

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

*No sémen do rei Minos – filho de Zeus – formigavam serpentes e escorpiões.
Esta abominável mistura foi, claro está, fatal para as suas
numerosas concubinas até ao dia em que uma delas, Procris,
teve a ideia de se proteger do esperma real com uma bexiga de cabra.*

Vicent Vidal (1998, p.19)

Neste capítulo analisamos o conceito de sexualidade, nas suas principais facetas, segundo uma perspectiva desenvolvimentalista caracterizando o período referente à adolescência e ao início da idade adulta. Pretendemos também clarificar as determinantes fundamentais da conduta sexual que, por sua vez, se encontram estruturadas numa complexa teia de factores de natureza biológica, psicológica, social e cultural. Em seguida, abordamos o conceito de saúde sexual e reprodutiva, reflectindo sobre o papel da educação na sua promoção da mesma. Apresentamos depois uma breve síntese sobre os dois problemas de saúde sexual e reprodutiva que mais afectam os jovens: o risco de contaminação por IST's e a gravidez não desejada. Na parte final deste capítulo referimos alguns estudos realizados com o objectivo de compreender a relação entre o nível de conhecimentos em saúde sexual e reprodutiva, as atitudes e comportamentos dos jovens na vivência da sua sexualidade. Concluimos com uma breve análise de trabalhos sobre a efectividade de programas de educação sexual implementados em contexto escolar e sobre a efectividade do preservativo.

2.1. Dimensões da Sexualidade

O que é a sexualidade? A resposta a esta questão não é simples. Freud observava a sexualidade como uma força psicológica e biológica fundamental para a estruturação da personalidade (Masters, Johnson, & Kolodny, 1987; Brandão, 2007), ou seja, o conceito de sexualidade assume-se mais como um processo com que o ser humano se estrutura, organiza e comunica. Esta é uma das razões pela qual a sexualidade é transversal às mais diversas manifestações humanas. Ela inspira a arte, a cultura, a política, para além de ser organizadora das comunidades humanas porque é geradora de famílias (Masters, Johnson, & Kolodny, 1987). Através da sexualidade a espécie humana estabelece os seus vínculos afectivos tanto de amor como de ódio. A este propósito, Bataille (citado por Alberoni, 2007, p.16) refere que a sexualidade é “devassidão, transgressão das regras, dos tabus, da ordem do dever quotidiano, é capricho, dissipação, esquecimento dos deveres e das preocupações. Por isso, a sexualidade pode romper as relações”. Mas, para Alberoni (2007), o amor apaixonado que estabelece laços emotivos fortíssimos e novas regras de vida, nasce quase sempre da sexualidade e constitui o seu triunfo. A sexualidade é uma expressão física e emocional poderosa, estruturante da psique humana e da organização social, conforme é assinalado por vários autores (Brandão, 2007; Masters, Johnson, & Kolodny, 1987; Nunes, 1987; Foucault, 1994; Alberoni, 2007).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (citada por Butler, 2004) a sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo do seu ciclo de vida e engloba múltiplas facetas tais como, o acto sexual, o género e a identidade de papéis, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. Ela é experimentada e expressa pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. A definição proposta pela OMS, frequentemente citada, versa o seguinte:

(...) uma energia que nos motiva para procurar o amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, nos movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e, ao mesmo tempo, ser-se sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e por isso influencia também a nossa saúde física e mental. OMS (citada por Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001, p. 16)

Esta definição é integradora de múltiplas facetas e dimensões, apresentando a particularidade de enfatizar o carácter sistémico e holístico dessa “energia motivacional” que é a sexualidade. Para nós, esta definição rompe com a visão instintiva e biológica centrada no acto sexual, acrescentando-lhe componentes cognitivos, emocionais, relacionais e éticas. Por isso, *sexo* e *sexualidade* são conceitos diferentes, embora, profundamente relacionados.

O termo “sexo” pode ser utilizado para designar o género biológico, feminino ou masculino, para fazer referência aos órgãos genitais, ou ainda, para referir uma série de comportamentos humanos relacionados com a *genitalidade*, nomeadamente, a cópula e a masturbação (Alferes, 1997). O termo “sexualidade” tem, frequentemente, uma conotação mais genérica pois, para além, da dimensão comportamental e biológica engloba aspectos referentes à personalidade, que incluem, a sensualidade, o erotismo, os afectos e emoções, as interacções sociais, entre outros. Neste contexto, Masters, Johnson, & Kolodny, (1987) fazem uma distinção entre a noção de *acto sexual*, entendido como uma manifestação de carácter essencialmente genital, e o *comportamento sexual*, que compreende, não somente os actos sexuais, como também, todo o sistema de valores, atitudes e conduta, que a pessoa possui em relação à sua sexualidade. Assim, a sexualidade pode ser estudada segundo várias dimensões, entre as quais se destacam, a biológica, a psicológica, a comportamental, a clínica, a histórico-cultural e a ética. Atendendo ao papel que desempenham no desenvolvimento e comportamento humano, não podemos valorizar uma em detrimento de outra, porque todas interagem em simultâneo criando uma realidade de natureza bio-psico-social.

O desafio em estudar a sexualidade no âmbito das Ciências da Educação, reside na necessidade em manter uma visão sistémica desta realidade. Contudo, neste trabalho, procuramos aprofundar alguns conceitos associados à dimensão biológica, psicológica, histórico-cultural e ética, por duas razões principais. Primeiro, porque é no contexto destas dimensões que encontramos o substrato teórico da presente investigação. Segundo, porque são estas as dimensões com que o professor mais se confronta no exercício da sua acção educativa, particularmente, no domínio da educação sexual.

2.1.1. Dimensão Biológica

Para Masters, Johnson, & Kolodny (1987) a dimensão biológica da sexualidade é a mais fácil de delimitar e compreender. São fundamentalmente os factores biológicos que controlam o desenvolvimento sexual humano, desde a concepção até ao nascimento, e também que possibilitam a reprodução após a puberdade. A dimensão biológica exerce uma enorme influência sobre as restantes dimensões, em especial, a psicológica. Este facto é patente na influência que determinadas hormonas têm na maturação e funcionamento do aparelho sexual e reprodutor e, simultaneamente, no comportamento sexual. Aspectos marcadamente psicoafectivos, tais como, o desejo sexual, o prazer sexual, a atracção sexual e o próprio acto sexual, são fortemente condicionados por factores neuroquímicos. Alguns estudos têm incidido sobre o papel da testosterona no processo de formação do desejo e do comportamento sexual (Hirsch, 2000; López & Oroz, 1999). A concentração normal desta hormona nos homens é de 3 a 10 ng/ml e nas mulheres de 0.2 a 0.8 ng/ml, em níveis que se mantêm mais ou menos constantes ao longo da vida. De acordo com Hirsch (2000) o facto dos homens possuírem quantidades superiores de testosterona, por um lado, torna-os mais resistentes à diminuição do desejo sexual, por outro lado, faz com que tendam a apresentar uma *proceptividade* superior, isto é, procuram mais activamente a relação sexual. Nas mulheres, o desejo sexual é estimulado pelos estrogéneos, mas é inibido pela prolactina e progesterona, situação que não se verifica no homem. Na opinião de Hirsch (2000), esta poderá ser uma das raízes biológicas que estão na base de algumas diferenças entre os géneros no plano psicosexual, em particular, no domínio da modulação do desejo sexual.

No contexto da influência dos factores biológicos no desenvolvimento sexual humano, emerge o conceito de *puberdade*, que corresponde ao período em que os indivíduos atingem a maturação dos órgãos sexuais, tornando-se competentes biologicamente para a reprodução (Seeley, Stephens & Tate, 1997). A puberdade começa em tempos diferentes nos rapazes e raparigas, a diferença temporal pode chegar aos sete anos. No entanto, o seu período de duração é mais ou menos aproximado situando-se em torno dos quatro anos nos dois géneros. As raparigas, geralmente, atingem primeiro a puberdade, podendo esta acontecer entre os 9.5 e os 14.5 anos, enquanto que, nos

rapazes, pode acontecer entre os 10.5 e os 16 anos (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001; Papalia, Olds & Feldman, 2000).

Durante a puberdade os jovens despertam para a sexualidade de uma forma particularmente intensa, vivenciando as primeiras paixões e a agudização do desejo sexual (López & Oroz, 1999). Neste período o jovem pode manifestar uma elevada impulsividade. Frequentemente, a sua maturidade emocional não está consolidada o que dificulta o relacionamento com os outros. Pode apresentar uma forte atracção pela novidade e pela experimentação de sensações novas evidenciando atracção pelo risco, pelo desafio o que pode conduzir a situações de vulnerabilidade no domínio da sua saúde sexual e reprodutiva. Todos estes factores são acrescidos pela falta de informação, de conhecimentos, ou ainda da desinformação ou de ideias erradas sobre a sexualidade, que podem estar subjacentes a uma série de comportamentos e atitudes de risco que incluem a promiscuidade sexual, a realização de práticas sexuais não protegidas e a dificuldade em ter um comportamento sexual responsável (López & Oroz, 1999; Papalia, Olds & Feldman, 2000). Neste período ainda não é frequente a prática de relações sexuais (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001) apesar de se verificar uma tendência para a primeira relação sexual acontecer cada vez mais cedo (Nodin, 2001a; Matos, *et al.*, 2003; Matos, Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003; Monteiro, 2006).

Numa perspectiva educacional, alguns autores consideram ser importante centrar o processo de ensino-aprendizagem numa série de objectivos fundamentais, tais como, clarificar o conceito de sexualidade e suas múltiplas formas de manifestação, compreender as diferenças existentes entre o corpo feminino e o corpo masculino, compreender as mudanças fisiológicas e emocionais próprias da puberdade, desenvolver a capacidade de gerir sentimentos pessoais e dos outros, compreender a importância dos sentimentos na vivência de uma sexualidade feliz, promover comportamentos de igualdade face aos dois géneros, conhecer regras de higiene corporal e promover a sua prática e adquirir conhecimentos sobre a reprodução humana (Greenberg & Gold, 1994; Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001).

2.1.2. Dimensão Psicológica

A dimensão psicológica da sexualidade contempla o papel dos afectos, emoções, pensamentos, desejos e fantasias, na expressão da sexualidade humana, clarificando o modo como se desenvolvem e se manifestam, particularmente, no adolescente e no jovem adulto. Associado à dimensão biológica da sexualidade clarificámos o conceito de puberdade devido ao seu carácter eminentemente biológico. Seguindo esta lógica de raciocínio, pretendemos clarificar, nesta secção, o conceito de *adolescência* porque possui um carácter marcadamente psicossocial.

O termo “adolescência” tem étimo no latim *adolescentia* e designa o período final do desenvolvimento humano entre o início da puberdade e o estado adulto. “Adolescente” designa a pessoa que está na adolescência, do latim *adolescere* que significa crescer (Nabais, 2005). Por seu turno o termo “jovem” deriva do latim *juvene* que significa em idade juvenil, moço, novo, enquanto que “juventude” deriva de *juventute* que significa quadra da vida em que se é jovem. Uma outra designação provém do inglês *young adulthood* como sinónimo de juventude, que embora se encontre mal definida em termos de parâmetros etários, é situado por alguns autores entre os 18 e os 25 anos (Nodin, 2001a). A adolescência e o início da vida adulta são caracterizados por algumas pessoas como um período tumultuoso, instável e desconcertante. Stanley Hall (citado por Nabais, 2005) descreve os adolescentes como:

emocionalmente instáveis e mórbidos. É a idade do inebriamento natural sem necessidade de intoxicação que levou Platão a definir a juventude como embriaguez espiritual. É um impulso natural para experimentar estados psíquicos ardentes e inflamados e caracteriza-se pela emocionalidade (...) a instabilidade e as flutuações são características neste período. (p.20)

Também Ana Freud (1946, citado por Nabais, 2005, p. 21) se refere aos adolescentes como “excessivamente egoístas, considerando-se o centro do universo e o único objecto de interesse. Contudo, em tempo algum da sua vida ulterior são capazes de tanta “abnegação e dedicação”. Segundo esta autora os adolescentes tendem a atirar-se entusiasticamente à fruição da vida em comunidade, apresentando, no entanto, uma irresistível ânsia de solidão. Oscilam entre a cega submissão a um líder auto-eleito e a rebelião insolente contra toda e qualquer autoridade. Os seus estados de espírito variam

entre o optimismo leviano e o mais sombrio pessimismo. Algumas vezes dedicam-se ao trabalho com infatigável entusiasmo e outras vezes são preguiçosos desleixados e apáticos. Braconnier & Marcelli (2000, citados por Nabais, 2005) justificam esta oscilação afectiva característica da adolescência com o facto de neste período os indivíduos se confrontarem com o surgimento dos afectos e das emoções. Alguns autores apontam como possíveis causas de tal oscilação a atenção que os adolescentes podem prestar a diferentes estímulos e a sua sensibilidade particular à novidade e, ainda, a sua disponibilidade para a activação emocional. Nesta linha de pensamento, Bloss (1962, citado por Nabais, 2005) refere-se à adolescência como um processo identitário relacionalmente intenso e caracterizado pela maturação sexual. Realça ainda a discrepância que ocorre neste período entre um crescimento biológico rápido e um crescimento psicológico que se opera lentamente. Para este autor, seria como que um segundo movimento no processo de individuação, mas agora mais complexo e visando a identidade. Cordeiro (1987, citado por Nabais, 2005) chama a atenção para a distinção entre a primeira e a segunda fase da adolescência em termos do funcionamento mental. Refere que a primeira, *early adolescence*, é caracterizada por rápidas transformações que se operam a diferentes níveis: biológico, hormonal, corporal e psicológico. Na segunda fase, *late adolescence*, o “investimento narcísico” é progressivamente deslocado para o outro “investimento objectal” culminando na escolha do objecto da relação que o autor designa por “segundo organizador psíquico” da adolescência. Para Matos (2002) a tarefa fundamental da adolescência é pois abandonar o mundo infantil e integrar-se no mundo dos adultos; recusar os benefícios da infância e aceitar os desafios da adultícia. Este processo exige uma perda, “a perda da vida infantil, familiar, protegida, dos pais, nem sempre compensada com o encontro de um objecto de amor sexual adequado e satisfatório” (Matos, 2002). López & Oroz (1999) criticam ao discurso sobre adolescência que enfatiza a “crise” de modo negativo. Para estes autores, todos processos de desenvolvimento, incluindo a adolescência, são individuais, diferenciados e transitórios. Por isso, podem existir, numa mesma faixa etária, jovens em níveis de desenvolvimento diferentes e que vivem este período de modo muito distinto.

As forças psicológicas da sexualidade são importantes porque permitem o desenvolvimento do ser humano como ser sexual auxiliando-o na construção identitária.

Por isso, abordar as principais etapas do desenvolvimento psicosssexual e suas repercussões na conduta do jovem adulto é particularmente pertinente no âmbito da contextualização teórica do presente estudo. Os trabalhos de Freud, Erikson, Carl Jung e Alfred Adler são os que melhor contribuíram para a clarificação do processo de desenvolvimento psicosssexual humano (Sprinthall & Sprinthall, 1994; Brandão, 2007). Porém, a apresentação detalhada dos trabalhos destes autores sai do âmbito deste trabalho, pelo que, nos limitamos a efectuar uma breve passagem sobre alguns conceitos propostos por Freud e por Erikson, que, de certa forma, ajudam a compreender a dimensão psicológica da sexualidade, particularmente, no jovem adulto.

Perspectiva Freudiana

A ideia básica da teoria de Freud sustenta-se no facto de que o comportamento humano não é comandado unicamente por processos conscientes, mas essencialmente pela acção dos processos inconscientes. Para a corrente freudiana o mais elementar de todos os processos é a *pulsão sexual instintiva* (Brandão, 2007) uma força própria dos nossos comportamentos que está presente desde o nascimento, a que deu o nome de *libido*. Através dos *estádios psicosssexuais*, o sujeito psicológico estrutura o seu *aparelho psíquico* (sistema psicológico constituído pelo *Id*, *Eu* e *Super Eu*) e desenvolve mecanismos de defesa que surgem como estratégias automáticas normais e inconscientes às quais recorre para reduzir a ansiedade (Brandão, 2007).

A função do aparelho psíquico consiste em eliminar as tensões resultantes da acumulação de energia pulsional, funcionando segundo o *princípio do prazer*, isto é, a actividade psíquica, num processo de organização primária, tem por objectivo produzir prazer e evitar o não-prazer descarregando a energia pulsional (Brandão, 2007). Não obstante, a *frustração* originada pela não satisfação do desejo face aos imperativos da realidade externa, obrigam o sujeito psicológico a um processo de organização secundária, orientado pelo *princípio da realidade*, isto é, o sujeito psicológico, perante a prova da realidade (frustração), obriga o aparelho psíquico a distinguir as exigências do mundo interior das do mundo exterior (realidade). O aparelho psíquico obedece ao princípio da realidade que afronta o princípio do prazer no nosso dia a dia gerando

conflitos intra-psíquicos (Brandão, 2007). Na perspectiva freudiana, a adolescência é caracterizada por um acréscimo de energia pulsional que conduz à procura de um parceiro sexual, à reactivação dos interesses sexuais e à descoberta de uma nova excitabilidade da zona genital, na masturbação e nas relações sexuais a dois (Brandão, 2007). As dificuldades específicas desta fase resultam da reactivação do *complexo edipiano* e da necessidade de se libertar do mesmo. Por essa razão, o adolescente tende a afastar-se da família nuclear, como forma de buscar a sua independência e a buscar cada vez mais os seus grupos de pares. Neste contexto, podem acontecer as primeiras relações sexuais amorosas, muitas vezes sem carácter duradouro, em que a experimentação sexual a dois acontece. Esta experimentação sexual concretiza-se numa série de comportamentos, desde carícias até às relações sexuais com ou sem penetração (Greenberg & Gold, 1994; Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001). Estes comportamentos ocorrem de forma frequentemente não programada, sendo acompanhados por um elevado grau de expectativa e por uma sensação de desafio (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001).

A atmosfera psicoemocional em que o adolescente e o jovem adulto se encontram, associada a um contexto social erotofílico e hedonístico, em nosso entender, potenciam a acção segundo o princípio do prazer. Por essa razão, a educação sexual tem um importante papel a desempenhar, na medida, em que pode equilibrar essa tendência, favorecendo a acção segundo o princípio da realidade. Melhorando o conhecimento da realidade interna e externa, os adolescentes e jovens adultos estarão mais capacitados para tomarem decisões sobre a sua vida sexual e reprodutiva.

Perspectiva Eriksiana

É fundamental compreender as particularidades do desenvolvimento psicosssexual, associadas à entrada na adultícia, de modo a clarificar a natureza das decisões, no âmbito da sexualidade, com que o jovem mais se confronta. A perspectiva eriksiana é colocada neste seguimento com o intuito de ajudar a esclarecer esta questão. As ideias que Erikson propôs sobre o desenvolvimento psicosssexual no adolescente e jovem adulto, constituem um importante referencial teórico sobre esta temática. Com efeito, em relação a Freud,

este autor prolongou a ideia dos estádios de desenvolvimento para um quadro de referência mais lato e delineou dimensões positivas e negativas para cada um dos períodos do ciclo de vida (Sprinthall & Sprinthall, 1994). Assim, para Erikson, o desenvolvimento pessoal prolonga-se durante a vida, embora tenha atribuído um significado especial à infância (do nascimento até aos seis anos), à segunda infância (dos seis aos 12 anos) e à adolescência (dos 12 até aos 18 anos) estabelecendo também estádios de desenvolvimento para a idade adulta (Sprinthall & Sprinthall, 1994). Evocamos o pensamento de Erikson para melhor compreendermos o processo de formação da identidade e o estabelecimento das relações afectivas no jovem adulto.

Na perspectiva eriksiana a identidade forma-se à medida que o indivíduo resolve três questões importantes: a escolha da ocupação, a adopção de valores nos quais acredita e segundo os quais pretende viver e o desenvolvimento de uma identidade sexual satisfatória (Papalia, Olds & Feldman, 2000). Ver-se a si mesmo como um ser sexual, adaptar-se às excitações sexuais e formar ligações românticas são todas parte da formação da identidade sexual. Essa consciência urgente da sexualidade é um aspecto importante da formação da identidade, afectando profundamente o autoconceito e a capacidade de relação com os outros. Os jovens adultos precisam estabelecer compromissos pessoais com os outros e, caso tenham receio em fazê-lo, podem tender a isolar-se até porque este é um período de reflexão pessoal. Os relacionamentos íntimos implicam sacrifício, compromisso e capacidade para sentir que a identidade própria não é ameaçada pela identidade de outra pessoa. Erikson distinguia a *intimidade sexual*, a que ocorre em qualquer contacto sexual, da *intimidade madura*, que ocorre apenas no contexto de uma vinculação marcante. Essa vinculação estrutura-se num projecto de vida partilhado que passa pela procriação. Para Erikson a decisão de não satisfazer o impulso procriativo natural vem trazer consequências para o desenvolvimento (Papalia, Olds & Feldman, 2000).

O jovem adulto confronta-se, frequentemente, com a necessidade de conquistar independência, competência, responsabilidade e igualdade ao nível da expressão da sua sexualidade. Frequentemente pode ser confrontado com a necessidade em tomar decisões importantes sobre o estilo da sua vida sexual e relacional. É neste sentido que Erikson defende que desenvolver relacionamentos íntimos é a tarefa crucial do jovem adulto

(Papalia, Olds & Feldman, 2000). Tradicionalmente, é neste período que as pessoas estabelecem relacionamentos que podem prolongar-se pela maior parte das suas vidas adultas, com relações baseadas em amizade, amor e sexualidade (Papalia, Olds & Feldman, 2000). Qual é então o papel do amor na sexualidade, em especial, na sexualidade juvenil?

Os Afectos na Sexualidade Juvenil

Na opinião de Alberoni (2007) o fundamento da “relação que dura” é o amor, e, dizemos nós, o amor é o fundamento da pessoa humana. Todavia, na nossa sociedade, a relação entre amor e sexualidade é complexa como tem sido referido por diversos teóricos (Alberoni, 2007; Papalia, Olds & Feldman, 2000; López & Oroz, 1999; Masters, Johnson, & Kolodny, 1987). Esta relação entre sexo e amor é bem explicada por Alberoni (2007) que descreve diferentes formas de sexo com e/ou sem amor: sexo impessoal, sexo violento e sexo pessoal baseado numa relação emocional íntima. Para este autor, a *intimidade* é um elemento chave do sexo com amor, consistindo numa experiência afectuosa e comunicativa entre o casal. Um aspecto importante da intimidade é a *auto-revelação* ou seja, a capacidade de revelar informações importantes sobre si a outra pessoa; estas confidências tendem a fortalecer os vínculos (Alberoni 2007; Papalia, Olds & Feldman, 2000).

O ser humano é um ser de relação e comunicação e para tal necessita de contacto e de vinculação e é na adolescência e início da idade adulta que essa vinculação pode assumir um carácter particularmente sexual. López & Oroz (1999, p. 83) afirmam que “*no hay niño que pueda sobrevivir, no hay persona que pueda prosperar, incluso no hay salud, sin contacto y vinculación*”. Estes autores consideram que neste período do ciclo de vida, estabelecem-se dois tipos de vinculação: *vinculação de natureza social* e *vinculação de natureza sexual*.

A capacidade de realizar vínculos de natureza social desenvolveu-se inicialmente na infância, adquirindo o seu pico máximo na adolescência. Este tipo de vinculação estrutura-se em torno de três afectos básicos: o *apego*, a *amizade* e a *empatia* (López & Oroz, 1999). O apego consiste na necessidade de estar junto dos outros, de pertencer a

uma família, a um grupo de pares. É um afecto que está relacionado com a necessidade de protecção, de segurança e sentimento de pertença. A capacidade de estabelecer laços de amizade adquire-se por volta dos três anos de idade, constituindo-se como uma vinculação poderosa, que permite criar redes de relações sociais com amigos e que são indispensáveis para a pessoa desenvolver os seus projectos pessoais e colectivos. A empatia consiste na capacidade de colocar-se no lugar do outro, de compreender o outro. López & Oroz (1999) explicam que a empatia é um mediador afectivo que está sempre em jogo tanto nas relações de carácter social como nas relações de carácter sexual, razão pela qual se torna tão fundamental desenvolver esta capacidade.

A vinculação de natureza sexual é caracterizada, segundo López & Oroz (1999) pela trilogia dos afectos sexuais: *desejo, atracção e enamoramento*. O desejo pode ser psicologicamente percebido como um sentimento, uma necessidade em procurar satisfação sexual, como uma tensão psicossomática envolta em fantasias de natureza sexual, uma vontade em abraçar e ser abraçado, acariciar e ser acariciado e entregar-se ao acto sexual (López & Oroz, 1999; Alferes, 1997).

Vimos anteriormente que o desejo sexual é fortemente influenciado na sua génese pela dimensão biológica, mas é modulado pela dimensão psicológica e social, pois o desejo sexual não é encarado como um instinto incontrolável, mas sim uma força orientadora e impulsionadora na busca de contacto, que pode ser controlado, reorientado, inibido e até mesmo aumentado (Alferes, 1997).

A atracção sexual pressupõe existência de desejo, mas ao contrário deste, está orientada para o objecto desejado. De certa forma o objecto do desejo adquire propriedades eróticas capazes de provocar um interesse particular (López & Oroz, 1999; Alferes, 1997). No domínio das relações heterossexuais a investigação aponta para a tendência frequente das pessoas se sentirem atraídas por outros que lhes sejam parecidos ou semelhantes ao nível da aparência física, atractividade, saúde mental e física, inteligência, parecendo existir uma orientação idêntica em relação ao estatuto socioeconómico, religião, e nível de educação (Papalia, Olds & Feldman, 2000; Alferes, 1997; Alberoni, 2007; López & Oroz, 1999).

No que respeita ao enamoramento e amor, Sternberg (1985, citado por Papalia, Olds & Feldman, 2000; López & Oroz, 1999; Alferes, 1997) propõe a *teoria triangular do*

amor segundo a qual este sentimento é constituído por três elementos: *intimidade*; *paixão* e *compromisso*. A intimidade corresponde ao elemento emocional e envolve a auto-revelação. A paixão, o elemento motivacional, baseia-se em impulsos internos que traduzem o despertar fisiológico em desejo sexual. O compromisso, o elemento cognitivo, é a decisão de amar e ficar com o ser amado. O grau no qual cada um dos elementos está presente ou ausente determina o tipo de amor que o casal compartilha (Papalia, Olds & Feldman, 2000).

Em nossa opinião, tanto a perspectiva freudiana como a eriksiana enfatizam o papel da sexualidade na organização da psique possuindo, por isso, uma importância estrutural no desenvolvimento bio-psico-social dos seres humanos. Deste modo, a sexualidade constitui-se como uma forma de comunicação de afectos e emoções que se materializam nas complexas relações intra e interpessoais. A ligação dos afectos ao psiquismo já tinha sido representada na mitologia grega na história de *Eros* e *Psique*. *Eros*, que é o “deus do amor”, apaixonou-se por *Psique*, que representa a alma humana mas que não tem o estatuto divino. *Psique* é filha do rei *Mileto*. *Afrodite*, mãe de *Eros*, não aceita essa relação amorosa e impõe a *Psique* uma série de tarefas tormentosas às quais consegue superar. A relação entre *Eros* e *Psique* consolida-se no decurso dessa superação e consubstancia-se pelo nascimento de um filho divino, o *Voluptas*, “deus do prazer”. Esta história ilustra a relação de dependência entre o amor e a mente. Segundo esta perspectiva a mente necessita de amadurecimento, preparação e, por ventura, sacrifício, para tornar possível a autoconsciência do amor. Provavelmente esse período preparatório representa a “educação” a partir da qual os seres humanos desenvolvem certas capacidades para a vida em relação, tais como, a capacidade de respeito por si e pelo outro, de escuta, de empatia. Não obstante, esta história também ilustra a transposição da sexualidade para o domínio da cultura onde é fonte e, em diversos aspectos, consequência.

2.1.3. Dimensão Histórico-cultural

Foucault (1994) elabora uma análise histórica fixada no período fundador da nossa civilização, estudando as concepções que os gregos clássicos possuíam sobre as diversas

facetas da sexualidade. Um conceito que este autor explorou foi o do desenvolvimento da moralidade baseada na *temperança*, que consiste na capacidade de autocontrolo dos impulsos básicos, tais como, comer, beber e realizar práticas sexuais e assume-se como um controlo dos desejos, antes que os desejos nos controlem a nós. Segundo Foucault (1994) esta capacidade era cultivada pelos homens virtuosos, ou seja, aqueles que aspiravam governar, sendo que, para os gregos clássicos, não fazia sentido um homem querer governar os outros quando não conseguia governar-se a si próprio. O homem capaz de temperança, de certa forma, adquire poder sobre os outros pois estes reconhecem-lhe o autodomínio. Foucault (1994) descortina nesta ideia algumas razões para a instalação do celibato como um exercício extremado da temperança. O significado político deste conceito não lhe extrai a relevância em educação para a saúde. Alguns autores (Fernandes, 2008; Odgen, 2004) sugerem que a aprendizagem da moderação é condição essencial para a manutenção do equilíbrio em saúde, na medida em que os comportamentos destemperados, por excesso ou por defeito, tendem a ser prejudiciais. Para Foucault (1994) quer o acto sexual quer o acto de comer e beber, são desafios à capacidade de temperança pois estão associadas ao prazer. Essa é uma descoberta importante dos gregos clássicos: a distinção entre *sexo reprodutivo* do *sexo por prazer* (conceito de *eros*). Estamos assim a rever a concepção freudiana de princípio do prazer e princípio da realidade, sublinhando-se, mais uma vez, a inevitabilidade de educar o comportamento sexual.

Nunes (1987) realiza a sua análise histórica segundo uma abordagem diferente. O autor apresenta uma perspectiva histórico-cultural da sexualidade humana, destacando os principais acontecimentos que mais marcaram a sua evolução. Descreve o modo como se transformaram os códigos e valores sobre sexualidade e sexo, evidenciando a íntima relação existente entre as transformações sociais e económicas com o comportamento sexual. A sua análise assume uma perspectiva dinâmica e progressista integrando as tensões existentes entre o ser humano, a sua relação com a Natureza, a economia e a política. Este autor identificou cinco etapas fundamentais na história da sexualidade, que correspondem a determinados padrões de organização social, política e moral, que lhes são característicos. Essas etapas iniciam-se com a *sexualidade primitiva mítica*,

passando-se ao *modelo patriarcal*, à *civilização cristã*, à *puritanização do sexo* e finalmente, a etapa em que nos encontramos actualmente, a *descompressão sexual*.

Segundo Nunes (1987) na primeira etapa, sexualidade primitiva mítica, o modelo de organização social era matriarcal existindo uma incorporação da sexualidade no mundo mágico e sagrado sem que esta fosse reprimida. A segunda etapa, distingue-se da primeira, pela transferência de poder social da mulher para o homem. A terceira e quarta etapa marcam períodos de crescente repressão da sexualidade, quer por via da moralidade cristã que impõe a concepção de pecado na sociedade medieval, quer por via da puritanização do sexo na sociedade capitalista. Segundo Nunes (1987) a repressão sexual verificada na sociedade capitalista ainda é mais forte do que a verificada na sociedade medieval. É neste período que surgem as grandes proibições (masturbação, nudez e controlo sexual por via do vestuário) e a valorização exclusiva da sexualidade matrimonial adulta, os imperativos de decência, o abandono obrigatório do corpo, a contenção e pudores da linguagem, sendo a sexualidade encerrada e remetida ao leito matrimonial. As convicções religiosas antigas reforçam-se atribuindo ao sexo o papel meramente reprodutivo.

A partir do século XIX o comportamento sexual começou a suscitar o interesse dos cientistas da época. Tentou-se desenvolver critérios para descrever a normalidade e a anormalidade sexuais. Na generalidade os comportamentos ligados à reprodução eram vistos como normais mas outros como a masturbação e a homossexualidade eram considerados anormais (Ogden, 2004). Este facto é ilustrado pela preocupação vitoriana com a moralidade sexual e pelos movimentos que proclamavam o puritanismo sexual e as tentativas para controlar a prostituição. O sexo era visto como um impulso biológico que precisava de ser expresso, mas apenas dentro dos limites das suas funções, isto é, a reprodução (Ogden, 2004; Nunes, 1987).

Desde o início do século XX que começou uma mudança de perspectiva. Embora o sexo ainda seja visto como biológico, a ênfase é agora posta mais no comportamento sexual enquanto actividade do que em termos de resultados (reprodução). Isto implica o estudo do desejo sexual, do prazer sexual e do orgasmo, resultando nas últimas décadas numa explosão de literatura sobre a terapia sexual e manuais sobre como desenvolver uma boa vida sexual (Ogden, 2004). Esta ênfase é ilustrada pelo clássico levantamento

realizado por Kinsey (1948, citado por Ogden, 2004), pelos programas de investigação desenvolvidos por Masters & Johnson (1966, citados por Ogden, 2004) e pelos relatórios de Hite sobre a sexualidade nos anos 70 e 80. Em Portugal, o Professor Egas Moniz na Universidade de Lisboa elabora a sua tese de doutoramento estudando o comportamento sexual dos portugueses.

A quinta etapa da história da sexualidade, segundo César Nunes, marca o período da descompressão sexual e tem o seu apogeu no final da Segunda Guerra Mundial, influenciado pelo novo modelo de vida americano, “*the american way of life*”, que é hiper-consumista, dependente de tecnologia e que tende a reduzir e incorporar a sexualidade na máquina de consumo (Nunes, 1987). Marcuse (1967, citado por Nunes, 1987) defende que a produção excessiva de estímulos sexuais na sociedade criou uma quantificação da sexualidade sem alterar qualitativamente o seu significado. Para Marcuse, essa massificação dos estímulos sexuais, não se fez acompanhar pela adequada humanização da mesma. Não são veiculadas as dimensões afectivas que são aspectos qualitativos da sexualidade, sendo as mesmas desvalorizadas. A sexualidade tornou-se, assim, num poderoso mecanismo de reprodução ideológica dos tempos modernos, associada à promoção do consumo.

Julgamos que a perspectiva histórica aqui apresentada é útil para clarificar as relações complexas entre a sexualidade e a organização social. Por essa razão, somos da opinião que explicitação destes conteúdos é imprescindível em qualquer programa de educação sexual, porque permite uma maior descentração da dimensão biológica (e higiénico-sanitária) possibilitando uma visão mais sistémica e integradora da sexualidade. Desta forma, alguns fenómenos poderão ser melhor compreendidos à luz da análise histórico-política como, por exemplo, a diferenciação dos papéis sexuais entre os géneros, a normalização da sexualidade e a sua relação com o poder. No contexto desta investigação é pertinente reflectirmos sobre a diferenciação dos papéis sexuais porque, o nível de conhecimentos e as atitudes em relação à saúde sexual e reprodutiva, variam entre os dois géneros, conforme é referido por alguns autores (Masters, Johnson, & Kolodny, 1987; Alferes, 1997; Nodin, 2001a; Ramos, Carvalho & Leal, 2005).

O Duplo Padrão de Moral Sexual

O conceito de *duplo padrão de moral sexual* foi inicialmente proposto por Reiss (1964, citado por Ramos, Carvalho & Leal, 2005) na sequência de várias investigações sobre o modelo de padrões sexuais, para se referir a um conjunto de normas sociais que determinam a prática de comportamentos sexuais diferenciados para cada um dos géneros, sendo que aos homens seria concedida uma maior liberdade sexual (Ramos, Carvalho & Leal, 2005; Masters, Johnson, & Kolodny, 1987). Mergulhando na realidade portuguesa do século XX encontramos no período referente ao Estado Novo, bons exemplos deste modelo. Durante o Estado Novo a postura política e social relativamente às questões da sexualidade eram profundamente conservadoras e objecto de censura frequente o que atesta o seu carácter repressor. Nas escolas, os esquemas do corpo humano eram apresentados sem os órgãos genitais e existia a política da divisão dos géneros sexuais em que rapazes e raparigas eram confinados a espaços de ensino distintos. Na opinião de Nodin (2008) este procedimento tinha como objectivo proteger as crianças e adolescentes de experimentalismos considerados desnecessários e perigosos.

Esta divisão territorial dos indivíduos dos dois géneros traduzia também, de alguma forma, aquilo que se vivia em termos das mentalidades nacionais durante este período histórico. As mulheres deveriam ser donas de casa, cuidar da vida doméstica e educar os filhos. Os homens deveriam ser os responsáveis pela vida activa, pela política e pela guerra (Rodrigues, 1995; Nodin, 2008). A este propósito, Rodrigues (1995) refere que o culto da Virgem Maria, celebrado pelo Estado Novo com a construção do santuário de Fátima, proporcionava às mulheres um ideal feminino de maternidade do qual se encontra ausente a sexualidade pela forte moralidade católica a ele associada. Pelo contrário, quanto aos homens, reinava uma muito maior permissividade sexual. Predominava assim uma situação em que toda a conjuntura social, política e cultural, reforçava e mantinha um duplo padrão de moralidade sexual rigidificado (Nodin, 2008; Rodrigues 1995). Às raparigas era esperado que apenas tivessem relações sexuais no contexto do casamento e aos rapazes que tivessem uma larga experiência sexual com diversas parceiras, independentemente do seu estado civil. A iniciação sexual no masculino era com frequência efectuada através do recurso à prostituição, uma espécie de

ritual de iniciação realizado em grupo ou conduzido pela mão do pai (Rodrigues, 1995; Nodin, 2008). No feminino, imperava o desconhecimento sobre a vida sexual, apenas atenuado nas vésperas nupciais pelos conselhos maternos. A regra era a de servir o marido, querendo isto dizer que a mulher deveria ser tão submissa ao nível sexual quanto o era na vida doméstica e social. O seu prazer era secundário ou mesmo indesejado (Rodrigues, 1995; Nodin, 2008).

Os últimos anos do século XX foram marcados por profundas transformações políticas, sociais, económicas e culturais, que tiveram, certamente, repercussões nas atitudes e nos comportamentos de ambos os géneros em relação à sexualidade. Esse facto tem levado vários investigadores a estudar o modo como o modelo do duplo padrão sexual tem evoluído com essas transformações. Em Portugal os trabalhos de Miguel & Vilar (1987), Alferes (1997) e, mais recentemente, Ramos, Carvalho & Leal (2005), atribuem um enfoque especial ao estudo das percepções do modelo do duplo padrão de moral sexual, sobretudo entre adolescentes e jovens adultos. Os resultados destes trabalhos apontam no sentido da existência de mudanças atitudinais entre os jovens e adolescentes, em direcção a uma moralidade sexual mais igualitária entre os géneros.

No trabalho realizado por Ramos, Carvalho & Leal (2005), um estudo de carácter exploratório e descritivo com 142 estudantes universitários do género feminino de uma universidade em Lisboa, com o objectivo de compreender as atitudes dessas estudantes relativamente à presença de um duplo padrão sexual, os investigadores concluíram que a maioria dos estudantes inquiridos aprovam um *script* sexual singular entre os géneros, isto é, defendem que a permissividade social, face à sexualidade, seja igualitária entre homens e mulheres. Este modelo mais igualitário é designado por *padrão de comportamento sexual singular* (Ramos, Carvalho & Leal, 2005). Contudo, os participantes não deixaram de perceber, nos outros, e na sociedade envolvente a valorização do duplo padrão sexual.

A moralidade sexual estruturada neste duplo padrão, em nossa opinião, pode estar na génese de diversos preconceitos, crenças e mitos, sobre a sexualidade, particularmente, relacionado com o género. A identificação, análise e estimulação do espírito crítico a essas crenças, em nossa opinião, constitui um objectivo central de um programa de educação sexual formal organizado em contexto escolar.

2.1.4. Dimensão Ética

Se o meio cultural envolvente pode influenciar o comportamento sexual, qual o papel que tem os valores pessoais nesse comportamento? Em que circunstâncias esses valores podem sobrepor-se às normas instituídas? Quais os valores mais significativos com interesse para a educação? Como se ultrapassa o problema da doutrinação de valores no processo de educação sexual formal? São questões que pretendemos clarificar neste ponto referente à análise da dimensão ética da sexualidade.

A dimensão ética é um aspecto inalienável da sexualidade humana que está associada às vivências individuais, à forma como cada um resolve os problemas com que se confronta no decurso dessas vivências, justifica as escolhas efectuadas e pauta o seu comportamento sexual. Por ventura, será também uma das vertentes da sexualidade que suscita maior polémica e controvérsia, dada a multiplicidade de considerações daí emergentes. Partilhamos a opinião de vários autores que consideram tratar-se de uma dimensão que importa ser estudada e compreendida pelos educadores, com o intuito de clarificar os valores e os princípios promotores de um sexualidade saudável sem cair na doutrinação despropositada típica de um passado recente (López & Oroz, 1999; Nápoles, 2002; Silva, 2006). Os valores e princípios ético-morais estão profundamente vinculados à sexualidade humana, afluindo em qualquer uma das suas dimensões, razão pela qual, qualquer que seja a perspectiva de estudo, os investigadores confrontam-se, invariavelmente, com uma multiplicidade de questões de natureza ético-moral, tais como, a privacidade, a intimidade e a confidencialidade. A própria interligação entre conhecimentos, atitudes e comportamentos, no domínio da saúde sexual e reprodutiva, está impregnada em elementos de natureza ético-moral. Segundo Alferes (1997) a formação da componente mental do comportamento sexual começa a esboçar-se após a acção de estímulos, internos ou externos, com propriedades eróticas que podem, ou não, estar baseados na aprendizagem. Contudo, essa actividade mental consiste na interligação de diversos processos mentais de diferentes naturezas: afectivos, informativos, imaginais (fantasias), fisiológicos, expectativas e processos avaliativos (atitudes e valores). Enquanto que os processos afectivos, imaginativos e informativos estão mais associados aos estímulos, os processos fisiológicos, expectativas e processos avaliativos estão mais

associados às respostas comportamentais abertas. Por esta razão, julgamos ser importante clarificar a relação existente entre reflexão ética e acção.

Para Savater (2005) a reflexão ética consiste na “arte de viver” num “saber viver” baseado na liberdade individual, isto é, na capacidade em “escolher dentro do possível”. Porém, sempre que se escolhe um caminho ou uma opção, abdicamos necessariamente de outras, podendo daí resultar uma sensação de perda e/ou ganho. A sexualidade está intimamente ligada à realização de escolhas simples ou complexas, conscientes ou inconscientes, livres ou condicionadas. É para facilitar o processo de decisão que o comportamento sexual, frequentemente, está regulado socialmente por normas, valores e princípios, mais ou menos universais, que estão embutidos na cultura, nos hábitos individuais mas não impedem o espaço para a acção livre. É precisamente no exercício dessa liberdade que se colocam as questões éticas no domínio da sexualidade (Alberoni, 2007; López & Oroz, 1999). Assim, podemos afirmar que o agir em liberdade requer uma reflexão ética prévia. Segundo Savater (2005) essa reflexão serve para analisarmos a influência dessa acção na nossa felicidade, porque, segundo este autor, nos seres humanos a busca da felicidade é algo natural. Uma acção livre irreflectida pode resultar na perda do estado de saúde sexual e reprodutivo, por esse motivo, a educação para os valores é tão importante como o fornecimento de informações técnico-científicas.

Educação em Valores Para Uma Sexualidade Responsável

Têm sido inúmeros, ao longo dos tempos, os pensadores que se debruçaram sobre a questão da moral e, inerentemente, dos valores. Tendo como primeiros grandes filósofos Sócrates, Platão e Aristóteles, passando por Kant, até aos dias actuais com Alberoni, Valadier, Lévinas e Ricouer (Silva, 2006). Na opinião de Gervilla (1998) a questão dos valores, antivalores e contravalores é inerente à condição humana, pois, qualquer acção, por mais simples que seja, possui sempre alguma conotação valorativa. Sócrates, Platão e Aristóteles atribuíram grande importância ao estudo dos valores, dedicando especial atenção à reflexão sobre a liberdade, justiça, verdade, sabedoria, e amor, como valores necessários para se viver honestamente como pessoas e para o bom funcionamento da sociedade (Gervilla, 1998). Às Escolas e Universidades são atribuídas diversas

responsabilidades mas uma delas passa necessariamente pela promoção de valores como a partilha, a reciprocidade, a co-responsabilidade, o respeito, a cidadania, tendo em vista a formação de cidadãos cientificamente e tecnologicamente alfabetizados, humanizados, de modo a se posicionarem de forma crítica, consciente e interveniente na sociedade (Silva, 2006). Toda a educação tem necessariamente um quadro ético de referência porque, educar no seu sentido mais amplo, é sempre e de alguma forma promover a educação para os valores sejam estes quais forem e seja qual for o processo utilizado (Alberoni, 2000; Marques & Prazeres, 2000; Silva, 2006). Se considerarmos a educação sexual como uma componente do processo educativo global com implicações na realização individual e no relacionamento interpessoal de cada um, obviamente não poderá deixar de referir-se também ela a um conjunto de valores. O conceito de *valor* é relativamente complexo e, por vezes, susceptível de confusão. Valores são princípios e convicções fundamentais que actuam como guias do nosso comportamento e que fortalecem as crenças sobre o que tem valor. São ideais porque nos batemos, referências, à luz das quais julgamos as nossas crenças e acções como boas, justas, desejáveis e dignas do nosso respeito como: amor, igualdade, justiça liberdade, verdade, felicidade, segurança, paz de espírito. Não são “virtudes” ou “atitudes” (Gervilla, 1998). As atitudes são predisposições comportamentais originadas pelos valores. Não obstante, uma exigência imposta aos educadores prende-se com o respeito à individualidade de cada um, ou seja, aos seus valores pessoais, familiares e culturais. Neste sentido, para Marques & Prazeres (2000) constituem valores essenciais da educação para a sexualidade:

- o reconhecimento de que a sexualidade é uma fonte de prazer e comunicação, e uma componente positiva de realização pessoal e das relações interpessoais;
- a valorização das diferentes expressões da sexualidade ao longo do ciclo de vida;
- o respeito pela pessoa do outro, quaisquer que sejam as suas características físicas e a sua orientação sexual;
- a promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos;
- o respeito pelo direito à diferença;
- o reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afectivo e amoroso na vivência da sexualidade;
- o reconhecimento do direito a uma maternidade/paternidade livres, conscientes e responsáveis;
- o reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspectos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual;

- a recusa de expressões da sexualidade que envolvam violência ou coacção, ou envolvam relações pessoais de dominação e de exploração;
 - a promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, nas esferas sexual e reprodutiva.
- (p. 14)

Na actualidade, a questão da formação ético-moral em contexto escola é, por vezes, crítica, porque, não se sabendo especificamente que valores transmitir e assumindo o respeito pelos valores dos outros, podemos facilmente cair em duas situações extremadas e opostas: o *endoutrinação*, que sujeita os alunos a uma série de normas éticas ou religiosas de forma irreflectida; e o *relativismo ético absoluto*, que paralisa qualquer processo educativo coerente pois assume qualquer valor como possível (Silva, 2006; Nápoles, 2002). A educação moral e de valores constitui-se actualmente como domínio autónomo do conhecimento em educação, tendo dado origem a um campo teórico diversificado, a *teoria da clarificação de valores*, a *teoria do desenvolvimento do juízo moral* e o *modelo da formação do carácter* (Silva, 2006) do qual decorrem vários modelos, orientações e estratégias para a formação pessoal e social dos jovens em contexto escolar.

A sexualidade reúne uma série de dimensões que se articulam para criar uma realidade complexa de natureza bio-psico-social. Ela é considerada uma “energia motivacional” que influencia e é influenciada pelo curso da história sendo um importante organizador social. Paralelamente, constitui-se como um elemento de estruturação psicológica fundamental, pois, a sua expressão, possibilita o desenvolvimento de capacidades necessárias à vida de relação. Ao contrário do que se passa com os outros animais, nos seres humanos, não é possível considerar que a maturidade sexual fica concluída com a maturação dos órgãos sexuais por volta dos 10-16 anos. É no período de transição da adolescência para a idade adulta que a maturidade psicoemocional se vai fortalecendo, em resultado da interacção com o ambiente relacional envolvente. A imaturidade psicoemocional do adolescente e a fraca autonomia socioeconómica do jovem adulto, colocam-nos numa posição vulnerável em relação à saúde sexual e reprodutiva, estando, particularmente, expostos à contaminação por IST's e à gravidez não desejada. Para fazer face a estes problemas, nos últimos anos tem vindo a ser cada vez mais discutido a pertinência da implementação de programas de educação sexual que visam a promoção da saúde integrada numa lógica de formação pessoal e social. Todavia,

alguns críticos da educação sexual argumentam que a conduta sexual não é pautada por conhecimentos, mas por outros factores instintivos e atitudinais, razão pela qual a Escola não deverá interferir nesse processo. Nesta lógica, o presente estudo tem como finalidade averiguar a possível relação entre o nível de conhecimentos em saúde sexual e reprodutiva com a atitude face à saúde sexual e reprodutiva. Na próxima secção, procede-se a uma reflexão teórica onde se aprofunda a relação entre sexualidade, educação e saúde, com o intuito primordial de clarificar o conceito de educação sexual.

2.2. Sexualidade, Educação e Saúde

A implementação de práticas educativas orientadas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, dirigidas a diversos grupos etários, é vista por alguns autores (Frade, Marques, Alverca & Vilar 2001; Grupo de Trabalho de Educação Sexual, 2005) como uma das medidas mais importantes no combate à propagação das IST's e da gravidez não desejada, especialmente entre os jovens. Esta proposta tem como pressuposto a existência de uma relação importante entre a educação e a saúde. Com efeito, a evidência científica parece reunir argumentos favoráveis a essa relação, pois alguns dados indicam que as pessoas com maiores índices de educação tendem a ser mais saudáveis e, quando doentes, geralmente recuperam mais facilmente pois compreendem melhor a situação que as afecta e desenvolvem estratégias de superação mais eficazes (Carvalho & Carvalho, 2006). Neste sentido, partindo do actual conceito de saúde, é importante clarificar o que significa educar e promover a saúde, e que implicações têm essas concepções na estruturação de programas ou projectos de educação sexual.

2.2.1. Promoção e Educação Para a Saúde

Em 1978, em Alma-Ata, a Conferência Mundial da OMS aprovou como seu grande objectivo a *Saúde Para Todos no Ano 2000*, lançando-se, assim, num dos seus maiores desafios. Hoje é evidente que o objectivo não foi alcançado, porém, esse acontecimento foi marcante para a reflexão que se desenvolveu em torno do conceito de saúde e para a sua própria evolução. A saúde, actualmente, pode ser definida e categorizada de acordo

com quatro modelos básicos: o *modelo clínico*; o *modelo adaptativo*; o *modelo da realização do papel*; e o *modelo eudomonístico* (Kramer, Longenecker & Woods, 1995)

O modelo clínico integra a visão clássica entendida como “saúde é igual à ausência de doença” ou de qualquer funcionamento aberrante do organismo. A saúde ou a normalidade são identificadas pela ausência de sinais e sintomas anormais, tal como são delineados pela ciência médica. O modelo adaptativo de saúde define o estado saudável como um estado de estabilidade. O indivíduo estável, e por isso saudável, é aquele que pode reagir, acomodar-se e ajustar-se aos vários agentes de *stress* no ambiente interno e externo. O modelo da realização do papel descreve a saúde como a capacidade do indivíduo para realizar eficazmente os papéis e as tarefas para que foi solicitado. A saúde, de acordo com este modelo, é um conceito relativista baseado em descrições correntes de normas sociais. O modelo eudemonístico define a saúde como bem-estar, realização pessoal, entusiasmo, interação significativa com o ambiente vivo e não-vivo e crescimento autodeterminado (Kramer, Longenecker & Woods, 1995).

A definição que tem resistido ao longo dos últimos anos consta do preâmbulo da constituição da OMS e diz o seguinte: “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou deformidade” (Costa, 1995, p. 10). Esta definição integra todos os modelos de saúde referidos anteriormente. Enquanto a antiga definição (saúde como ausência de doença) se limita ao funcionamento do organismo do indivíduo, a actual (da OMS) dá uma visão muito mais ampla e completa de todos os factores que podem influenciar a saúde do ser humano, porque o integra no seu espaço social, tem em conta a sua dimensão psicológica e não esquece o aspecto funcional (Costa, 1995). O conceito de saúde nesta última versão apresenta, assim, uma visão integral e holística do indivíduo. Paralelamente, têm ocorrido nos últimos tempos mudanças acentuadas na forma de tratar a doença e de cuidar dos doentes: tem-se mudado progressivamente de um modelo de intervenção paternalista, que incluía práticas de não informação e focalização no tratamento, para um modelo de gestão de cuidados, baseado na ideia de que cada um é responsável por si e pela sua saúde. A esta nova concepção está subjacente a convicção crescente de que os estados mórbidos são prevenidos individual e colectivamente (Redman, 2003). A tónica coloca-se então nos indivíduos e nos seus comportamentos.

Thomas Mckeown em 1979 (citado por Odgen, 2004) demonstrou que o declínio acentuado na prevalência de certas doenças infecciosas muito comuns nos finais de século XIX e início do século XX como, por exemplo, a tuberculose, o sarampo e a varíola, não se devem à evolução dos cuidados médicos (introdução dos antibióticos, quimioterapia e vacinação) mas a uma melhoria das condições ambientais e sociais das populações (melhoria das condições alimentares e das condições de habitação e saneamento básico nas cidades, melhoria da higiene pessoal). Mckeown argumentou que as doenças contemporâneas são causadas por “influências que o indivíduo determina através do seu próprio comportamento como, por exemplo, exposição ao fumo, alimentação desregrada, sexo desprotegido e coisas semelhantes” (Odgen, 2004). Uma nova “disciplina” a *promoção da saúde*, encontrou, assim, condições para se desenvolver.

Em 1986, acontece a Primeira Conferência Internacional da Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, onde foi produzido um documento histórico, a *Carta de Ottawa*. Esta carta institui-se como uma chamada de acção para a promoção da saúde para todos. Não foca apenas a mudança individual de comportamentos mas também a mudança social e a acção política. Neste documento defende-se um conceito de promoção da saúde:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo que visa habilitar a comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem ser capazes de identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente ou adaptar-se a ele. (Carta de Ottawa, 1986)

Nas duas últimas décadas têm sido apresentadas novas definições entre as quais se destaca a da OMS “*The process of enabling people to increase control over, and to improve, their health*” (Rootman, *et al.*, 2001, p. 10) e a de Green & Iverson (1982, citado por Rootman, *et al.*, 2001, p. 11) em que a vertente educacional é enfatizada: “*Any combination of health education and related organizational, political and economic supports*”.

A *educação para a saúde* corresponde a um processo de ensino-aprendizagem centrado em temáticas da saúde com o objectivo de promover comportamento saudáveis, contribuindo para manter e/ou recuperar o estado de saúde e bem-estar (Rootman, *et al.*,

2001). Para Redman (2003) a educação para a saúde deverá ser praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção. A fase de avaliação de necessidades determina a natureza das mesmas bem como o grau de motivação para a aprendizagem, onde serão estabelecidas metas e objectivos. A fase de intervenção é construída para estimular o ensino face às necessidades de aprendizagem do grupo participante. A fase de avaliação ocorre ao longo do processo, em intervalos periódicos, para verificar se as metas estão a ser alcançadas.

Da mesma forma que se estabelecem diferenças entre a promoção da saúde e a educação para a saúde, também no campo da sexualidade essas diferenças são estabelecidas, isto é, a promoção da saúde sexual e reprodutiva não significa o mesmo que a educação para saúde sexual e reprodutiva.

2.2.2. Saúde Sexual e Reprodutiva

A distinção entre o conceito de *saúde sexual* e o de *saúde reprodutiva* é fácil em termos clínicos. Todavia, torna-se mais difícil numa lógica educacional em que estas facetas da saúde estão quase sempre associadas, pelo que, no presente trabalho, utilizamos a expressão “saúde sexual e reprodutiva”.

A importância atribuída à saúde sexual e reprodutiva é relativamente recente, tendo-se desenvolvido a partir de duas necessidades fundamentais: a de regulação da fertilidade e a de controlo das IST's, em particular da propagação do VIH/SIDA (Nodin, 2001a; Ogden, 2004; Butler, 2004). A regulação da fertilidade realiza-se pela utilização de diversos métodos contraceptivos, em especial a pílula oral contraceptiva e o preservativo que são, de longe, os mais utilizados (Ogden, 2004; Butler; 2004).

A noção de saúde reprodutiva começou a ser esboçada em 1992 pela Assembleia de Membros da *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) e em 1994 na Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento (CIPD) que teve lugar no Cairo (Cook, Dichens & Fathalla, 2003). Estas organizações relançaram o debate sobre a sexualidade humana, tendo como pano de fundo a conciliação entre o controlo do crescimento da população mundial e as necessidades reais de cada indivíduo ao nível sexual, respeitando aos seus direitos reprodutivos e a sua sexualidade (Cook, Dichens &

Fathalla, 2003; Nodin, 2001a). Da Conferência do CIPD emergiu a seguinte definição de saúde reprodutiva:

Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant. Cook, Dichens & Fathalla (2003, p. 12).

Cook, Dichens & Fathalla (2003) destacam a existência de possíveis zonas de conflito associadas à saúde reprodutiva. Se, por um lado, é consistente com a promoção das necessidades individuais e defesa dos direitos, liberdades e garantias de cada cidadão na expressão livre da sua sexualidade, por outro, contribui para o controlo do crescimento demográfico mundial e regional, indo assim ao encontro das pretensões de determinadas entidades. Estes autores enfatizam que pode ser difícil conciliar as necessidades reprodutivas individuais das colectivas, levantando-se aqui inúmeras questões de ordem legal e ética.

Em síntese, a saúde reprodutiva corresponde a uma área particular da saúde, que tem como finalidade que as pessoas gozem da ausência de enfermidades específicas do aparelho reprodutor, e acima de tudo, da liberdade de decisão em relação à expressão livre, consciente e responsável da sua sexualidade (Cook, Dichens & Fathalla, 2003). Na sua essência, a saúde reprodutiva integra elementos de natureza biológica, médica, psicológica e social ao qual acresce uma dimensão ético-legal.

A saúde sexual é uma parte integrante da saúde reprodutiva (Nodin, 2001a), é pertinente, por vezes, falarmos separadamente de saúde sexual, porque, nas sociedades contemporâneas a sexualidade não tem fins meramente reprodutivos. A expressão da sexualidade integra-se também numa vertente fundamental da satisfação pessoal e bem-estar geral. Deste modo, este conceito é estruturado em três componentes essenciais: a) a capacidade para obter satisfação e gratificação num contexto de uma relação íntima; b) vivência de uma sexualidade livre de abusos, coação e violência de índole sexual; c) a

possibilidade de prática de sexo seguro, tendo em vista a prevenção das IST's (Cook, Dichens & Fathalla, 2003). De acordo com Nodin (2001a) tanto a saúde sexual como a saúde reprodutiva correspondem a um estado global de saúde e bem estar aos níveis sexual e reprodutivo, sendo dada especial atenção às opções individuais esclarecidas, numa concepção positiva da sexualidade humana nos seus diversos aspectos emocionais, sociais, fisiológicos e relacionais.

Butler (2004) entende que a saúde sexual é influenciada por uma complexa teia de fenómenos que incluem o comportamento sexual, as atitudes, os conhecimentos e os factores de ordem bio-psico-social (predisposição genética, exposição ao risco, condições socioeconómicas, entre outras). Neste sentido, esta autora não faz uma distinção clara entre saúde sexual e reprodutiva, relacionando estas duas dimensões da saúde, numa problemática mais abrangente que inclui os tópicos seguintes: os problemas referentes às IST's clássicas e emergentes (como por exemplo o VIH/SIDA); a gravidez não desejada e o aborto; a infertilidade; o cancro resultante de ISTs; e as disfunções sexuais. O conceito de saúde sexual proposto pela OMS é então o seguinte:

Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social wellbeing in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. Butler (2004, p.3)

O conceito de saúde sexual inclui, desta forma, uma abordagem multidimensional da sexualidade humana não limitada aos seus aspectos biológicos e fisiológicos. São integradas as facetas emocionais, afectivas e relacionais da sexualidade, abordando-se questões, tais como, a autodeterminação sexual, a comunicação entre parceiros, a atracção e o amor, as normas e os valores, o comportamento sexual e a vivência da sexualidade. No que diz respeito aos direitos sexuais, Butler (2004) interliga-os aos direitos humanos que já são reconhecidos nas leis nacionais e internacionais e no essencial incidem no direito à:

- a) não coerção, discriminação e violência sexual;
- b) possibilidade em atingir o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva, com acesso aos serviços e cuidados existentes;

- c) procurar, receber e transmitir informações relacionadas com a sexualidade;
- d) ter acesso a programas de educação sexual;
- e) o respeito pela integridade física;
- f) escolher o seu parceiro;
- g) decidir ser sexualmente activa(o) ou não;
- h) não coação para o acto sexual;
- i) não coação para o casamento;
- j) decidir sobre a parentalidade;
- l) ter uma vida sexual segura.

Seguindo a opinião de alguns autores (Nodin, 2001a; Butler, 2004) é mais enriquecedor utilizar a expressão “saúde sexual e reprodutiva”, como é feito neste trabalho, uma vez que os dois conceitos se complementam e equilibram numa abordagem integrada da sexualidade humana. A saúde sexual e reprodutiva institui-se assim como uma grande área de intervenção educacional, médica, sociológica, política e tecnológica. Neste contexto, para o IPPF (1997) os principais tópicos a trabalhar na intervenção em saúde sexual e reprodutiva são os seguintes:

- a) educação sobre sexualidade e reprodução;
- b) informação, educação e meios de regular a fertilidade, incluindo o provisionamento de métodos contraceptivos;
- c) educação e cuidados durante a gravidez, parto e período do pós-parto, incluindo aconselhamento relativamente aos papéis parentais;
- d) cuidados ao recém-nascido, nomeadamente reforçando a importância da amamentação materna;
- e) prevenção da infertilidade e tratamento do casal infértil;
- f) gestão humana do aborto;
- g) prevenção e tratamento das infecções de transmissão sexual;
- h) prevenção e tratamento de doenças do sistema reprodutivo e problemas endócrinos associados;
- i) protecção do estatuto nutricional da mulher;

- j) aspectos relacionados com a saúde mental que possam influenciar a sexualidade e a reprodução;
- k) prevenção da violência sexual e de práticas prejudiciais associadas, tais como a mutilação genital, bem como os cuidados às vítimas do mesmo.

Distinção Entre Promoção e Educação, Para a Saúde Sexual e Reprodutiva

Segundo Butler (2004) a *promoção da saúde sexual e reprodutiva* requer um programa global de actividades que engloba a saúde, a educação, bem como a política, o sector económico e os domínios jurídicos. Em cada área de acção é necessário eliminar os factores causadores de “doença sexual” e promover os factores beneficiadores da “saúde sexual”. Estes cinco domínios de intervenção (saúde, educação, política, económica e direito) deverão basear-se nos seguintes princípios fundamentais: a) tomada de consciência sobre a importância do género na dinâmica de saúde sexual; b) reconhecimento da diversidade de papéis e orientações sexuais; c) promoção do respeito pelos direitos individuais; d) participação de todos, incluindo os mais vulneráveis e marginalizados, em actividades para promover a saúde sexual; e) tomada de consciência da necessidade de resolver os problemas associados ao risco e à vulnerabilidade; f) criação de políticas e normas sociais propiciadoras de um bom ambiente de saúde.

No domínio da educação Butler (2004) defende ser fundamental que qualquer processo educativo se oriente de acordo com os seguintes princípios: a) ser abrangente a toda a população juvenil; b) ser realizada por profissionais com formação específica em sexualidade e saúde sexual, quer sejam profissionais de saúde, professores, assistentes sociais, ou outros profissionais chave; c) incidir em iniciativas de base comunitária, para satisfazer as necessidades dos jovens ou de outros grupos especialmente vulneráveis que não estejam inseridos no sistema educativo ou que tenham dificuldade de acesso aos serviços de saúde especializados. Num contexto mais amplo, as actividades políticas são necessárias para mobilizar recursos para a saúde sexual, quer financeiros, materiais e humanos, quer mobilizando as forças vivas da comunidade (associações, institutos, delegações governamentais e não governamentais, entre outros). Do ponto de vista legislativo deverão ser garantidos os direitos individuais, a protecção daqueles que são

vulneráveis à exploração, o reconhecimento do direito à integridade corporal, e a promoção do acesso aos serviços de saúde e de educação Butler (2004).

Como vimos, a educação constitui um vértice fundamental na promoção da saúde sexual, sendo a escola um espaço privilegiado para essa acção. A escola pode constituir-se como um importante ambiente promotor da saúde, tanto para os alunos como para o pessoal docente e não docente, através da criação de condições de vida e de trabalho que sejam saudáveis, seguras, estimulantes e agradáveis, ou seja, uma Escola Promotora de Saúde (Akveld, Schaap & Vries, 1997). Por *Escola Promotora de Saúde*, entende-se aquela que proporciona aos seus membros não só a possibilidade de adquirir conhecimentos e competências na área da saúde, mas, fundamentalmente, poder tomar opções saudáveis, quer em meio escolar, quer em diferentes contextos extra-escolares (Parsons, Stears & Thomas, 1996).

A educação sexual ou educação para a sexualidade está intrinsecamente ligada à promoção da saúde sexual. Consiste no processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. 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 se sintam informados e seguros nas suas opções (Grupo de Trabalho de Educação Sexual, 2005). Dedicamos o ponto seguinte à clarificação deste conceito, que é central nesta dissertação.

2.2.3. Diferentes Perspectivas de Educação Sexual

Para Vaz, Vilar & Cardoso (1996) a educação sexual pode ocorrer em três contextos distintos: o *informal*, o *não formal* e o *formal*. A educação sexual informal surge ao longo da vida sendo marcada pelas experiências do dia-a-dia, ocorrendo de forma não consciencializada. As ocasiões mais frequentes são a família, as relações sociais próximas e todo o contexto cultural que envolve o indivíduo, incluindo a exposição aos meios de comunicação. Em função da aceitação, ou não, de comportamentos desenvolvidos ao longo do processo de socialização, as aprendizagens em contexto informal podem ser ou não, favorecedoras da saúde sexual e reprodutiva.

A educação sexual formal, em geral, desenvolve-se na escola tendo como principal dinamizador o professor. A não formal recorre a agentes dinamizadores alternativos como, por exemplo, os meios de comunicação, em tempos extra-curriculares ou paralelamente ao sistema educativo formal.

A educação sexual está implícita durante todo o processo de crescimento e maturação humano. Ao longo deste processo, as vivências são diversificadas, cabendo à escola proporcionar situações reflexivas que consciencializem e orientem os comportamentos no domínio da sexualidade. Torna-se necessário um processo intencional e programado, com actividades integradas no currículo, baseadas em quatro dimensões: sociológica, psicológica, epistemológica e pedagógica (Vaz, Vilar & Cardoso, 1996).

Diferentes perspectivas existem em relação aos conteúdos e temáticas a abordar em programas de educação sexual que têm suscitado muita discussão na comunidade, em geral, e entre os educadores, em particular. A perspectiva mais redutora é a *impositiva conservadora*, segundo a qual a educação sexual deve veicular normas rígidas de comportamento sexual e de conduta, assumindo a sexualidade com o objectivo exclusivo da procriação, limitando-se, por isso, a casais heterossexuais já constituídos ou em vias de constituição (Silva, 2006). A perspectiva *higiénico – sanitária* é igualmente redutora porque se limita à transmissão de informação científica relacionada com a anatomia e a fisiologia sexual. Apela-se ao controlo e prevenção das IST's, bem como à prevenção do aborto e de gravidezes indesejadas (Nápoles, 2002). Na perspectiva *hedonista* valoriza-se experiências que visam a obtenção máxima do prazer sem qualquer limitação, procurando a libertação do ser humano de todos os tabus. A educação sexual dirigida para uma intervenção sociopolítica, a partir da revolução sexual, segue uma perspectiva *antropológico-cultural*, segundo a qual, as normas, costumes e comportamentos sociais resultam da cultura e da sociedade (Nápoles, 2002). A educação sexual segundo uma perspectiva *personalista* enquadra-se numa educação integral, cujo objectivo principal é a construção de uma sexualidade, que tem subjacente os aspectos psicológicos, éticos e espirituais. Esta perspectiva procura educar dentro da dicotomia afectivo-social e ajudar a criança, o adolescente e o jovem: a conhecer-se, a conhecer o outro e a conhecer a importância das relações humanas; a aceitar o próprio corpo numa dimensão física,

intelectual e emocional; a detectar e a superar fixações; a orientar responsabilmente a própria sexualidade; a ser capaz de reconhecer e assumir as responsabilidades sexuais; a descobrir a importância do planeamento familiar e a forma de o realizar; e a assumir uma moral social responsável (Nápoles, 2002).

Aqueles que defendem a educação sexual, de um modo geral, advogam que o ajustamento sexual faz parte do ajustamento total da personalidade, estando transversalmente associado ao desenvolvimento da personalidade, tanto na sua natureza e necessidades como no que respeita às mudanças históricas que a representação sexual sofreu, influenciando valores e crenças. Convém observar que as pessoas estão constantemente a receber dos meios de comunicação social uma concepção distorcida do que é a sexualidade e que é preciso corrigir esta perspectiva, enfatizando os aspectos positivos das relações interpessoais e dos sentimentos. Também é certo que as pessoas recebem, constantemente, informação sobre a sexualidade, mas que esta é, quase sempre, deficitária e/ou distorcida (Silva, 2006; Nápoles, 2002; Marques & Prazeres, 2000; Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001; López & Oroz, 1999). De um modo ou de outro, uma informação sexual informal é sempre veiculada, mas, quase sempre, de forma confusa ou parcial. Torna-se necessário uma informação factual, cientificamente adequada e uma formação que permita uma tomada de decisão fundamentada, estimulando-se um desenvolvimento equilibrado e completo da pessoa.

A *American Psychological Association* (APA, 2005), após quinze anos de pesquisa, revela que os programas de educação sexual bem sucedidos compreendem um conjunto de aspectos, tais como: a compreensão da dicotomia risco/benefício ao nível da saúde e da sociedade; o enfoque nos resultados – o que leva a esclarecer os comportamentos a modificar; o desenvolvimento da autoconfiança e da auto-eficiência para desempenhar determinado papel ou acção; o reconhecimento da influência do meio social envolvente, isto é, de que forma o relacionamento com os outros pode influenciar o indivíduo, como agir em relação a influências sociais negativas e como procurar apoio positivo para a mudança; o reconhecimento dos valores importantes para cada um, através da ideia chave, “comportamentos negativos conduzem a consequências negativas”.

Segundo a APA (2005), os melhores programas de educação sexual são aqueles que promovem em conjunto o adiamento do início da actividade sexual, a correcta utilização

do preservativo e, ao mesmo tempo, fomentam e ensinam o desenvolvimento de capacidades comunicativas e de diálogo sobre a sexualidade. Estes programas, ainda segundo a mesma fonte, focam-se em ajudar os adolescentes a modificar o seu comportamento, utilizando técnicas activas de jogo, dramatização e exercícios que reforçam as competências relacionais. Parece que é essencial treinar o comportamento relacional e social adequado e promover a auto-estima, pois o conhecimento teórico, por si só, não capacita a pessoa para dizer “não” quando quer dizê-lo, e para aceitar apenas o que lhe parece adequado. Com este tipo de programas, a APA (2005) refere que uma maior percentagem dos adolescentes que eram abstinentes e se mantiveram, aumentou, e que o número de relações sexuais não protegidas desceu significativamente no grupo dos que já eram, ou se tornaram, sexualmente activos.

A educação sexual não é o mesmo que o aconselhamento sexual, embora se relacionem. O aconselhamento deve ser reservado aos técnicos habilitados porque o seu objectivo é responder a problemas concretos, com a necessária competência técnica e as devidas condições éticas, entre elas o sigilo e a segurança. Segundo diversos autores (Silva, 2006; Nápoles, 2002; Marques & Prazeres, 2000; Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001; López & Oroz, 1999) a educação sexual deve orientar-se para as seguintes metas:

Conhecimento – conjunto de informação básica, factual e conceptual para poder abordar as questões da sexualidade. Como a selecção destes conteúdos não é neutra, estes devem ser integrados num quadro de referência consistente e fundamentado.

Sentido e significado – o ensino deve promover a objectividade na análise da realidade interior e circundante como ferramenta essencial para a compreensão dos problemas pessoais e os dos outros. Esta função do ensino deve estar sempre presente, em casa e na escola.

Tolerância e reconhecimento face à diversidade – a educação sexual deve conduzir ao reconhecimento da diversidade de indivíduos, experiências e concepções que formam o grande mosaico humano. Esse reconhecimento, honesto, ajuda cada um a não pretender aplicar, incessantemente, os padrões pessoais de análise e de comportamento aos outros, sem entender primeiro os factores que os condicionam. Este princípio também permitirá

analisar melhor as escolhas pessoais e a permanecer-lhes fiel, quando pressionados pelas circunstâncias.

Mudança de atitudes – o desenvolvimento amplo e equilibrado do potencial humano faz-se, também, através da capacidade de alterar atitudes limitadas e/ou desadequadas, orientando o jovem para uma vida mais sã, tanto do ponto de vista biológico, como psicológico, social e ético-moral.

A Educação Sexual nas Escolas Portuguesas

A prática tem demonstrado que a escola é o único espaço que pode garantir uma educação sexual a todos os cidadãos (Silva, 2006). E, apesar das suas dificuldades, do peso das tarefas que já lhe estão entregues, as escolas podem encontrar meios humanos e materiais para implementar um programa de educação sexual realizado com qualidade, até porque congregam uma massa crítica de informação e conhecimento científico que só as instituições vocacionadas para a educação podem disponibilizar. Além disso, dispõem de espaços e equipamentos que podem ser rentabilizados. Contudo, qualquer projecto em contexto escolar, no quadro de um sistema educativo centralizado, carece do apoio de uma política coerente e clara que desencadeia as acções necessárias para ajudar as escolas naquelas funções.

Em Portugal, a primeira legislação referente à educação sexual foi emanada em 24 de Março de 1984, Lei 3/84 (Grupo de Trabalho de Educação Sexual, 2005). Neste documento é definido o papel do Estado nesta matéria, que é o de garantir o direito à educação sexual como componente do direito fundamental à educação. De acordo com os artigos 1º, nº 2 da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86 aprovado em 14 de Outubro) a saúde e o processo educativo visam o mesmo objectivo ao favorecer o desenvolvimento global da personalidade, o programa social e a democratização da sociedade. Relativamente ao desenvolvimento curricular, expresso no artigo nº 47, os planos curriculares do ensino básico incluirão em todos os ciclos e de forma adequada, uma área de formação pessoal e social, que pode ter como componentes a educação ecológica, a educação do consumidor, a educação familiar, a educação sexual, a

prevenção de acidentes, a educação para a saúde e participação nas instituições, serviços cívicos e outros do mesmo âmbito (Grupo de Trabalho de Educação Sexual, 2005).

Em 1998, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/98, foi aprovado o *Relatório Interministerial para a Elaboração de um Plano de Acção em Educação Sexual e Planeamento Familiar*, que visou concretizar alguns princípios consagrados na Lei 3/84. Nesse Relatório Interministerial a educação sexual é referida como “uma componente essencial da educação e da promoção da saúde”. Assim, tornou-se importante promover a concretização das leis existentes através da articulação entre os vários ministérios. No *Plano Para Uma Política Global da Família*, aprovado na Resolução do Conselho de Ministros n.º 7/99, foi especificado a necessidade de uma maior equidade no acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva aos jovens e adolescentes (Grupo de Trabalho de Educação Sexual, 2005). A Lei 120/99 veio reforçar as garantias do direito à saúde reprodutiva, consagrando medidas de promoção da educação sexual, da saúde reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. A aplicação dessas medidas é da competência dos estabelecimentos de ensino e de saúde podendo ser concretizados através de intervenções específicas ou desenvolvendo acções conjuntas. Em muitas escolas do nosso país, infelizmente, temas como a reprodução, o conhecimento e a compreensão da morfologia e fisiologia do corpo humano, as alterações físicas e comportamentais pelas quais o indivíduo passa aquando da puberdade, o estudo das doenças sexualmente transmissíveis são abordados apenas em disciplinas de Estudo do Meio (primeiro ciclo), Ciências da Natureza (segundo ciclo), Ciências Naturais (terceiro ciclo) e Biologia (secundário). São assuntos cuja obrigatoriedade é inquestionável, uma vez que vêm expressos nos respectivos programas, mas não completam de todo o leque de temas, questões, problemáticas que deveriam ser discutidas neste âmbito, tendo em vista a plena formação do aluno em educação sexual. No nosso entender, seria bastante pertinente uma transversalidade associada à educação sexual, em que não haveria uma disciplina única para estudar a sexualidade mas sim inseri-la, de forma contextualizada, nos currículos das diversas disciplinas, podendo em cada uma delas, abordar, segundo diferentes prismas, a mesma temática, como acontece por exemplo em algumas escolas do primeiro ciclo (Grupo de Trabalho de Educação Sexual, 2005).

De facto existem ainda muitos entraves à implementação da educação sexual em muitas escolas: formação inicial deficitária dos professores (talvez por não se sentirem preparados ou suficientemente à vontade para tal); dificuldade do Ministério da Educação na atribuição de tarefas e na criação de recursos educativos apropriados para o efeito e na gestão de uma carga horária que sofreria um acréscimo para professores e alunos; pais que, em geral, atribuem uma carga negativa a uma potencial disciplina que aborde esta temática (talvez por recearem que os seus filhos não estejam na faixa etária adequada para abordar tais assuntos ou por uma questão de religião e de valores).

Enquanto não houver uma definição clara destas questões, se elas não forem verdadeiramente discutidas e solucionadas, haverá sempre um número elevado de obstáculos de várias ordens, que impedirão a implementação de um verdadeiro projecto de educação sexual em que se reflecta eficazmente sobre a sexualidade, a importância cada vez maior de contrariar os casos de gravidez na adolescência, de abortos, de doenças sexualmente transmissíveis, de dor, sofrimento e intolerância, que são uma realidade dura e terrível, que apenas através do conhecimento e da compreensão da própria sexualidade pode ser combatida.

A escola enquanto espaço de socialização das crianças, adolescentes e jovens assume um papel fulcral no desenvolvimento e implementação da educação sexual, enquanto contributo para a formação pessoal e social. O projecto educativo de escola constitui uma base sólida para o desenvolvimento da promoção sexual, criando parcerias e envolvendo a família e as várias instituições que fazem parte da comunidade educativa, respondendo assim aos documentos de política educativa. Um programa de educação sexual na escola não pode ser limitado a aspectos meramente informativos, deve sim privilegiar um debate de ideias sobre valores pessoais, permitindo assim que os intervenientes assumam um papel activo e participativo, adquirindo os dados necessários para construir as suas próprias referências e definirem as suas opções. Apenas assim é possível fazer face à tendência actual do país, apostando numa informação correcta e num processo de ensino-aprendizagem que privilegie a comunicação e a construção de valores, tendo em vista a formação de indivíduos participativos na sociedade, de forma responsável e pertinente prontos a apoiar o próximo e a mudar para melhor o mundo e as relações humanas.

Existem outros agentes que muito influenciam os conhecimentos, as atitudes e comportamentos sexuais dos jovens, nomeadamente, os meios de comunicação. Alguns trabalhos sugerem ser esta uma das principais fontes utilizadas para a informação sexual. No ponto seguinte, analisamos alguns trabalhos de investigação que estudam a influência dos meios de comunicação, em particular a televisão, nas condutas sexuais de crianças e adolescentes.

Os Meios de Comunicação e a Educação Sexual Informal

No jornal *Público* de 23 de Março de 2006, foi publicada uma notícia intitulada *Meios de Comunicação influenciam hábitos sexuais dos adolescentes*, baseada num estudo elaborado por investigadores da Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill, EUA. Segundo este jornal, a referida investigação tinha como objectivo analisar a influência que a televisão, a música, o cinema e as revistas têm sobre as intenções e os comportamentos dos adolescentes, no que respeita ao sexo, comparando com contextos sociais como a família, a religião, a escola ou os amigos. Foi possível verificar que os *media* têm um impacte significativo na socialização sexual dos jovens. Os investigadores desse estudo destacam a falta de informação sobre sexualidade dirigida aos adolescentes, como causa mais provável da utilização dos *media* como fonte de informações sobre “as regras e os comportamentos sexuais”. Segundo esse estudo os *media* explicam em 13% as variações entre jovens no que respeita à intenção de iniciar a sua actividade sexual a curto prazo e contribuem em 8 a 10 % para as diferenças registadas entre as formas mais ou menos intensas de relacionamento sexual. Contudo, ao examinar alguns conteúdos (revistas, filmes, músicas, anúncios publicitários, num total de 264 produtos), os investigadores constataram que, regra geral, os exemplos examinados retratavam o sexo como uma actividade sem riscos, valorizando as relações entre pessoas solteiras, sendo muito rara a menção à utilização de preservativos assim como a meios de contracepção.

É mais ou menos consensual a ideia generalizada de que as cenas de cariz erótico-sexual são uma das maneiras mais eficientes de aumentar as audiências televisivas. O que tem sido motivo de discussão e investigação é a influência dessas cenas no comportamento de crianças e adolescentes. Uma pesquisa realizada por Collins, *et al.*

(2004) da Universidade de Santa Mónica na Califórnia, EUA, sobre a influência da televisão no comportamento sexual dos adolescentes entre os 12 a 17 anos, sugere que a influência deste meio de comunicação é muito significativa. Segundo Collins, *et al.* (2004) os jovens que assistem com frequência a programas com conteúdo erótico são duas vezes mais propensos à precocidade nas relações sexuais do que aqueles que não vêem esse tipo de espectáculo porque os pais não permitem. Os investigadores analisaram os hábitos televisivos e sexuais de 1.792 adolescentes ao longo de um ano, tendo como fundamento a *teoria da aprendizagem social* para explicar alguns factos, dando especial destaque ao comportamento de imitação exemplificado na seguinte ideia, “Se toda a gente fala de sexo e faz sexo sem que nenhuma consequência negativa seja mostrada, o jovem pensa: eu também preciso fazer sexo” (Collins, *et al.*, 2004, p. 287). Esta investigação sugere que os programas com cenas de sexo não apenas provocam a antecipação da primeira relação sexual como também levam os jovens a queimar etapas mais rapidamente, ou seja, “passar dos beijos para carinhos mais ousados e destes para o sexo oral”. O surpreendente é que programas que apenas falam sobre sexo parecem ter sobre os adolescentes o mesmo efeito que aqueles que exibem cenas eróticas. O estudo sugere ainda que crianças de 12 anos que assistem com frequência a programas com conteúdo erótico mostram um despertar sexual similar ao de adolescentes de 14 ou 15 anos que vêem poucos programas desse tipo. Diante dos resultados, os pesquisadores afirmam que o impacto da televisão é enorme e que mesmo uma pequena redução na quantidade de sexo que é mostrada poderia ter um efeito substancial no comportamento dos jovens. Ainda, segundo esta pesquisa, nos EUA, os adolescentes vêem televisão 3 horas por dia, em média, 64% dos programas televisivos têm algum conteúdo sexual, 46% dos estudantes do ensino médio já tiveram relações sexuais e ocorre por ano cerca de 1 milhão de gravidezes em adolescentes. Segundo estes investigadores, qualquer programa que tenha um conteúdo sexual, mesmo que seja uma piada, terá um forte impacto no comportamento sexual dos adolescentes. Ainda assim o estudo sugere que os adolescentes são menos propensos a ter relações sexuais precoces quando os pais controlam as suas actividades, vivem juntos ou são religiosos.

Alguns estudos sugerem que um adolescente habituado a ver regularmente televisão recebe uma média anual de 2500 mensagens sobre sexualidade (Popper & Condry, 1999).

Esses investigadores referem ainda que, em contexto televisivo, as cenas eróticas frequentemente são associadas à violência, ao estereótipo de papéis sexuais e ao fraco desenvolvimento do conceito de risco e de responsabilidade no âmbito da sexualidade (Popper & Condry, 1999). Nestas circunstâncias podemos questionar sobre o papel da televisão na educação sexual das nossas crianças e jovens, sendo que, na opinião de Popper & Condry (1999):

a televisão é incapaz de as preparar para a sexualidade, isso verifica-se por duas razões: em primeiro lugar, a imagem que dá da sexualidade é geralmente falsa e deformada; em segundo lugar, nada ensina sobre a diversidade de comportamentos amorosos nem sobre as escolhas de que dispomos. (p.54)

Associada à exposição à televisão existe a exposição à publicidade que frequentemente é criada e apresentada com mensagens sexuais e eróticas subjacentes. Mesmo tratando-se de pequenos *spots* o que é apropriado através dos meios de comunicação visual, pode ser adquirido ou recebido pelo jovem telespectador sendo importante para a construção da sua vida presente e futura (Jeremias, 2005). A publicidade, como uma porta aberta da vida pública, e por vezes, privada, do mundo dos adultos, importa aos mais novos para novas aprendizagens visuais – ver como é e como se faz. O estilo de vida contemporâneo exige actualização nos conhecimentos, adaptação nos modos de estar, maior abertura no entendimento do mundo e uma literacia visual. A publicidade televisiva representa a actualização através de anúncios diariamente originais e dita novas tendências (Jeremias, 2005). A publicidade televisiva nem sempre esclarece os consumidores sobre as aprendizagens respeitantes aos produtos, modos de entender ou interagir com o consumo (Jeremias, 2005).

Abreu, *et al.* (2008) realizaram um estudo exploratório com o objectivo geral de verificar quais as principais concepções sobre sexualidade que emergem no discurso de crianças, adolescentes e adultos, após a visualização de anúncios publicitários. Nesse estudo participaram, 24 crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico, 24 adolescentes do 3º Ciclo do Ensino Básico e 17 adultos do 3º ano de um curso superior. Os autores destacam a presença, de um ideal estereotipado de beleza, centrado *no corpo, no jovem e no status*, facto observado em todos os anúncios e manifestado por todos os grupos participantes. De um modo geral, a sexualidade foi abordada na perspectiva do *prazer*, explorando

pouco a sua dimensão afectiva no sentido intra e interpessoal, ocorrendo uma vinculação de valores redutores do ser (homem e mulher) a um símbolo (objecto) sexual. Em relação às concepções manifestadas pelos grupos participantes, os autores salientam as seguintes ideias chave: as crianças, apresentam respostas centradas no produto publicitado, conseguem descrever o enredo e compreendem o objectivo comercial mas revelam pouca capacidade em enunciar os signos implícitos; os adolescente apresentam respostas variam entre o produto e os signos, revelam pouca capacidade crítica em relação às propriedades publicitadas; os adultos apresentam respostas que variam entre o produto e os signos e integram os elementos simbólicos nas suas necessidades pessoais. Abreu, *et al.* (2008) sublinham a importância do desenvolvimento do espírito crítico face à estimulação publicitária, requerendo, para tal, estimulação, treino e aprendizagem.

Além de ser em casa que o adolescente está mais exposto à televisão e, cada vez mais, à *Internet*, é também no contexto familiar que se realizam as primeiras relações afectivas, de apego e de sociabilidade que em muito influenciarão os ciclos de vida subsequentes, nomeadamente, nas suas dimensões afectiva, amorosa e sexual (Silva, 2006). A qualidade dessas primeiras relações, com o pai e a mãe (biológicos ou sociais), outros familiares e restantes figuras de apego, interfere no desenvolvimento global das crianças e jovens e evidenciar-se-á, a vários níveis, na continuidade da sua vida (Silva, 2006). Por essa razão, importa também compreender a influência da família do processo de educação da sexualidade.

A Educação Sexual na Família

Segundo Silva (2006) múltiplos trabalhos de investigação realizados nos últimos anos são bastante conclusivos ao considerar que os graus de confiança em si e nos outros, as atitudes de aceitação ou de recusa em relação ao corpo e à expressão dos afectos e da sexualidade, dependem em grande parte da influência familiar. Essas aprendizagens que se operam no contexto familiar, parecem processar-se através da observação de comportamentos e pela integração de modelos (Silva, 2006; Nápoles, 2002; Marques & Prazeres, 2000; Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001; López & Oroz, 1999) que incorporam tanto o fazer, como o pensar e o julgar, vêm reforçar a inevitabilidade da

participação da família na educação sexual das crianças e jovens. Sob esse prisma, a comunicação verbal na família acerca da sexualidade é apenas uma das fontes possíveis da aprendizagem sexual, mas não é, certamente, a mais importante. De facto, a linguagem afectivo-sexual tem múltiplas expressões. Tomem-se alguns exemplos, o modo como cada elemento da família exerce o seu papel sócio-sexual e como é, sistematicamente, organizado o conjunto familiar, a proximidade ou a distância física, as reacções mínimas acerca de acontecimentos que se relacionem com esta temática, os comentários sobre os comportamentos de outras pessoas ou sobre acontecimentos públicos e o silêncio, voluntário ou involuntário, em torno da temática afectivo-sexual, são factores determinantes na educação sexual no seio familiar (Silva, 2006). Não obstante, a falta de informação, os preconceitos, a imagem negativa do sexo e os conceitos distorcidos acerca de sexualidade, podem também fazer parte da cultura familiar. A educação sexual realizada e recebida na família, de geração para geração, pode ser “contaminada” por grande parte destes factores negativos, o que costuma trazer sérias consequências para o comportamento e vida sexuais de seus membros.

A família que ama, que acolhe e que cuida pode ser a mesma que reprime e pune manifestações sexuais e que apresenta o sexo como algo ameaçador e proibido. Estas mensagens repressivas veiculam-se de diferentes formas (López & Oroz, 1999): a) pela linguagem verbal - é muito comum o conteúdo proibitivo no discurso dos pais que reprimem expressamente a sexualidade dos seus filhos; b) pela linguagem não verbal – operadas por mensagens ambíguas que ficam subentendidas por um olhar de reprovação; c) pelas proibições, castigos ou punições - quando, por exemplo, os pais impedem passeios e viagens com o(a) namorado(a) ou utilizam um discurso ameaçador. Estes são apenas alguns exemplos possíveis de como a educação sexual, muitas vezes, pode ocorrer nos mais diversos contextos familiares, todavia, um outro modelo comum de educação sexual no seio familiar, prende-se com a omissão, onde pura e simplesmente a temática da sexualidade é tida como um assunto tabu.

Em geral, nenhuns dos agentes que interferem no saber que a criança e o jovem vão acumulando substituem as funções e as potencialidades da família. Contudo, mesmo com funções mais difusas, não é possível nem aconselhável menosprezar o papel dos agentes exteriores à família e à escola na aprendizagem de conteúdos sexualmente conotados,

sobretudo porque a sua influência é crescente ao longo da vida, como é o caso do grupo de amigos (Marques & Prazeres, 2000; Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001).

2.3. Riscos Para a Saúde Sexual e Reprodutiva nos Jovens

Quando nos anos 80 do século passado a comunidade científica tomou conhecimento da SIDA e associou a sua transmissão ao contacto sexual, isso originou um grande alarme mundial. Um conceito que emergiu na época foi o de *grupos de risco* que consistia na ideia de que a doença ocorre com maior probabilidade num grupo específico de pessoas, como por exemplo, naquele caso, os homossexuais, os toxicod dependentes entre outros. Em poucos anos a comunidade científica apercebeu-se que esse conceito estava errado face à assustadora taxa de progressão do VIH nas populações mundiais (Machado, 1992). Neste sentido surgiram dois novos conceitos, o de *comportamentos de risco* e o de *situações de risco* (Machado, 1992). O primeiro está relacionado com as vias de contaminação biológica dos agentes infecciosos e o segundo está relacionado com factores de natureza cultural, educacional e socioeconómica das populações (Machado, 1992). Longenecker, Dery & Woods (1995), substituem a noção de grupos de risco por pessoas em *situação de risco*. As pessoas em situação de risco são aquelas que participam em actividades que elevam o risco a um grau muito significativo. Neste contexto, é consensual em diversos autores (Roque, 2001; Nodin, 2001a; Matos, *et al.*, 2003; López & Oroz, 1999; Papalia, Olds & Feldman, 2000; Cerwonka, Isbell & Hansen, 2000) que os jovens são actualmente reconhecidos como estando em situação particularmente vulnerável no que à saúde sexual diz respeito, por causa dos seus padrões de actividade sexual que incluem: serem sexualmente activos e iniciarem a primeira relação sexual em idades cada vez mais precoces; o uso inconsistente do preservativo; a duração dos relacionamentos ser muito curta conduzindo à prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros; da associação cada vez mais crescente de álcool e drogas às práticas sexuais. Acresce a estes factores comportamentais, outros factores de natureza social, económica, cultural e psicológica que também interferem no aumento da vulnerabilidade deste grupo.

Para Odgen (2004) esta nova maneira de encarar a sexualidade como risco para a saúde é recente, estando fortemente relacionada com o impacto que o VIH/SIDA teve e está a ter na sociedade contemporânea. Para esta autora, os riscos associados ao sexo situam-se fundamentalmente ao nível da gravidez não desejada e do contágio de infecções sexualmente transmissíveis (IST's).

2.3.1. Infecções Sexualmente Transmissíveis

Segundo definição proposta pela WHO (2007) por IST's entende-se todas aquelas infecções possíveis de serem transmitidas de pessoa a pessoa por via do contacto sexual estando identificados mais de 30 agentes infecciosos entre, bactérias, vírus e parasitas, responsáveis por essas patologias. Para Olshansky (1995) as doenças transmitidas por via sexual ocorrem em relações heterossexuais e homossexuais e resultam do contacto íntimo com órgãos genitais, boca ou recto. As cinco IST clássicas, segundo Olshansky (1995), são a sífilis, a gonorreia, o cancro mole, o linfogranuloma venéreo e o granuloma inguinal, não obstante, considera-se ainda como IST as infecções por herpes genital, a uretrite inespecífica, a tricomoníase, a candidíase, a pediculose púbica, a escabiose, as verrugas genitais ou venéreas, o vírus da hepatite B, o condiloma subcutâneo e a vaginose bacteriana. O vírus da imunodeficiência humana (VIH) é o exemplo clássico das IST de nova geração.

Segundo estimativas da WHO (2007) ocorrem anualmente cerca de 340 milhões de novos casos curáveis de IST's, nomeadamente: sífilis; gonorreia; candidíase e tricomoníase, em idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos. Para esta organização, não só aumentou a incidência de muitas IST's como também aumentou o surgimento de agentes com múltiplos modos de transmissão, onde o vírus da hepatite B é o melhor exemplo. Uma das razões apontadas para o aumento da incidência das IST's a nível mundial, prende-se com as características dos sistemas sociais se terem tornado muito permissivos para a actividade sexual (Olshansky, 1995). Com efeito os padrões de comportamento sexual têm-se modificado progressivamente nas últimas décadas, apontando-se a *promiscuidade sexual* como o aspecto mais importante. Tem sido especialmente manifestada grande preocupação em relação aos jovens adultos e

adolescentes, que são considerados grupos vulneráveis no que respeita à promiscuidade sexual (WHO, 2007; Olshanky, 1995). Segundo a WHO (2007) as taxas de gonorreia mostram que os adultos jovens entre os 20 e os 24 anos de idade representam cerca de 40% dos casos declarados e que as pessoas entre os 15 e os 19 anos representam cerca de 25% dos casos. Como é possível verificar nestas estatísticas simples, este flagelo para a saúde está fortemente relacionado com as idades juvenis. Segundo Olshanky (1995) estas modificações sociais no comportamento sexual costumam ser designadas pelos três P's (permissividade; promiscuidade e pílula). Com efeito, a ideia subjacente é que com o advento dos antibióticos e da pílula, as pessoas começaram a perder o medo de contrair doenças e de engravidar. Associando esse efeito psicológico a uma maior permissividade social da sexualidade e ao comportamento sexual cada vez mais promíscuo, resulta invariavelmente numa maior exposição à infecção.

Sintetizando as referências encontradas na literatura consultada (Krešević, 1995; CDC, 2007; Flaskuerd, 1992; CVEDT, 2007; Lucas, 1993; WHO, 2007; Olshanky, 1995), os comportamentos de alto risco incluem:

- a) ter vários parceiros sexuais (ou alteração de parceiros sexuais);
- b) ter antecedentes pessoais de uma qualquer IST;
- c) ter um parceiro com antecedentes de IST;
- d) ter um parceiro com antecedentes desconhecidos;
- e) consumir drogas ou álcool numa relação sexual ocasional;
- f) ter um parceiro que consome drogas por via intravenosa;
- g) ter parceiros bissexuais ou homossexuais;
- h) ter relações sexuais anais;
- i) ter relações sexuais sem protecção com parceiro desconhecido.

A incidência das IST's pode ser um indicador indirecto da incidência do VIH/SIDA, porque os comportamentos que propiciam uma dada IST propiciam todas as outras e, da mesma forma, os comportamentos que evitam uma evitam todas as outras (Lucas, 1993). Contudo, o VIH/SIDA veio introduzir novas dinâmicas na compreensão da sexualidade humana, na medida em que despertou o interesse de uma vasta

comunidade científica, filosófica, política e económica, razão pela qual merece um tópico específico neste trabalho.

VIH/SIDA um Desafio à Educação para a Saúde Sexual

Em 1981 começou a surgir à escala mundial o fenómeno da SIDA. Os primeiros contactos com a doença fazem-se sobretudo em Junho de 1981 em Los Angeles e no Haiti surgindo sobretudo associada aos meios homossexuais e toxicómanos antes de atingir os hemofílicos transfundidos (Vidal, 1998). A primeira pessoa conhecida com os sintomas da SIDA chamava-se Gaetan Dugas e era um funcionário da *Air Canada* ao qual foi atribuído o número de código «paciente zero» tendo morrido três anos mais tarde (Vidal, 1998). Por essa altura o Centro de Controlo de Doenças (CDC) em Atlanta (EUA), começou a registar elevados casos de mortalidade associados a uma forma de pneumonia não mortal e a um cancro da pele, até então raro, o sarcoma de Kaposi (Kreševic, 1995). Os investigadores que estudavam este estranho caso das pneumonias fatais e do cancro da pele, chegaram à conclusão que o que estava na base deste problema era uma falência generalizada do sistema imunitário das pessoas afectadas, resultando daí a designação de *síndrome de imunodeficiência adquirida* (SIDA), termo esse aceite pela OMS em 1982.

Entre 1981 e 1986 travou-se uma longa batalha para isolar o agente causador desta afecção, particularmente entre investigadores americanos, Robert Gallo do Instituto Nacional do Cancro dos EUA, e franceses, Luc Montagnier do Instituto Pasteur de Paris, tendo-se isolado o *vírus da imunodeficiência humana* (VIH) (Flaskuerd, 1992). Em 1985 a investigadora portuguesa Odette Ferreira, em colaboração com o Instituto Pasteur de Paris, isola um outro vírus de estrutura semelhante ao VIH. A partir de então passam a designar-se estes vírus por VIH-1 e VIH-2. A origem do vírus ainda permanece desconhecida, embora existam várias teorias explicativas inconclusivas até ao momento.

O VIH foi posteriormente detectado em diversos líquidos orgânicos, incluindo sangue, sémen, líquido cefalorraquidiano, urina, fezes e saliva, não obstante é no soro do sangue e no líquido cefalorraquidiano de indivíduos infectados que se encontram as maiores concentrações do vírus, pelo que estes líquidos orgânicos constituem os meios de

contaminação mais prováveis (Kreševic, 1995). Embora o VIH tenha sido detectado na urina, nas fezes e na saliva não existem evidências consistentes quanto à transmissão por estas vias (CDC, 2007). Conhece-se três métodos principais de transmissão do VIH: a) contacto íntimo com secreções, incluindo o sêmen e secreções vaginais que ocorrem durante a relação sexual; b) contacto com sangue infectado, através de transfusões de sangue ou partilha de agulhas durante o uso de drogas por via intravenosa; c) transmissão mãe-filho através da placenta ou amamentação (Kreševic, 1995; CDC, 2007; Flaskuerd, 1992).

Embora qualquer pessoa possa, em tese, contrair este vírus, são conhecidos alguns comportamentos de risco. Com base nos padrões de transmissão actualmente conhecidos as pessoas com maior risco de exposição ao VIH são indivíduos do sexo masculino homossexuais e bissexuais, consumidores de drogas por via intravenosa, parceiros heterossexuais de indivíduos infectados pelo VIH, filhos de pais portadores do VIH e indivíduos que receberam sangue ou produtos plasmáticos especialmente antes de 1985 (Kreševic, 1995; CDC, 2007; Flaskuerd, 1992).

A forte incidência que se registou no passado em relação aos indivíduos homossexuais e bissexuais relaciona-se com a prática de relação anal. Com efeito, este tipo de relação pode provocar lacerações e traumatismos da mucosa anal que é muito frágil ocorrendo eventual transmissão sangue-sêmen. A utilização adequada do preservativo e a utilização de lubrificantes solúveis em água pode reduzir o risco de traumatismo e de transmissão da doença (Kreševic, 1995; CDC, 2007; Flaskuerd, 1992). Estudos sobre o contacto doméstico não sexual, partilha de utensílios de alimentação e de casa de banho, e contacto pessoal social, não demonstram a transmissão do VIH por contacto acidental (Kreševic, 1995; CDC, 2007; Flaskuerd, 1992).

A WHO (2007) estima que o número de casos de SIDA em todo o mundo, desde finais da década de 70 até ao fim de 1996, ronde os 6.700.000 sendo a distribuição de casos por continente muito díspar. O continente mais afectado é o de África e particular a zona Sub-sahariana com cerca de 5.000.000 casos estimados. Paralelamente o número de pessoas seropositivas para o VIH é, em todo o mundo, muito superior ao de pessoas com doença, estimando-se um valor próximo dos 22.600.000. Segundo a WHO (2007) o número de pessoas seropositivas em regra é mais de 10 vezes superior ao número de

pessoas com doença declarada. Trata-se com toda a certeza de uma pandemia de proporções e consequências imprevisíveis.

Na opinião de Lucas (1993), para combater o VIH/SIDA não existe melhor alternativa do que aprofundar o conhecimento sobre sexualidade humana, “levando ao desnudar dos seus mistérios” (p. 23), o que implica encarar a sexualidade não só como um factor de risco para a saúde mas também como um elemento fundador da saúde. Tal situação advém do facto do maior risco de contaminação estar fortemente associado ao comportamento sexual dos indivíduos.

Para Lucas (1993) uma das situações que comporta maior risco potencial é a dos indivíduos com vida sexual activa que já tiveram um parceiro regular e que se encontram actualmente sem parceiro(a) sexual regular. De entre estes o grupo mais significativo é o dos solteiros(as) sem parceiro(a) regular. Lucas (1993) encontrou uma forte associação com a idade. Aos 18-19 anos 34% dos rapazes e 12% das raparigas iniciadas sexualmente encontram-se na posição de solteiros sem parceiro regular. Aos 20-24 anos 27% dos jovens e 14% das jovens passam pela mesma experiência. Estes dados são consistentes com os achados no Centro Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) (2007) em que dos 14.195 casos de SIDA identificados e declarados até 31 de Dezembro de 2007, 82% corresponde ao sexo masculino e 17.9% ao sexo feminino.

Nos casos em que a idade é conhecida, verifica-se que 84.2% correspondem aos grupos etários entre os 20 e os 49 anos. Para contrariar a ideia de que a SIDA é um problema específico de determinados grupos como os homossexuais e os toxicod dependentes, a Figura 2.1 coloca em evidência as percentagens de diagnósticos de SIDA efectuados desde 1999 até 2007 e registados pelo CVEDT (2007) nas três categorias de transmissão; heterossexual, homo/bissexual e toxicod dependentes.

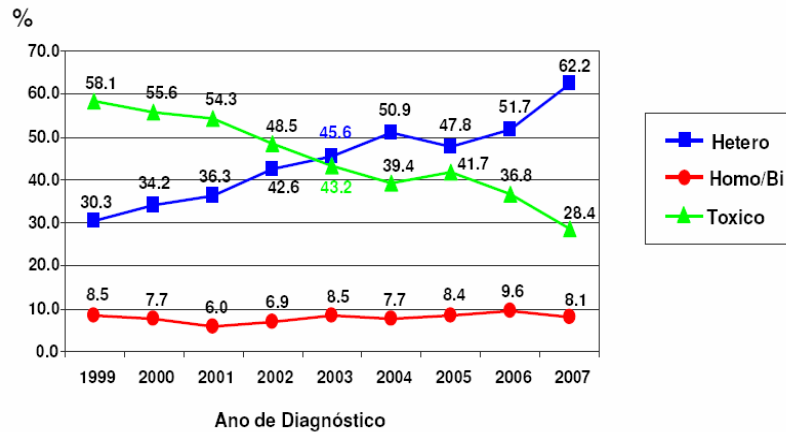


Figura 2.1. Evolução dos casos de SIDA em função das três principais categorias de transmissão: heterossexual; homo/Bissexual e toxicodependência. Fonte: Centro Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis extraído de www.sida.pt

A análise da Figura 2.1 revela uma forte tendência de subida de diagnósticos entre os heterossexuais, uma tendência de descida entre os toxicodependentes e uma estabilização entre os homo/bissexuais. Estes dados podem ser reveladores da falta de conhecimentos que ainda persiste sobre esta temática, levando a uma baixa prevalência de práticas sexuais seguras, particularmente entre heterossexuais. Muito trabalho estará ainda por fazer no domínio da educação e da promoção da saúde sexual e reprodutiva.

2.3.2. Gravidez Não Desejada

A gravidez não desejada ou gravidez involuntária é um fenómeno tão antigo como o próprio ser humano e prende-se directamente com a capacidade de regulação da fertilidade. Neste contexto, País (1987, citado por Roque, 2001) refere que no século XVII e XIX, em Portugal, o casamento não se organizava pelas leis do amor e da atracção sexual, sendo que essas emoções eram frequentemente procuradas fora deste. Como consequência os abortos, os infanticídios e as crianças “expostas na roda dos enjeitados” eram inúmeros. A situação atingiu tal importância social e política que o Intendente Pina Manique, em 1783, mandou construir as Casas da Roda para Enjeitados em todas as cabeças de Comarca (Roque, 2001). Neste sentido, desde sempre que as mulheres foram atormentadas por gravidezes não desejadas, fruto da incapacidade de controlar o fenómeno da concepção. McLaren (1997) aborda esta questão relatando que ao longo da história ocorreram duas “revoluções contraceptivas”. A primeira foi o

emprego pelos homens, nos séculos XVIII e XIX da *interrupção do coito*. A segunda das revoluções surge nos anos 60 do século XX com o advento da *pílula contraceptiva* e a legalização do aborto. Para este autor, a diferença entre estas duas revoluções, reside no facto da segunda, o poder ter sido atribuído às mulheres. Assim pela primeira vez a responsabilidade de criar vida é dada às que a produzem. No presente trabalho não nos preocupamos com a perspectiva associada ao controlo da natalidade destinada à regulação demográfica. Procuramos antes analisar esta questão na perspectiva da saúde reprodutiva e sexual dos jovens, tentando entender o modo como estes fenómenos os afectam, tendo em atenção dois aspectos fundamentais: a) a ocorrência de gravidezes em idades precoces, isto é, entre os 12 e os 16 anos (Lourenço, 1998); b) e a ocorrência de gravidez não desejada nos jovens de qualquer idade.

Na opinião de alguns autores (Guimarães, Vieira & Palmeira, 2003; Langille, 2007; Ogden, 2004) a utilização de qualquer método contraceptivo constitui-se acima de tudo como um processo de tomada de decisão tendo em consideração a consciência do tipo de relação existente, das vivências associadas à gravidez e do conhecimento explícito e operacional da utilização de métodos contraceptivos. Neste sentido se a contracepção não é uma tarefa fácil para um adulto, torna-se ainda mais difícil para a jovem e mais ainda para um adolescente. Num passado remoto era frequente as jovens a partir dos 14 ou 15 anos engravidarem. Por exemplo, Maria, mãe de Jesus Cristo, foi mãe aos 15 anos, segundo reza a Bíblia. Então porque razão estas questões se colocam agora de forma tão proeminente atribuindo à gravidez e à concepção um sentido negativo? Na opinião de Lourenço (1998) são vários os motivos que levam a colocar estas preocupações em torno das gravidezes em idades muito precoces. Primeiro, a maioria das adolescentes e jovens adultas, engravida fora da situação de casamento ou de uma relação afectiva estável. Segundo, as adolescentes e jovens adultas, que levam a sua gravidez a termo, pertencem na sua maioria a níveis socioeconómicos baixos. Terceiro, as profundas modificações no tecido social e laboral que ocorreram, exigem uma escolaridade superior às mulheres e uma intensa vida profissional, o que é inibidor da procriação. Quarto, genericamente e no contexto da saúde pública, a prevenção da gravidez não desejada especialmente em idades precoces, combate efectivamente a morbilidade e mortalidade quer das mães quer dos recém nascidos. Neste contexto, a gravidez na adolescência é, acima de tudo, um

importante problema de saúde pública em grande parte evitável, estando associada a sequelas negativas, tanto para as adolescentes que engravidam como para os seus filhos (Langille, 2007). A este propósito, em comparação com os bebés de mães mais velhas, os bebés de mães adolescentes são mais propensos a ter menor peso à nascença, maior mortalidade infantil, aumento do risco de internamento hospitalar durante a primeira infância e um desenvolvimento cognitivo mais pobre (Langille, 2007). As mães adolescentes estão mais sujeitas ao isolamento social; têm mais problemas de saúde mental; têm menor acesso à educação e conseqüentemente, menores oportunidades de emprego (Langille, 2007).

Segundo Langille (2007) entre 1995 e 2002, os Estados Unidos conseguiram reduzir significativamente este problema nas mulheres com idades compreendidas entre 15 e 19 anos. Para tal, a estratégia passou pela massificação da pílula contraceptiva tomada isoladamente ou em combinação com outros métodos. O exemplo dos EUA sugere que a facilitação do acesso à contraceção oral é um importante factor de diminuição das taxas de gravidez adolescente, já que a promoção da diminuição da actividade sexual nestas idades não se tem demonstrado muito eficaz (Langille, 2007).

A Figura 2.2 revela a situação portuguesa nos últimos anos. Pela observação da recta de regressão apresentada no gráfico podemos verificar uma tendência geral de descida do número de nascimentos em mães jovens entre os 15 e os 19 anos, particularmente após os anos 80, situando-se a taxa de fertilidade por 1000 jovens em torno dos 22 casos. Ainda assim continua a ser uma das maiores taxas de fertilidade juvenil da Europa acima da Espanha, Bélgica, Itália ou Suíça que registam valores abaixo dos 10 casos por 1000 jovens. O Reino Unido, com 30.8, a Eslováquia, com 26.9 e a Hungria, com 26.5, de acordo com indicadores da UNICEF (2007), continuam a ser os países europeus com maiores taxas.

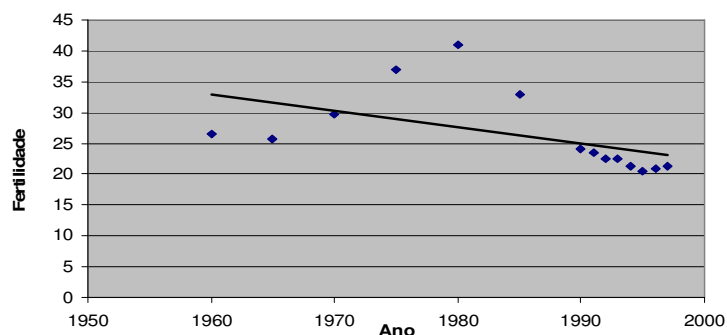


Figura 2.2. Taxa de fertilidade em jovens portuguesas entre os 15 e os 19 anos considerando o número de nascimentos por 1000 jovens: Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2007.

Para Silva & Magalhães (2008), num relatório publicado pelo Instituto Nacional de Estatística, algumas razões para esta tendência de declínio prendem-se com a introdução, no Sistema Nacional de Saúde, da Consulta de Planeamento Familiar, de um reforço das práticas de educação sexual nas escolas sobre os métodos contraceptivos, nalguns casos da legalização do aborto e, finalmente, por influência das campanhas de prevenção do VIH/SIDA com estímulo à utilização do preservativo. Os EUA entre 1994 e 2002 conseguiram reduzir a taxa de fertilidade juvenil de 106.1 para 76.4 graças à facilitação e massificação da utilização da contracepção oral ou de acção prolongada.

A utilização da pílula contraceptiva parece ser eficaz para o combate à gravidez não desejada. Ogden (2004) refere dois modelos utilizados para avaliar o uso da contracepção, *modelos desenvolvimentistas* e *modelos de tomada de decisão*. Os modelos desenvolvimentistas realçam o uso de contraceptivo como implicando uma série de fases. Sugerem um progresso ao longo dessas fases relacionando-as com a experiência sexual. A este propósito Lindemann (1977, citado por Ogden, 2004) desenvolveu a teoria das três fases do uso de contraceptivos que sugere uma maior probabilidade de uso de contraceptivos à medida que o indivíduo progride ao longo dessas fases:

1) *fase natural* – nesta fase as relações sexuais são relativamente inesperadas e os indivíduos não se encaram como seres sexualmente activos. Por esta razão o uso da contracepção é pouco provável.

2) *fase de prescrição pelos pares* – nesta fase, os indivíduos pedem conselhos sobre o uso de contraceptivos aos amigos, as relações sexuais são mais frequentes e a maior parte da contracepção envolve métodos menos seguros.

3) *fase do perito* – nesta fase, os indivíduos já incorporaram a sexualidade no seu autoconceito, procuram conselhos de profissionais e planeiam o uso da contracepção.

De uma forma geral podemos considerar que os adolescentes e jovens adultos se encontram algures entre estas três fases. Não obstante, quando se tornam sexualmente activos, a decisão de utilizar e obter o contraceptivo, é influenciada por muitos outros factores entre os quais, o conhecimento.

2.4. Conhecimento, Um Determinante do Comportamento de Saúde

O *comportamento de saúde* tem sido geralmente definido como qualquer actividade realizada por pessoas saudáveis para promover a saúde e evitar ou detectar a doença (Longenecker, Dery & Woods, 1995; Ogden, 2004). Segundo Matarazzo (1984, citado por Ogden, 2004) os comportamentos de saúde podem ser definidos em termos de *hábitos prejudiciais para a saúde*, por exemplo, fumar, praticar sexo não protegido e em termos de *comportamentos de protecção de saúde*, também designados por comportamentos imunogénicos como, por exemplo, utilizar o preservativo de forma consistente, evitar consumo de álcool e ir ao médico com regularidade. Também se pode distinguir entre *comportamentos de promoção* que têm por objectivo aumentar o nível geral de saúde e bem-estar conduzindo a uma maior realização e satisfação pessoal, e *os comportamentos de protecção* que procuram evitar a doença, o que significa que as pessoas procuram proteger activamente o corpo contra factores desencadeantes de tensão e sofrimento (Longenecker, Dery & Woods, 1995).

Tanto os comportamentos de promoção como de protecção da saúde são influenciados pelas percepções individuais sobre a ameaça da doença. Segundo Longenecker, Dery & Woods (1995), a consciencialização da ameaça da doença resulta, fundamentalmente, de dois factores: a consciencialização da *susceptibilidade* e da *gravidade*. Para estes autores a consciencialização da susceptibilidade ou vulnerabilidade, consiste no grau de ameaça à qual os indivíduos se sentem sujeitos, por outras palavras, consiste na *percepção do risco* (Ogden, 2004). Esta consciencialização de ameaça é uma experiência subjectiva podendo variar entre dois extremos opostos: entre um medo exagerado em contrair uma doença e a negação do risco face à mesma, acompanhada por

sentimentos de invulnerabilidade. É este sentimento de ameaça o principal factor modelador do comportamento de saúde, tanto na lógica da promoção como de protecção (Longenecker, Dery & Woods, 1995; Ogden, 2004). A consciencialização da gravidade consiste na percepção que os indivíduos têm sobre o impacto que a situação patológica terá nas suas vidas.

A realização efectiva de um comportamento particular (recomendado como benéfico, por exemplo, utilizar o preservativo) é ainda influenciada por dois factores: a convicção de que cumprir esse comportamento de saúde evitará ou modificará a doença, e a percepção de que os custos, os inconvenientes e os desagradados em cumprir esses comportamentos serão recompensados em termos de ganhos de saúde. Para Longenecker, Dery & Woods (1995) e Ogden (2004) é da combinação destes dois factores que surge uma multiplicidade de comportamentos que podem (ou não) ser influenciados pelo nível de conhecimento e aprendizagens anteriores que os indivíduos fizeram sobre esse tema. Neste sentido, torna-se fundamental para nós compreendermos, à luz das principais correntes teóricas tanto da psicologia da saúde como da educação, em primeiro lugar, o modo como o conhecimento é aprendido, e em segundo lugar, os processos pelos quais o conhecimento irá influenciar a adopção (ou não) de comportamentos protectores.

2.4.1. Teorias da Aprendizagem e os Comportamentos de Saúde

Um dos pressupostos fundamentais das ciências da educação é de que são os processos cognitivos que medeiam o comportamento. Não obstante, segundo alguns autores (Bennett & Murphy, 1999; Grizzell, 2007), até ao momento não surgiu nenhuma teoria que consiga explicar integralmente os processos de tomada de decisão associados aos comportamentos de saúde. As teorias actuais apenas se ocupam de aspectos particulares desse processo. Neste contexto, Bennett & Murphy (1999) consideram que as teorias relevantes para explicar a promoção da saúde incluem quer teorias gerais de tomada de decisão do ponto de vista comportamental, quer teorias centradas especificamente nos comportamentos relacionados com a saúde. Neste ponto iremos dar destaque às teorias gerais da aprendizagem, que segundo Bennett & Murphy (1999), estiveram na base das teorias dirigidas à explicação dos comportamentos de saúde.

Teoria do Condicionamento Operante

Na génese das teorias clássicas da aprendizagem, encontramos a corrente de pensamento comportamentista, desenvolvido por autores como, Watson, Thorndike entre outros, no início do século XX. Estes influenciaram de forma muito directa o pensamento de Skinner, que foi quem mais se destacou nesta corrente científica. Com efeito, os estudos de Skinner incidiam sobre a análise quantitativa do comportamento, tentando construir um modelo teórico despojado de subjectividade, por isso, baseado e fundamentado em experimentações meticulosamente planeadas. Neste contexto, Skinner introduz a *teoria do condicionamento operante*, completando alguns aspectos da *teoria do condicionamento instrumental* de Thorndike, aperfeiçoando a famosa *lei do efeito* chegou ao conceito de *reforço* que, como todos os conceitos de Skinner, era definido em termos operacionais não merecendo, por isso, as mesmas críticas que foram feitas a Thorndike (Sprinthall & Sprinthall, 1990).

Para Skinner, qualquer estímulo que quando acrescentado à situação aumenta a probabilidade de ocorrência de resposta é um *reforço positivo*. Se um estímulo for retirado da situação e ocorrer aumento da probabilidade de ocorrência da resposta temos um *reforço negativo* (Schunk, 1996). O princípio geral da teoria de Skinner, defende que se a ocorrência de um *operante* (qualquer resposta não respondente) for seguida de um estímulo reforçador haverá aumento na frequência da resposta desse operante. O reforço terá que ser contingente à ocorrência da resposta para que ocorra uma conexão resposta-estímulo e não uma conexão estímulo-resposta, só desta forma poderá ocorrer o condicionamento operante (Schunk, 1996). Skinner faz referência a outros conceitos como, punição, extinção, discriminação, generalização de estímulos, reforço incondicional ou primário, reforço condicional ou secundário, moldagem (condicionamento por aproximação), estímulo reforçador acidental, desamparo aprendido, que derivam do seu princípio geral e que vêm explicar situações que se afastam desse mesmo princípio.

Um dos pressupostos fundamentais desta abordagem teórica reside no facto de defender que o comportamento é influenciado principalmente pelo ambiente envolvente. De facto em contexto de saúde isso é verificado em diversas situações, por exemplo, o

consumo de drogas, álcool ou tabaco, pode ser reforçado positivamente ou negativamente pelo grupo de pares onde os indivíduos estão inseridos (Bennett & Murphy, 1999) e, como já tivemos oportunidade de verificar, o próprio comportamento sexual é fortemente condicionado pelos mecanismos da punição (rejeição sexual) e de reforço (prazer, aceitação). Não obstante, esta teoria tem sofrido algumas críticas pelo facto de não explicar em que medida os processos cognitivos e simbólicos influenciam alguns comportamentos.

Teoria da Aprendizagem Social

Para Bandura (1978) o comportamento, as estruturas cognitivas internas, e o ambiente, interagem de forma que cada um destes factores actue como determinante indissociável da outra. Do ponto de vista da promoção da saúde, os comportamentos e os processos de mudança de comportamento, são influenciados por factores associados ao próprio indivíduo, ao ambiente e ao comportamento em si (Bandura, 1978; Grizzell, 2007; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988). Desta forma, sem rejeitar alguns princípios do comportamentalismo, Bandura defende que o indivíduo continua a ser motivado para obter o máximo de reforço e o mínimo de punição do ambiente que o rodeia (Bandura, 1978). No entanto, consegue adiar a sua gratificação, trabalhar activamente e estabelecer planos de acordo com metas comportamentais a curto e longo prazo (Bennett & Murphy, 1999). Estas metas baseiam-se em escolhas entre reforços valorizados de forma diferente, consequências comportamentais aprendidas na observação de outros e num determinado enquadramento moral. Bennett & Murphy (1999) identificam nesta teoria da aprendizagem três elementos particularmente relevantes para a promoção da saúde: o papel das expectativas na determinação do comportamento: o processo de aprendizagem vicariante; e a influência motivadora do bom estado de saúde como resultado comportamental. Seguidamente clarificaremos o conceito de aprendizagem vicariante e modelagem para posteriormente dedicarmo-nos às teorias que incidem especificamente sobre os comportamentos de saúde.

Aprendizagem Vicariante e Modelagem

A aprendizagem vicariante e modelagem insere-se no modelo de aprendizagem social e sustenta-se na ideia de que aprendemos tendo por base o que observamos nos outros ao longo da vida. A partir da observação dos outros (que servem de modelo) aprendemos de forma vicariante a determinar resultados comportamentais e a estabelecer expectativas de eficácia, sem necessariamente termos nós próprios a experiência directa deles (Bennett & Murphy, 1999). Por exemplo, um jovem ao experimentar pela primeira vez um cigarro, segundo a teoria do condicionamento operante seria impelido a nunca mais repetir essa experiência pela aversividade e desagradabilidade que a inalação do fumo provoca (que iria funcionar como uma punição). No entanto, sabemos que isso muitas vezes não se passa assim. O jovem, segundo o processo de aprendizagem vicariante, apesar de ter experimentado as consequências desagradáveis do tabaco, observa nos outros que o mesmo pode ser uma experiência aprazível e gratificante no futuro. Desta forma, os indivíduos não se limitam a imitar os comportamentos que observam nos outros, mas desenvolvem expectativas quanto aos mesmos. Neste contexto, a família e os pares proporcionam fortes influências de modelagem inicial. Os meios de comunicação também fornecem uma enorme quantidade de modelos de comportamento, particularmente no comportamento sexual. Numa investigação realizada por Winett, *et al.*, (1989, citado por Bennett & Murphy, 1999) concluiu-se que as pessoas têm maior probabilidade de praticar um comportamento que observam quando o modelo se assemelha a elas, ou seja, quando o modelo é do mesmo sexo, idade, etnia. Além disso as pessoas famosas do desporto, meios de comunicação e política exercem uma influência mais forte sobre o comportamento dos indivíduos de baixo estatuto. Não obstante, a moldagem pode também servir para transmitir aptidões necessárias à modificação do comportamento ou para aumentar as expectativas quanto à eficácia, vendo os outros tentar e conseguir a mudança (Bennett & Murphy, 1999).

2.4.2. Modulação dos Comportamentos de Saúde

Tem sido sugerido por alguns autores que 50% da mortalidade ligada às dez principais causas de morte se deve directa ou indirectamente ao comportamento dos

indivíduos, incluindo as situações relacionadas com a sexualidade, como por exemplo, as IST's. Isto indica que o comportamento e o estilo de vida têm um efeito potencialmente importante na longevidade e morbilidade (Ogden, 2004). Todas as acções ou intervenções no âmbito da educação para a saúde e em particular para a saúde sexual, potenciando a adopção dos comportamentos protectores da saúde, tornaram-se numa medida fundamental no auxílio da erradicação de diversas situações de morbilidade e mortalidade. Parte das questões de investigação relacionadas com esta problemática, residem na tentativa de explicar os comportamentos predominantes face a uma determinada situação de morbilidade, bem como explicar os processos de mudança de comportamento. O sucesso dessas descobertas irá afectar o modo como se planeiam e implementam programas de educação para a saúde (*Washington State Department of Health*, 1998; Grizzell, 2007), razão pela qual é importante neste trabalho realizarmos uma breve síntese sobre as principais correntes teóricas que nas circunstâncias possuem o seu enquadramento científico na psicologia da saúde.

Num artigo publicado pelo *Washington State Department of Health* (1998) no seu site oficial, enfatiza-se que a informação e o conhecimento só por si não são factores suficientes para que ocorram mudanças de comportamento face a uma atitude de saúde mais positiva. Esta situação está associada ao facto da mudança de comportamento ser um processo muito complexo, onde se conjugam forças poderosas quer de promoção quer de degradação do estado de saúde. Essas forças são de natureza, psicológica, social e ambiental. A este propósito Leventhal, *et al.*, (1985, citado por Ogden, 2004) enumerou os principais factores que permitem predizer os comportamentos de saúde:

- a) factores sociais como a aprendizagem, o reforço, a modelagem e as normas sociais;
- b) factores genéticos que tornam os indivíduos mais ou menos vulneráveis a determinadas condições de morbilidade;
- c) factores emocionais como a ansiedade, o *stress*, a tensão e o medo;
- d) sintomas percebidos, como a dor, a fadiga, o mau estar;
- e) as crenças pessoais
- f) as crenças dos profissionais de saúde.

Do ponto de vista teórico esta abordagem atribui grande valor às *crenças* (Ogden, 2004). Estas, no limite, baseiam-se na percepção de vulnerabilidade e gravidade que anteriormente descrevemos. Ogden (2004) distingue duas principais correntes teóricas: a) os *modelos de cognição social*, que incluem: a teoria da atribuição; o *locus* de controlo da saúde; o optimismo irrealista; e o modelo das fases de mudança do comportamento; b) os *modelos cognitivos*, que incluem: o modelo de crenças de saúde; e a teoria da motivação para a mudança.

Modelos de Cognição Social

Estes modelos são inspirados na *teoria da aprendizagem social* de Albert Bandura, que tem em linha de conta tanto aspectos cognitivistas como comportamentalistas.

A *teoria da atribuição* foi desenvolvida inicialmente por Heider (1944 e 1958, citado por Ogden, 2004) e mais tarde por outros autores. Consiste na ideia de que os indivíduos estão motivados para ver o mundo social como previsível e controlável, tendendo assim para a atribuição sistemática de causas aos fenómenos com que se deparam. Por exemplo, um jovem defende a ideia de que o contágio de IST's está associado a determinados grupos de risco, como os homossexuais e prostitutas (atribuição relativa à causa) e por isso acredita que a utilização do preservativo só faz sentido em relações sexuais dentro desses grupos de risco (atribuição relativa à solução). Esta atribuição causal (que é manifestamente errada porque hoje sabemos não existirem grupos de risco mas sim comportamentos de risco) induz este jovem a uma utilização pouco regular e consistente do preservativo o que poderá colocá-lo numa situação de risco. Desta forma, consoante as características da atribuição que os indivíduos realizam perante os fenómenos de saúde/doença em que estão envolvidos, será possível prever (com uma certa margem de erro) a probabilidade de mudança de comportamento.

O *locus de controlo da saúde* está relacionado com a tendência individual para considerar a saúde e os comportamentos de saúde como situações controladas pelos próprios (*locus* de controlo interno) ou controladas por factores externos (*locus* de controlo externo). Os indivíduos tenderão a ser mais activos na manutenção e promoção

da sua saúde, quanto mais acreditarem que esta depende de si próprios (Grizzell, 2007; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988).

O *optimismo irrealista* é uma teoria proposta por Weinstein (1983 e 1984, citado por Ogden, 2004) que suporta a ideia de que uma das razões pelas quais as pessoas continuam a ter comportamentos prejudiciais para a sua saúde se deve a erradas percepções do risco e susceptibilidade, sustentadas por um optimismo irrealista. Em geral as pessoas tendem a acreditar que “o mal só acontece aos outros” e que de algum modo (por vezes mais ou menos mágico) estão protegidos do infortúnio. Weinstein (1987, citado por Ogden, 2004) descreve quatro factores cognitivos que contribuem para este optimismo irrealista:

- a) a falta de experiência pessoal no problema;
- b) a crença de que o problema é facilmente prevenido pela acção individual;
- c) a crença de que se o problema ainda não apareceu, então não aparecerá no futuro;
- d) a crença de que o problema é pouco frequente.

O mesmo autor sugere que a percepção do risco próprio não é um processo racional, afirmando que os indivíduos têm uma atenção selectiva ao risco (Ogden, 2004). Algumas pessoas ignoram comportamentos que aumentam o risco, por exemplo, a jovem que pratica sexo ocasional sob o efeito do álcool minimiza os riscos associados, referindo que se praticasse sexo sob o efeito de drogas seria muito mais grave. Para além disso, a jovem poderia pensar que nunca estaria em risco se utilizasse o preservativo na relação sexual. Desta forma, só pelo facto de pensar num comportamento saudável (utilização do preservativo) instala-se um optimismo imediato que minimiza o risco real pois a jovem não terá em consideração que estando sob o efeito do álcool a possibilidade de ceder à pressão sexual é maior, assim como diminui também a probabilidade de utilizar correctamente o preservativo colocando-a numa situação de risco.

O *modelo das fases de mudança do comportamento*, também chamado por modelo transteórico, foi originalmente desenvolvido por Prochaska & DiClemente (1982, citado por Ogden, 2004; Grizzell, 2007; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988). Neste modelo a mudança de comportamento é conceptualizada em cinco fases, pelas quais as pessoas passam, mesmo que de forma não linear ou evidente:

- a) pré-intenção: não pretender fazer qualquer mudança,
- b) intenção: considerar uma possibilidade de mudança,
- c) preparação: realizar pequenas mudanças,
- d) acção: empenhar-se activamente num novo comportamento,
- e) manutenção: manter a mudança ao longo do tempo.

O modelo também permite analisar o modo como o indivíduo pesa os custos e benefícios de um comportamento específico. Os autores defendem que em qualquer uma das etapas em que as pessoas se encontrem, esse balanço custo/benefícios estará sempre a ser efectuado, razão pela qual o progresso pode ser difícil. A vantagem deste modelo reside na criação de programas de intervenção individuais e específicos para cada fase (Ogden, 2004; Grizzell, 2007; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988).

Modelos Cognitivos

Os modelos cognitivos têm a particularidade de se centrarem nos factores preditivos e precursores dos comportamentos de saúde, sugerindo que esses comportamentos resultam de uma ponderação racional dos potenciais custos e benefícios (Ogden, 2004). O comportamento surge assim como o resultado de um processamento de informação racional, pondo em relevo as cognições individuais e não o contexto social de tais cognições, conforme é enfatizado nos modelos de cognição social. Associados aos modelos cognitivos existem fundamentalmente o modelo de crenças de saúde e a teoria da motivação para a protecção.

O *modelo de crenças de saúde* assenta na noção de que o comportamento resulta de um conjunto de crenças centrais que os indivíduos possam ter. Servem também de predictoras na probabilidade de um determinado comportamento vir a ocorrer (Ogden, 2004). Segundo diversos autores (Ogden, 2004; Grizzell, 2007; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) essas crenças, basicamente, suportam-se nas seguintes tópicos:

- a susceptibilidade à doença, por exemplo, “dado o meu comportamento sexual tenho baixa probabilidade em contrair uma IST;
- a gravidade da doença, por exemplo, “a SIDA é uma doença muito grave”;

- os custos envolvidos na realização de um comportamento, por exemplo, “utilizar o preservativo é aborrecido, porque sinto vergonha quando tenho que comprá-los”;
- os benefícios envolvidos na realização de um comportamento, por exemplo, “utilizar o preservativo consistentemente vai impedir-me de adoecer gravemente”;
- as pistas para a acção que podem ser internas ou externas. As *pistas internas* correspondem à confrontação com um determinado sintoma, por exemplo, “tive relações sexuais não protegidas e agora apareci com feridas nos órgãos genitais”. As *pistas externas* correspondem à informação que o indivíduo colhe do meio externo em diversas fontes, por exemplo, informação sob a forma de folhetos associados à educação para a saúde.

Rosenstock, Strecher & Becker, (1988) defendem que este modelo explica os resultados obtidos na investigação de que os indivíduos tendem a praticar sexo seguro (utilizando consistentemente o preservativo) quanto maior for a sua percepção da susceptibilidade, crença da gravidade dos problemas que daí advêm, e crença nos benefícios da prática do comportamento saudável.

A *teoria da motivação para a protecção* foi desenvolvida por Rogers (1975, 1983 e 1985, citado por Ogden, 2004) a partir do modelo das crenças de saúde. Para além de atribuir importância ao papel da percepção de gravidade, vulnerabilidade, eficácia da resposta e auto-eficácia na mudança, Rogers considera que um outro factor interfere neste processo, o *medo* (Ogden, 2004). Todas estas componentes irão influenciar na *avaliação da ameaça* e na avaliação da capacidade para lidar com a doença. De acordo com esta teoria existem duas fontes de informação: ambiental – por exemplo a persuasão verbal, a aprendizagem através da observação; e intrapessoal – que integra toda a experiência anterior. Estas informações influenciam a percepção da vulnerabilidade, gravidade, auto-eficácia, eficácia na resposta e medo. Desse equilíbrio poderá surgir uma resposta adaptativa no sentido da protecção da saúde, ou uma resposta não adaptativa, por exemplo, negando o problema ou evitando as soluções alternativas.

O conhecimento não é único elemento mental responsável pela modulação dos comportamentos de saúde e, em especial, do comportamento sexual. Para além do conhecimento/informação, existem outros elementos de natureza atitudinal, motivacional, afectiva, imaginativa e fisiológica, envolvidos nos processos mentais que conduzem à

formação de comportamentos de âmbito sexual (Alferes, 1997). Contudo, tanto os comportamentos que visam melhorar o estado de saúde, como os que procuram proteger o nível de saúde actual, são influenciados pelas percepções individuais em relação à ameaça. Neste sentido, o conhecimento/informação podem contribuir para um melhor ajustamento dessa percepções à realidade. Os modelos de aprendizagem social e aprendizagem vicariante sugerem que os indivíduos aprendem por imitação recorrendo-se de modelos. Se os modelos forem desadequados, os indivíduos poderão desenvolver uma percepção do risco extremada, tanto por excesso (instalando-se um medo exagerado de desenvolver problemas) como por defeito (negando a existência do risco). Ambas as situações são negativas para um desenvolvimento sexual saudável. Por isso, em nosso entender, uma abordagem educativa especializada e adequada a cada fase da vida pode contribuir para um desenvolvimento pessoal e social mais harmonioso. Todavia, é necessário termos presente que o adolescente e jovem adulto estão em fase de aprendizagem sobre os modelos comportamentais em relação à sua sexualidade. Esse processo de aprendizagem comporta não apenas conhecimentos como, também, atitudes e valores face à sexualidade e à saúde sexual e reprodutiva. Clarificar o conceito de atitude, compreender a preponderância que este elemento cognitivo têm predisposição comportamental para a adopção de escolhas saudáveis e perceber como podem as atitudes ser medidas, são os objectivos o próximo ponto.

2.4.3. Papel das Atitudes

Uma declaração de atitude consiste numa sentença que expressa um determinado ponto de vista em que a pessoa acredita. Pode ser traduzida também numa preferência, num julgamento, numa emoção ou numa determinada posição em relação a um qualquer assunto ou tema (Oppenheim, 1992). São esses enunciados ou sentenças que farão parte de uma escala de atitudes. O estudo das atitudes tem uma longa e complexa história na área das ciências sociais e humanas, como a psicologia e a educação. Alguns autores têm sugerido que as atitudes medem-se pelo estado de prontidão, rapidez com que uma pessoa exprime uma determinada tendência ou inclinação após a confrontação com um certo estímulo, por exemplo, uma pergunta (Oppenheim, 1992). A maioria das atitudes

individuais estão num estado relativamente inconsciente e nem sempre se traduzem em comportamentos. Essa transformação da atitude em comportamento é mais frequente quando a pessoa compreende de forma significativa o objecto dessa atitude (Oppenheim, 1992). Neste contexto, as atitudes são reforçadas pelas crenças (componente cognitiva), pelas emoções (componente emocional) que podem conduzir a uma intenção comportamental (Oppenheim, 1992). A atitude é, portanto, uma determinante do comportamento, mas ao contrário deste, é uma abstracção. Não obstante, as atitudes podem ter vários atributos, para além do seu conteúdo, elas podem ter intensidade (Oppenheim, 1992). Essa intensidade depende do interesse, preocupação ou conhecimento que as pessoas possuem em relação a uma determinada matéria. Algumas atitudes são persistentes no tempo, outras, porém, são superficiais e facilmente instáveis, mudando em função das circunstâncias externas. Da mesma forma outras atitudes podem ser embaraçosas devido à sua relação com o sistema moral (componente moral).

As atitudes distinguem-se das opiniões porque são mais profundas. O modelo da árvore proposto por Oppenheim (2000) ilustra essa ideia. Segundo este modelo as opiniões situam-se num nível muito superficial podendo ocorrer mudanças muito facilmente. Um conjunto de opiniões sobre uma determinada matéria converge para formar uma atitude sobre esse assunto. Desta forma as atitudes localizam-se num nível mais interno. Da mesma maneira, um conjunto de atitudes sobre um determinado assunto é dependente do sistema de valores e princípios dessa pessoa sobre essa matéria. Daqui decorre que o sistema de valores e princípios localizam-se num nível ainda mais profundo que as atitudes sendo muito mais resistente à mudança ou alteração. De acordo com este modelo, a estrutura mais interna, corresponde à personalidade da pessoa que é constituída pelos valores individuais.

2.5. O Que a Investigação Diz Sobre a Sexualidade Juvenil

Tal como já referimos anteriormente a vivência da sexualidade pode estar associada a alguns problemas de saúde, particularmente quando ocorrem comportamentos de risco. A este propósito, a actividade sexual tem sido analisada nos últimos anos na perspectiva da promoção da saúde, educação para a saúde e autoprotecção. Alguns autores defendem

que esta nova perspectiva de encarar a sexualidade se relaciona, principalmente, com a emergência de IST's com progressão muito severa, como é o caso do VIH/SIDA, e com a crescente necessidade colectiva e individual, de controlo da fertilidade. Neste contexto, os jovens são considerados como estando particularmente vulneráveis na área da saúde sexual e reprodutiva. Investigadores de diversas áreas científicas dedicam-se ao estudo da sexualidade juvenil e as linhas de investigação são múltiplas. Nesta dissertação, referimos trabalhos que estudam a população juvenil quanto aos conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos dos jovens no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Referimos também investigações centradas na efectividade dos programas de educação sexual e na efectividade do preservativo.

2.5.1. Estudos com Adolescentes

Dados recolhidos pelo *Youth Risk Behavior Surveillance EUA 2001* (Grunbaum, *et al.*, 2002) mostram que relativamente poucos jovens tinham utilizado o preservativo na última relação sexual (58%) e que cada vez mais jovens (25.6%) admitem associar à actividade sexual, o consumo de drogas e álcool. Curiosamente, o mesmo estudo realizado cinco anos depois (Eaton, *et al.*, 2005) mostra um aumento percentual do número de jovens que utilizou o preservativo na última relação sexual (62.8%) e uma diminuição do número de jovens que utilizou drogas e álcool durante a actividade sexual (23,3%). Nas duas investigações as diferenças de género mantiveram-se: os rapazes revelaram uma maior tendência para utilizar o preservativo e para consumir drogas e álcool no acto sexual. A este propósito, Ogden (2004), Matos, *et al.*, (2003) e Marques & Prazeres (2000) citam diversos estudos em que se procura compreender as influências psicológicas e comportamentais dos jovens e adolescentes, que estão implicadas na adopção de comportamentos de risco para as IST's (tomando o VIH/SIDA como paradigma), nomeadamente: Potsonen & Kontula (1999); Thomson, Currie, Told & Elton (1999); Cerwonka, Isbell, & Hansen (2000); Whitaker, Miller & Clark (2000); e DiClemente, Wingood, Crosby, Cobb, Harrinton & Davies (2001).

Os trabalhos de Potsonen & Kontula (1999); Thomson, Currie, Told & Elton (1999); Abraham, Sheeran, Abrams, Spears, & Marks (1991); Siegel, Lazarus,

Krasnovsky, Durbin & Chesny (1991), centram-se, fundamentalmente, no estudo dos conhecimentos e atitudes dos adolescentes no que diz respeito ao VIH/SIDA. Potsonen & Kontula (1999) analisam o fenómeno de exclusão social e estigmatização associada ao VIH/SIDA procurando perceber qual a atitude dos estudantes face às pessoas infectadas. Segundo estes autores as atitudes predominantes variam entre a negligência, a preocupação e a exclusão social. Os mesmos autores sugerem que atitudes menos positivas estão relacionadas com défices de conhecimento. De um modo geral, os estudos citados, sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos adolescentes face ao VIH/SIDA, revelam: baixos níveis de conhecimentos sobre as principais formas de transmissão do vírus VIH; baixa autopercepção de vulnerabilidade por parte dos adolescentes; e uma utilização incorrecta e inconsistente do preservativo associada às crenças sobre a sua capacidade protectora.

Os trabalhos de Cerwonka, Isbell, & Hansen (2000); Whitaker, Miller & Clark (2000) e DiClemente, Wingood, Crosby, Cobb, Harrinton & Davies (2001) enfatizam o papel da percepção da invulnerabilidade ao vírus, a deficiente comunicação com o parceiro sexual e com os pais acerca dos aspectos sexuais, a percepção das normas sociais e tipo de relacionamento, a dificuldade de planear acontecimentos futuros, as expectativas negativas associadas à utilização do preservativo e os baixos níveis de auto-eficácia e de confiança nas capacidades necessárias para utilizar o preservativo numa base consistente. Santelli, Cowry, Brener & Robin (2000, citados por Matos e Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003) concluíram que no contexto social dos EUA, factores como género, idade, sexo, etnicidade, normas culturais, estatuto socioeconómico, nível de educação parental e estrutura familiar, influenciam directa e indirectamente a atitude dos adolescentes face à saúde sexual e reprodutiva, no que respeita à adopção de comportamentos sexuais saudáveis ou de risco. Num trabalho anterior de Santelli, Brener, Lowry, Bhatt & Zabin (1998) foi possível encontrar uma forte relação entre o consumo de álcool, a escolha de múltiplos parceiros e a utilização inconsistente e incorrecta do preservativo, em adolescentes dos EUA, colocando este grupo numa situação particularmente vulnerável às IST's e à gravidez não desejada, tal como foi verificado por Cerwonka, Isbell, & Hansen (2000).

Trabalhos com o mesmo objectivo científico têm sido realizados praticamente em todos os continentes, sendo possível encontrar múltiplas referências *online* recorrendo a motores de busca conhecidos como a *B-on* ou a *Proquest*. Citamos apenas alguns estudos que nos pareceram relevantes. Aras, Semin, Gunay, Orcin & Ozan (2007) realizaram uma das primeiras pesquisas sobre o comportamento sexual em adolescentes na Turquia e encontraram diferenças significativas, no que respeita às atitudes e comportamentos sexuais de risco, ao nível do género: os rapazes têm maior probabilidade de ter comportamentos de risco; em geral estão menos informados; iniciam a vida sexual mais cedo; e têm maior número de parceiros sexuais. Foram também encontradas correlações positivas entre o baixo desempenho académico, os hábitos tabágicos e a vida sexual activa. A utilização do preservativo na primeira relação sexual parece ser muito baixa por parte dos adolescentes turcos.

Num estudo realizado em Itália por Signorelli, *et al.*, (2006), também ficou patente que as práticas sexuais de risco continuam a ter uma prevalência muito alta: 22.4% dos inquiridos afirmam ter experiências sexuais com parceiros ocasionais, destes, 34.6 % reconhece não utilizar o preservativo de forma consistente. Uma grande percentagem dos inquiridos do estudo afirmou que a sua grande fonte de informação sexual são os órgãos de comunicação social (76.7%) e os serviços de saúde (73.2%).

Os estudos na área da procura de informação sobre sexualidade mostram que de uma forma geral os adolescentes utilizam os amigos e/ou grupos de pares, seguindo-se os meios de comunicação social como, a televisão, as revistas e a *Internet*. A este propósito, Borges, Nichiata & Schor (2006) verificaram que os amigos e grupo de pares são a fonte de informação sexual mais frequente. Não obstante, os pares foram perdendo prioridade de consulta à medida que os assuntos se tornavam mais complexos, tendo sido substituídos pelos pais e em particular pelas mães. Destacando o papel dos pais na modulação do comportamento sexual dos adolescentes, Rutherford, Borges, Galano, Hudes & Hearst (2008) verificaram que factores como a estrutura familiar e a história pessoal dos pais (consumo de drogas, álcool, violência) são preditores muito significativos da actividade sexual de risco dos adolescentes estudados e a presença do pai e da mãe no seio familiar foi dado como um importante factor protector. Sieverding, Adler, Witt & Ellen (2005) procuraram explicar a influência da monitorização parental na

iniciação sexual, acompanhando um grupo de adolescentes virgens durante 6 meses a um ano. Estes investigadores verificaram que os adolescentes cujos pais controlavam as suas actividades fora de casa e que proporcionavam um diálogo aberto sobre sexualidade tinham uma atitude menos favorável à iniciação sexual. O mesmo resultado foi verificado por Karofsky, Zeng & Kosorok (2001) num estudo longitudinal de 10 anos.

Alguns Estudos Portugueses

Em Portugal nas últimas duas décadas, tem sido produzida muita investigação sobre a situação dos adolescentes portugueses. Estudos de grande dimensão têm sido produzidos na área da sociologia, em especial por Cabral & Pais (1997; 2003). Estes autores têm procurado caracterizar a situação dos adolescentes portugueses em relação a diversas dimensões: saúde; educação; lazer; sexualidade; entre outros. Estes trabalhos colocam em evidência alguns aspectos já referidos nos contextos de outros países, tais como: a diminuição da idade da primeira relação sexual; o esbatimento das diferenças dos padrões comportamentais entre rapazes e raparigas; a ocorrência frequente de múltiplos parceiros sexuais; a acentuada falta de informação sobre saúde sexual e reprodutiva; o deficiente acesso a serviços de saúde especializados; a associação entre diferentes práticas de risco, como consumo de drogas, álcool e comportamentos sexuais de risco.

Desde a emergência do VIH/SIDA que a Escola Nacional de Saúde Pública tem promovido a realização de diversos trabalhos para caracterizar a situação dos adolescentes portugueses no que diz respeito ao seu nível de conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH/SIDA. Neste contexto, encontramos os trabalhos de Navarro (1985), Almeida (1987), Casimiro (1988), Loureiro (1990), Oliveira (1992). Os resultados destes estudos vieram confirmar aquilo que se passa noutros países, ou seja, um baixo nível de conhecimentos em assuntos sexuais por parte dos adolescentes que ainda assim se sentem bem informados, tornando a situação ainda mais grave. Alguns destes estudos mostram ainda que, em geral, a falta de conhecimentos é independente do género, da idade e da origem urbana ou rural, mas é dependente do nível de instrução dos pais (Loureiro, 1990).

Na viragem do século, a investigação produzida em Portugal começa lentamente a mostrar novas realidades. Em trabalhos produzidos por Cruz *et al.*, (1996; 1997) fica patente que os adolescentes possuem um maior grau de conhecimentos face à infecção pelo VIH/SIDA; adquiriram uma atitude menos estigmatizadora para com os doentes; compreendem os mecanismos de transmissão sexual associados ao VIH/SIDA. No entanto, apesar das aparentes melhorias evidenciadas ao nível dos conhecimentos, os comportamentos continuam a ser de elevado risco, verificando-se elevadas taxas de utilização inconsistente do preservativo e de relações sexuais não protegidas com múltiplos parceiros (comportamento designado por “monogamia em série” segundo Bowen & Michal-Jonson, 1989, citado por Cruz *et al.*, 1997).

Mais recentemente, num trabalho realizado com adolescentes portugueses, no âmbito dum estudo integrado na rede Europeia HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross Cultural Study*), Matos, *et al.*, (2003) obtiveram dados similares aos apresentados por investigadores de outros países. Os resultados com os adolescentes portugueses também apontam para uma correlação positiva entre o nível de conhecimentos e a atitude face às pessoas infectadas. As raparigas parecem ter uma atitude mais positiva e melhores conhecimentos dos modos de transmissão assim como os adolescentes mais velhos. Os adolescentes com um estatuto socioeconómico médio com melhores expectativas face ao futuro e com uma melhor percepção da escola e do seu desempenho escolar tendem a demonstrar uma atitude mais positiva face às pessoas infectadas bem como melhores conhecimentos sobre as formas de transmissão. O mesmo estudo revelou que o envolvimento e apoio dos pais também parece ser relevante. Noutro trabalho, também coordenado por Margarida Matos (Matos, Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003), ficou evidenciada a tendência para as raparigas e os adolescentes mais velhos apresentarem um maior conhecimento sobre o VIH/SIDA. Verificaram que as raparigas e os adolescentes mais velhos procuram mais informação sobre sexualidade, quer em panfletos, programas de televisão, livros ou revistas ou junto dos amigos. Uma maior percentagem de rapazes refere já ter iniciado a sua vida sexual, e ter consumido drogas e álcool. Sobre a utilização de métodos contraceptivos na última relação, são as raparigas que mais frequentemente utilizam, sendo a pílula o método contraceptivo mais

conhecido. Relativamente à utilização do preservativo na última relação, os rapazes e os adolescentes mais velhos, referem mais frequentemente tê-lo feito.

Especificamente a propósito da utilização do preservativo, Monteiro (2006) realizou um trabalho de investigação com cerca de 1000 adolescentes portugueses a frequentar o Ensino Secundário e concluiu que em geral os adolescentes apresentam um bom nível de conhecimentos e atitudes positivas face ao preservativo. As raparigas e os adolescentes que nunca tiveram relações sexuais são os que têm atitudes mais positivas em relação ao preservativo e são os rapazes quem afirma ter partido de si a decisão de utilizá-lo na última relação. O aspecto interessante destacado por esta investigadora foi o facto de uma grande percentagem de adolescentes, que já tinham iniciado a sua vida sexual, manifestarem atitudes pouco promotoras da utilização do preservativo: 22.5% consideraram que a utilização do preservativo torna a relação sexual menos satisfatória; 60.7% afirmam não ser muito fácil a sua utilização; e 41.8% referem tratar-se de um produto com preço elevado. A investigadora conclui que, por um lado, a aquisição de conhecimentos acerca do preservativo se mostrou particularmente consistente, por outro, as mudanças de atitudes e comportamentos não foram tão substanciais.

2.5.2. Estudos com Jovens Universitários

Svenson, Carmel, & Varnhagen (1997) fazem uma revisão da literatura sobre a problemática do VIH/SIDA em estudantes universitários, discutindo possíveis estratégias de educação para a saúde nesta população específica. Os autores consideram que a investigação produzida em relação a esta problemática se tem centrado na avaliação dos conhecimentos, atitudes e comportamentos e, em menor grau, nas estratégias de educação sexual. Com base nos dados obtidos em vários trabalhos de investigação produzidos até 1997, estes autores afirmam que existe suficiente evidência científica para considerar que, em geral, os estudantes universitários têm um nível relativamente elevado de conhecimentos sobre a prevenção e sobre os processos de transmissão das principais IST's incluindo o VIH/SIDA. Os meios de comunicação surgem como as fontes mais prováveis de informação sobre estas temáticas, estando à frente dos familiares, amigos e pessoal de saúde. A conclusão mais importante extraída destes trabalhos e sublinhada por

Svenson, Carmel, & Varnhagen (1997) prende-se com o facto do aumento do nível de conhecimentos não ser consistente com a adopção de comportamentos protectores da saúde sexual e reprodutiva. Os comportamentos sexuais de risco mais verificados entre os estudantes incluem a participação em sexo casual, mudanças frequentes de parceiro sexual e inconsistência na utilização do preservativo.

Desde a década de 80 diversos trabalhos têm sido publicados a propósito da utilização dos métodos contraceptivos, em particular o preservativo. A utilização deste método assume um interesse especial do ponto de vista da promoção da saúde, por possuir a dupla função protectora, estando no centro do chamado *sexo seguro*. A investigação produzida ao longo dos anos aponta para um aumento da utilização do preservativo entre os estudantes universitários. Contudo, essa prática processa-se em geral de uma forma irregular. As razões estão associadas aos seguintes factores (Cruz *et al.*, 1996, 1997; Svenson, Carmel, & Varnhagen 1997; Odgen, 2004):

a) crenças pessoais sobre o preservativo, tais como, existe a ideia generalizada de que o preservativo é desnecessário no contexto de uma relação afectiva estável, podendo, inclusive, ser interpretado como um sinal de desconfiança no parceiro;

b) percepções da vulnerabilidade, as pessoas que pressentem maior risco têm maior probabilidade em se proteger, essa percepção é influenciada pelo nível de conhecimentos;

c) factores situacionais que incluem a facilidade de acesso e disponibilidade do produto no momento em que se necessita dele. Para muitos jovens comprar preservativos é razão de embaraço, para além disso, o efeito de álcool e drogas reduz significativamente a probabilidade de se proteger;

d) o hábito parece reforçar a auto-eficácia de utilização;

e) o contexto cultural parece ser um factor determinante na modulação deste comportamento, a religião, a permissividade social em relação à sexualidade, a influência da família e a influência dos pares.

Num trabalho do tipo *survy* realizado por Reis (2006) com estudantes de universidades sedeadas em Lisboa, a investigadora verificou que a maioria dos inquiridos é sexualmente activo e utiliza em simultâneo o preservativo e a pílula. Os rapazes tendem a apresentar um maior número de relações ocasionais e uma maior frequência de actividade sexual sob o efeito do álcool ou drogas. As raparigas, em geral, apresentam

maior tendência para um relacionamento amoroso com uma duração mais longa. Relativamente ao nível de conhecimentos dos métodos contraceptivos e das IST's, a investigadora verificou que a maioria sabe mais sobre as IST's do que sobre os métodos contraceptivos. Segundo esta investigadora, os resultados parecem apontar para um desconhecimento de diversas situações de risco, apesar de revelarem uma atitude preventiva face às IST's e à gravidez não desejada. As raparigas revelaram mais conhecimentos e uma atitude mais positiva face à saúde sexual do que os rapazes, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Estudos com Estudantes de Cursos de Saúde

Os estudantes dos cursos de saúde, por motivos inerentes à sua formação profissional e competências profissionais futuras, em princípio, abordam a temática da sexualidade humana na perspectiva da saúde de uma forma mais pormenorizada que os estudantes de outras áreas que, eventualmente, nem tocam nesta temática. Deste modo, é de esperar nos estudantes de saúde um nível de conhecimento maior quando comparados com os colegas de outras áreas científicas. Torna-se pertinente verificar se as atitudes e o comportamento protector de saúde também são diferentes. É nesta lógica que se insere a presente investigação bem como outras que foi possível encontrar, quer no contexto nacional (Lemos, 2001; Freitas, 2002), quer no contexto internacional (Peltzer, 2000; Manos, 2005; Chan, 2005; Nemicic, *et al.*, 2005; Moser, Reggiani & Urbanetz, 2007).

Freitas (2002) estudou a população de estudantes da Universidade do Minho e da Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Braga com $N = 312$. Essa investigação teve como finalidade identificar diferenças entre os alunos de saúde e alunos de outras áreas, no que respeita aos níveis de conhecimento face ao VIH/SIDA, percepção da vulnerabilidade ao VIH/SIDA e práticas de comportamentos de risco. Foi encontrada diferença no nível de conhecimentos sobre o VIH/SIDA entre os indivíduos dos cursos de saúde e os indivíduos das outras áreas ($p = .006$) sendo maior o nível de conhecimento dos primeiros. A fonte de informação mais importante é obtida na Imprensa e TV, seguindo-se os colegas e amigos, professores e por fim os pais. Os alunos de cursos de outras áreas, apresentaram uma baixa percepção de vulnerabilidade face ao

VIH/SIDA, sendo essa percepção um pouco maior nos alunos de saúde ($p = .000$). A dificuldade para impor o uso do preservativo foi maior nos indivíduos de cursos fora da área da saúde ($p = .000$). Globalmente, 63.4% dos inquiridos, consideram que os seus conhecimentos sobre VIH/SIDA condicionam uma alteração de comportamento e práticas sexuais. Freitas (2002) concluiu que o nível de conhecimentos dos estudantes universitários sobre VIH/SIDA é independente da idade, sexo, do local de proveniência (rural ou urbano), do ano curricular do curso, do nível de escolaridade dos pais e do nível socioeconómico da família. O autor sugere que a explicação para os resultados obtidos parece estar na qualidade da informação científica sobre VIH/SIDA que é transmitida aos estudantes, sendo que os da área da saúde têm um maior contacto com esta temática.

Moser, Reggiani & Urbanetz (2007) procuraram avaliar o comportamento sexual de estudantes do sexo feminino de cursos da área de saúde, matriculadas numa universidade rural ($N = 395$) e numa universidade urbana ($N = 572$). Os investigadores verificaram que a qualidade do relacionamento familiar, a religiosidade e a participação em programas de educação sexual, estão associadas à prática do sexo seguro. Todavia, 50.9% dos estudantes participantes neste estudo (todos na área de saúde) assumem ter uma conduta de risco, o que levou os investigadores a considerar que ser estudante de saúde não é uma garantia de comportamento sexual seguro. Dados semelhantes foram observados por Oladopo, Sule-Odu, Daniel & Fkoya (2005) numa amostra de 498 estudantes de medicina de uma universidade nigeriana. Mais de dois terços (67.5%) tinha actividade sexual regular, e destes, 49.8% assumiu ter práticas sexuais de risco.

Os dados actuais sugerem que os estudantes de cursos de saúde (particularmente medicina e enfermagem) em geral, possuem um maior nível de conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva (IST's incluindo o VIH/SIDA, métodos contraceptivos e comportamentos de risco) e uma maior autopercepção da vulnerabilidade (Lemos, 2001; Freitas, 2002; Manos, 2005; Chan, 2005; Nemcic, *et al.*, 2005; Moser, Reggiani & Urbanetz, 2007). Contudo, à semelhança dos seus colegas das outras áreas científicas, são influenciados pelas mesmas determinantes comportamentais, nomeadamente, contexto social, cultural, familiar, económico e características psicológicas específicas, entre outros aspectos, o que pode conduzir a um padrão comportamental semelhante aos demais estudantes.

A bibliografia consultada não nos permite concluir com clareza se os estudantes das áreas de saúde apresentam diferenças em relação à adopção de comportamentos sexualmente saudáveis, em linha com o maior conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva que demonstram. Este facto leva-nos a reflectir sobre o papel da educação na modulação do comportamento sexual, razão pela qual na próxima secção, analisaremos alguns estudos que abordam a efectividade de programas de educação sexual.

2.5.3. Estudos Sobre a Efectividade da Educação Sexual em Meio Escolar

Apesar de se percepcionar a sua necessidade, a implementação efectiva da educação sexual nas escolas portuguesas tem conhecido múltiplas resistências, por se tratar de um tema que suscita polémica, numa sociedade tendencialmente católica e conservadora como a nossa (Nodin, 2001a; Marques & Prazeres, 2000). Segundo, Marques & Prazeres (2000) algumas das críticas levantadas à abordagem da sexualidade num contexto educativo formal, prende-se com os efeitos que tal abordagem poderá suscitar no comportamento dos jovens, nomeadamente, o incitar a um início precoce e irreflectido da actividade sexual. Critica-se igualmente a capacidade que a educação sexual terá para produzir alterações positivas nos jovens no que respeita à sua vivência da sexualidade (Nodin, 2001a). Existindo poucos estudos em Portugal sobre este problema, e sendo a experiência educativa portuguesa relativamente reduzida a este nível, torna-se fundamental o recurso à experiência de outros países em que a educação sexual é já uma realidade há algum tempo, de forma a esclarecer tanto esta como outras questões. De acordo com Nodin (2001a), nos EUA, várias centenas de estudos têm sido realizados sobre a eficácia de programas de educação sexual no ensino secundário, tendo como objectivo a verificação do impacto destes programas sobre os conhecimentos e comportamentos dos alunos.

Uma linha de investigação importante, tem sido de verificar a relação entre a educação sexual e a utilização de contraceptivos. Mauldon & Luker (1996) concluíram que a exposição a acções educativas formais sobre contracepção, faz subir a percentagem de utilizadores de métodos contraceptivos entre as adolescentes, particularmente, se essas acções educativas ocorrerem no mesmo ano da iniciação da actividade sexual. Num outro

trabalho, Schuster, Bell, Berry & Kanouse (1998) procuraram verificar quais os efeitos, no comportamento sexual dos adolescentes, de uma maior disponibilização de preservativos em meio escolar. Estes investigadores monitorizaram, durante um ano, um programa de educação sexual que implicou a disponibilização de preservativos. Foi possível constatar a não existência de impacte significativo na frequência de relações sexuais entre os estudantes. Porém, os autores observaram um aumento significativo da percentagem de estudantes que passaram a utilizar o preservativo nas suas relações sexuais, sendo esse aumento maior nos estudantes que tiveram as relações sexuais pela primeira vez. Curiosamente, foram os rapazes que mais passaram a utilizar o preservativo, ao passo que, nas raparigas, essa mudança não foi significativa. Num estudo semelhante realizado por Coyle, Kirby, Marin, Gómez, & Gregorich (2004), também em escolas do ensino secundário dos EUA, estes investigadores verificaram a diferenciação entre os dois géneros, sobre os efeitos dos programas de educação sexual, onde os rapazes pareceram ser mais receptivos à mudança de comportamento do que as raparigas. Os dados obtidos apontaram no sentido de que as intervenções educativas tendem a atrasar a iniciação sexual entre os rapazes, mas não nas raparigas. Segundo os autores, quando comparados com o grupo de controlo, os estudantes sexualmente educados, mostraram possuir mais conhecimentos, atitudes mais positivas face à saúde sexual, maior capacidade em resistir à pressão sexual e, conseqüentemente, estavam menos expostos a situações de risco sexual. Uma conclusão importante deste estudo consistiu na constatação de que nas raparigas os efeitos psicossociais da intervenção educativa foi mais limitado.

Uma das questões que, muitas vezes, se coloca aos programas de educação sexual implementados nas escolas, relaciona-se com a discussão em torno dos seus objectivos fundamentais, isto é, que temáticas deverão ser trabalhadas com os estudantes e com que finalidade. Neste sentido, Lieberman (2006) refere duas perspectivas distintas: uma centrada na abstinência sexual, dirigida aos adolescentes virgens; outra baseada na protecção da saúde, que inclui a prevenção da gravidez e das IST's, dirigidas aos adolescentes sexualmente activos. Num artigo de revisão da literatura sobre o impacto da educação orientada para a abstinência, Young & Penhollow (2006) afirmam que os resultados apontam no sentido deste tipo de programas serem ineficazes na redução dos

comportamentos sexuais de risco entre os adolescentes. De acordo com estes autores, existem três críticas a este tipo de programas, que colhem alguma pertinência; a) promovem os valores religiosos; b) fornecem informação reduzida; c) não são devidamente planeados.

Neste contexto, importa também analisar os resultados em relação aos programas orientados especificamente para a prevenção da gravidez e das IST's, cuja mensagem principal, frequentemente, passa pela utilização do preservativo e de outros métodos contraceptivos. No seu trabalho Boyer, Shaffer & Tschann (1991) sugerem que este tipo de programas tendem de facto a aumentar o nível de conhecimentos sobre estas problemáticas, mas os dados não permitiram concluir mudanças no padrão comportamental dos adolescentes sexualmente educados com esta orientação. Num trabalho da mesma natureza, Robin, *et al.*, (2004), observam que a eficácia dos programas de educação sexual parece estar associada aos seguintes factores: a) especificidade para o desenvolvimento de capacidades potenciadoras da redução do risco sexual; b) duração e intensidade; c) avaliação que os participantes fazem dos mesmos; d) basearem-se no treino, experimentação e resolução de problemas. Na tentativa de explicar o declínio da gravidez na adolescência verificada nos EUA deste 1995 até 2002, Santelli, Lindberg, Finer, & Singh (2007) concluem que esse declínio deveu-se, em 77%, à disponibilização de métodos contraceptivos modernos junto dos adolescentes e em 23% à diminuição da actividade sexual promovida pelos programas baseados na abstinência. Song, Pruitt, McNamara & Colwell (2000, citados por Nodin, 2001a) efectuaram uma meta-análise de 67 trabalhos realizados entre 1960 e 1997. Em termos gerais constatou-se que 97% dos resultados avaliados foram positivos, isto é, a maioria dos programas proporcionaram um aumento significativo dos conhecimentos dos alunos abrangidos pelos programas de educação sexual quando comparados com grupos de controlo não sujeitos aos mesmos programas. Não obstante, numa revisão da literatura efectuada por Zupian (1993, citado por Nodin, 2001a) sobre utilização de contraceptivos, o autor conclui que, frequentemente, variáveis de ordem psicológica como, por exemplo, a personalidade, factores relacionais e emocionais, muitas vezes, são mais determinantes do comportamento sexual dos indivíduos do que o conhecimento.

Em Portugal, vários trabalhos têm sido realizados nos últimos anos sobre esta temática. Sousa (2003) sublinha a importância crescente que programas de educação sexual bem estruturados têm no desenvolvimento psicosexual dos jovens, face às inúmeras circunstâncias da sociedade actual, em especial o papel da família. Lemos (2001) destaca a importância da educação e formação sobre temáticas relacionadas com a sexualidade, como um factor básico para a adopção de comportamentos saudáveis.

Em trabalhos de investigação centrados nos professores, Reis & Vilar (2004) concluem no seu estudo que estes apresentam uma atitude positiva em relação à educação sexual mostrando-se confortáveis para abordar essas temáticas. Numa investigação levada a cabo por Teixeira (1999) sobre os conhecimentos de futuros professores do 1º Ciclo do Ensino Básico sobre diversos aspectos da sexualidade, a investigadora constatou que estes estudantes possuem, frequentemente, concepções erróneas e preconceitos sobre a reprodução humana. Essas concepções e crenças falsas são relativamente resistentes persistindo mesmo após o período de formação. Noutro trabalho Teixeira, Couceiro, Veiga, & Martins (1999) constata-se que os manuais escolares são, frequentemente, fonte de transmissão de concepções do senso comum e, por isso, não são facilitadores da aprendizagem de conceitos científicos. Em nossa opinião estes trabalhos reforçam a necessidade de um maior investimento na formação profissional dos professores e na construção de materiais didácticos cientificamente válidos para abordar a temática da sexualidade humana.

2.5.4. Estudos sobre a Efectividade do Preservativo

Não se conhece ao certo a época histórica a partir da qual se começou a utilizar o preservativo. Não obstante, a preocupação com a protecção é sem dúvida antiga. Uma forma ancestral de protecção é realizada por alguns homens de tribos primitivas que utilizam, desde tempos remotos, estojos protectores no órgão sexual para o proteger de agressões externas, não se tratando propriamente de preservativos tal como os concebemos. A presença de dispositivos penianos foi detectada em frescos, datados de 1350 a.C. que ornamentam alguns túmulos egípcios, representando homens cujo pénis aparece coberto por um carapuço (Vidal, 1998). Os chineses, no século X da nossa Era,

inventaram uma protecção construída com papel oleado e os japoneses optaram por utilizar carapuços de casca de tartaruga que designavam por *Kabuta-gata*, objecto que também servia de brinquedo sexual dada a sua rigidez (Vidal, 1998).

Um dos primeiros textos científicos publicados sobre o preservativo foi escrito pelo famoso médico Gabriel Fallopio numa obra intitulada *De morbo gallico* e publicada em 1564. Segundo Vidal (1998) nesta famosa obra, Fallopio explica como construir uma capa de linho embebida numa cozedura de ervas adstringentes, benjoim, pau santo e absinto para protecção da “cárie francesa” (sífilis) e aconselha como deve ser aplicado no pénis. Um outro marco importante da história do preservativo está relacionado com o seu nome anglo-saxónico, *condom*. Embora existam várias teorias sobre a origem desta palavra, Vidal (1998) refere que provavelmente estará associada ao século XVII onde um médico chamado Condom, encarregado de tratar do Rei de Inglaterra Carlos II, inventou um preservativo feito com porção de intestino de cordeiro. O objectivo era simples; controlar o número de filhos ilegítimos pelos quais o rei poderia ser responsabilizado.

A implementação do preservativo como meio protector da saúde sexual e reprodutiva não tem sido fácil. O tabu, o excesso de pudor, a religiosidade, algumas práticas culturais ou simplesmente a ignorância têm contribuído para que este instrumento de protecção da saúde esteja no centro de muitas polémicas. Considerado “diabólico” pelo Papa Leão XII e “causador de doenças mentais” por médicos do início do século XX, actualmente muitas pessoas ainda contestam a sua moralidade, fiabilidade e efectividade. Contudo, os preservativos têm evoluído muito ao nível da sua qualidade. Segundo a actual legislação portuguesa (DL 273/95 de 23 de Outubro e portaria 136 de 3 de Maio) resultante da transposição de uma directiva comunitária (93/42/CEE) define-se que os preservativos colocados no mercado comunitário devem estar em conformidade com os requisitos de qualidade devidamente comprovados. Em Portugal, a comprovação desta conformidade é verificada pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento. No decurso do processo de fabricação, são submetidos a diversos testes de resistência, envelhecimento, fuga, deterioração, entre outros.

Para a WHO (2000) o preservativo é o único método contraceptivo capaz de reduzir significativamente o risco de contágio das IST's e simultaneamente prevenir a gravidez não desejada. Esta organização define dois tipos distintos de efectividade, a *efectividade*

teórica (demonstrada em laboratório) e a *efectividade típica* (resultante da utilização mais frequente ou comum). Com efeito, a WHO (2000) estima que a efectividade teórica do preservativo, no que respeita à prevenção da gravidez não desejada, se situe em torno dos 97% em doze meses, desde que a sua aplicação seja realizada exactamente conforme recomendado, *correctly*, e durante todos os actos sexuais, *consistently*. Todavia, a utilização típica inclui erros de aplicação e é frequentemente inconsistente, o que faz descer a taxa de efectividade teórica em 10 a 14%, sendo que, casos de ruptura do preservativo sejam muito incomuns devido aos padrões de qualidade actualmente impostos (WHO, 2000). A efectividade teórica na prevenção das IST's é de 100% já que os estudos laboratoriais mostram que os agentes microbiológicos (incluindo o VIH) não conseguem passar a barreira do látex quando este se encontra em bom estado de conservação. A efectividade típica é mais difícil de demonstrar, contudo, a WHO (2000) cita o exemplo tailandês para exemplificar as vantagens da utilização correcta e consistente do preservativo. Na Tailândia o governo impôs a utilização do preservativo pelos profissionais do sexo, como forma de controlar a progressão do VIH/SIDA, passando de uma taxa de utilização de 14% (em 1990) para 94% (em 1994). Em simultâneo as autoridades tailandesas começaram a verificar uma diminuição acentuada dos casos declarados de IST's, incluindo o VIH/SIDA, de 410 mil casos em 1990 para 27 mil casos em 1994. Outro trabalho de investigação, citado pela WHO (2000), refere-se a um estudo prospectivo realizado com casais em que um dos elementos era seropositivo para o VIH e o outro não. Com a utilização correcta e consistente do preservativo, apenas 1% por ano dos indivíduos expostos foi contaminado com o VIH. No contexto da prevenção das IST's, a utilização incorrecta e inconsistente do preservativo é tão arriscada como não utilizar preservativo de todo (WHO, 2000) não havendo, por isso, margem para erro.

Ogden (2004), Cerwonka, Isbell, & Hansen (2000) sugerem que as campanhas realizadas nos últimos anos não têm modificado significativamente o comportamento sexual dos jovens, no sentido da promoção da saúde, embora tenha ocorrido um aumento da utilização do preservativo como método contraceptivo. Segundo esta autora a utilização do preservativo continua a ser muito inconsistente e, muitas vezes, incorrecta, embora seja recomendado como principal meio para impedir o alastramento do VIH, mas

mesmo assim, muitos indivíduos apesar de possuírem essa informação, não seguem as recomendações feitas (Ogden, 2004). Na opinião desta investigadora, para estudar as taxas de uso do preservativo têm sido utilizados modelos simples que se baseiam unicamente no conhecimento. Todavia, esses modelos ignoram as crenças do indivíduo bem como os factores situacionais e relacionais, presumindo que o simples aumento do conhecimento sobre o VIH irá promover o sexo seguro. No domínio das crenças individuais, as autopercepções de susceptibilidade ou vulnerabilidade revelam-se importantes preditores comportamentais (Cerwonka, Isbell, & Hansen, 2000). A este propósito, predomina ainda o sentimento de invulnerabilidade pessoal aos riscos, particularmente nos jovens, sendo possível encontrar discursos de reconhecimento, desvalorização e negação dos riscos (Ogden, 2004; Cerwonka, Isbell, & Hansen, 2000). Os factores de ordem situacional podem incluir aspectos como, disponibilidade e acessibilidade ao preservativo, influência de álcool e drogas, estado do humor, atracção pelo risco, entre outros. Os factores de ordem relacional podem incluir o tipo e duração da relação existente, nível de excitabilidade, nível de atractibilidade pelo parceiro e o diálogo que é estabelecido no sentido da gestão do risco (Ogden, 2004; Cerwonka, Isbell, & Hansen, 2000).