes sobre sexualidade*

Um dos aspectos a salientar relaciona-se com as crenças e atitudes associadas aos doentes com VIH/SIDA. Relativamente aos conhecimentos sobre a doença, a maior parte dos jovens mostra ter conhecimentos correctos, sendo as raparigas e os jovens provenientes de meios diferenciados aqueles que têm mais conhecimentos correctos acerca dos modos de transmissão. Estes resultados foram observados nos estudos HBSC 2006, tendo sido identificada uma evolução positiva nos conhecimentos dos jovens em 2006, em comparação com o estudo HBSC 2002 (Matos et al, 2006). No entanto, a atitude perante os doentes é geralmente discriminatória, apesar de reconhecerem que se trata de um contra-senso (a proximidade física e a amizade não constituem risco de contágio) muitos jovens admitem que não seriam capazes de se sentar a lado de um doente com VIH/Sida nem de manter uma amizade. Nos grupos focais, são os rapazes, especialmente aqueles que são provenientes de famílias mais diferenciadas, quem apresenta uma atitude mais discriminatória. A principal razão referida é o medo, admitido como irracional (pois estes jovens sabem quais as formas de contágio). Por outro lado, as raparigas (independentemente do ESE) apresentam uma atitude mais tolerante perante os doentes com VIH/SIDA, justificando esta atitude com um sentimento de segurança relativamente à qualidade dos conhecimentos que têm sobre os modos de transmissão. São também referidos valores como a amizade e o interesse em ajudar o outro para justificar esta atitude.

### *Relação com a escola*

A melhor forma de combater os inúmeros problemas associados a uma sexualidade pouco responsável passa pela prevenção e mudança de comportamentos (Dias, Matos, & Gonçalves, 2002; Matos et al, 2003a), sendo fundamental que a Escola reúna esforços para a organização de uma intervenção a este nível. Tal como defendem alguns autores (Malik, Oandasan, & Yang, 2002) é fundamental a criação de inúmeras estratégias de promoção da saúde nesta faixa etária.

Os alunos, independentemente do género, cultura ou condição social, consideram fundamental a existência de educação sexual nas escolas, referindo que existem alguns aspectos importantes a ter em conta. Os jovens referem que a educação sexual deve começar na infância e em casa. Os pais devem ter uma atitude de naturalidade, manter um ambiente descontraído, não fazer juízos de valor e não agir com comportamentos repressivos. Para os jovens que fizeram parte do estudo, a educação sexual deve iniciar-se no 1º Ciclo e prolongar-se até ao final da adolescência. Os grupos

devem ser pequenos e as sessões devem ser dinamizadas por técnicos com formação específica na área. Dadas as limitações do estudo, nomeadamente a dimensão da amostra e o facto de se tratar de uma avaliação qualitativa, os resultados devem ser interpretados com cuidado. Seria benéfico se fossem realizados mais grupos focais noutras escolas, o que permitiria entrevistar um maior número de alunos. Relativamente à intervenção, também se considera que deveria alargar-se a um maior número de turmas e a diferentes faixas etárias. O delineamento de um estudo longitudinal, que permitisse acompanhar os alunos ao longo de vários anos também permitiria uma investigação da sua evolução, assim como uma acção preventiva mais sólida.

A educação sexual é fundamental no âmbito de qualquer programa de promoção da saúde do adolescente. É importante que se continuem a desenvolver esforços para que se construam programas de educação sexual cada vez mais eficazes, que não se limitem a ter como base ideias demasiado estanques e pré-concebidas, optando preferencialmente por uma intervenção através uma visão mais abrangente do indivíduo e tendo em conta a comunidade onde está inserido, a sua família, a sua escola, os seus pares e as suas características individuais.

## REFERÊNCIAS

- Aronowitz, T. (2005). Heterosocial behaviors in early adolescent african american girls: The role of mother-daughter relationships. *Journal of Family Nursing*, 11(2), 122-139.
- Aronowitz, T., Todd, E., Agbeshie, E., & Rennells, R. (2007). Attitudes that affect the ability of african american preadolescent girls and their mothers to talk openly about sex. *Issues in Mental Health Nursing* 28 (1), 7-20.
- Borges, A., Latorre, M., & Schor, N. (2007) Factores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma Unidade de Saúde da Família da Zona Leste do Município de São Paulo, Brasil, *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7), 1583-1593.
- Borzekowski, D., & Rickert, V. (2001). Adolescent cyber surfing for health information. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 115, 814-817.
- Brückner, H., Martin, A., & Bearman, P. (2004). Ambivalence and pregnancy: Adolescents' attitudes, contraceptive use and pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(6), 248-257.
- Caetano, J. (2006). Prefácio. In M. Matos & Cols (Eds.). *Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório Preliminar HBSC 2006*. <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/Indicadores%20deSaude.pdf>
- Connell, P., McKevitt, C., & Low, N. (2004). Investigating ethnic differences in sexual health: Groups with young people. *Sex Transmitted Infections*, 80, 300-305.
- Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida (2007). O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infecção pelo VIH/sida – 2007/2010 <http://www.acs.min-saude.pt>
- Durex. *Give and Receive – 2005 Global Sex Survey Results*. Retirado da Internet em 5 de Maio de 2008, [www.durex.com/gss](http://www.durex.com/gss).

- Edmunds, H. (1999). *The Focus Group Research Handbook*. London: McGraw-Hill Professional.
- Essien, E., Ogungbade, G., Osemene, N., Meshack, A., & Peters, R. (2005). Strategies to prevent HIV transmission among heterosexual African-American men. *BMC Public Health*, 5, 3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC544892/>
- Gaspar, T., & Matos, M. (2007). Comportamentos de saúde de adolescentes migrantes e o efeito protector da relação com os avós. *Revista de Estudos Demográficos*, 41, 38-51.
- Hansen, D., Derry, H., Resnick, P., & Richardson, C. (2003). Adolescents searching for health information on the Internet: an observational study. *Journal of Medical and Internet Research*, 5. [www.jmir.org/2003/4/e25](http://www.jmir.org/2003/4/e25)
- Juarez, F., & Martin, T. (2006). Safe sex versus safe love? Relationship context and condom use among male adolescents in the favelas of Recife, Brazil. *Archives of Sexual Behaviour*, 35(1), 25-35.
- Lefkowitz, E., Boone, T., Kit-fong, T., & Sigman, M. (2003). No sex or safe sex? Mothers' and adolescents' discussions about sexuality and AIDS/HIV. *Health Education Research*, 18(3), 341-351.
- Manuel, S. (2005). Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo city, Mozambique. *Culture, Health & Sexuality*, [http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713693164~db=all~tab=issueslist~branches=7-v77\(3\),293-302](http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713693164~db=all~tab=issueslist~branches=7-v77(3),293-302)
- Martins, A. Nunes, C., Muñoz-Silva, A., & Sanchez-Garcia, M. (2008). Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva, *Psico*, 39, 1, 7-9.
- Matos, M. G. (in press). Correr riscos e proteger-se. In M. Matos (Org.) *Sexualidade, Segurança e SIDA: Estado da Arte e Propostas em Meio Escolar*.
- Matos, M. G. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003a). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M. G., Gaspar, T., Vitória, P., & Clemente, M. (2003b). *Adolescentes e o tabaco: Rapazes e raparigas*. Publicação: Conselho de Prevenção do tabagismo.
- Matos, M.G., Gonçalves, A., & Gaspar, T. (2005). *Aventura social, etnicidade e risco: Prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes*. Publicação IHMT/CMDT/UNL.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Pereira, S., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Comportamento Sexual e Conhecimentos, Crenças e Atitudes Face ao VIH/SIDA – Relatório Preliminar, Dezembro 2006*. Web site: [www.fmh.utl.pt/aventurasocial](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial); [www.aventura-social.com](http://www.aventura-social.com)
- Merchán-Hamann, E. (1995). Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de AIDS em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 463-478.
- Moore, A. (2006). Gender role beliefs at sexual debut: Qualitative evidence from two Brazilian cities. *International Family Planning Perspectives*, 32(1), 45-51
- Morgan, D., King, J., & Krueger, R. (1998). *Focus Group Kit*. London: Sage Publications.
- Muluka, L., & Slonim-Nevo, V. (2007). AIDS-related knowledge, attitude, and behavior among adolescents in Zambia. *Ethnicity & Disease*, 16(2), 488-494.
- Mushi, D. Mpembeni, R., & Rose, A. (2007). Knowledge about safe motherhood and HIV/AIDS among school pupils in a rural area in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7 (5). Con-

- sultado a 7 de Janeiro de 2008 através de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-7-5.pdf>
- Ndinda, C. Chiweni, U., Uzodike, C., & Okeke, R. (2007). Gender relations in the context of HIV/AIDS in rural South Africa, *Aids Care*, 19(7), 844-849
- Pacheco-Sánchez, C. et al. (2007). Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Pública de México*, 49, 1, 45-51
- Parker, R. (2001). Sexuality, culture and power in HIV/AIDS research. *Annual Review of Anthropology*, 30, 166-179.
- Parker, R., & Camargo, K. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 1, 89-102.
- Pontes, L., González, F., Kendall, C., Leão, E., Távora, F., Caminha, I, Carmo, A., França, M., & Aguiar, M. (2004). Prevention of HIV infection among migrant population groups in Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 320-328.
- Reis, M., & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. *Análise Psicológica*, 4 (22), 737-745.
- Stanton, B., Li, X., Pack, R., Cottrell, L., Harris, C., & Burns, J. (2002). Longitudinal influence of perceptions of peer and parental factors on African American adolescent risk involvement. *Journal of Urban Health*, 79(4) 536-548.
- Tortolero et al (2005). Using intervention mapping to adapt an effective HIV, sexually transmitted disease, and Pregnancy Prevention Program for High-Risk Minority Youth. *Health Promotion Practice*, 6(3), 286-298.
- Vieira, R. (2008). Juventude e sexualidade em movimento. Retirado a 1 de Junho de 2008 de <http://www.anped.org.br/reunioes/28/textos/ge23/ge23193int.rtf>
- Vogt, D., King, D., & King, L. (2004). Focus groups in psychological assessment: Enhancing content validity by consulting members of the target population *Psychological Assessment*, 16(3), 231-243.