

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina de Lisboa



ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE

**Sintomas Depressivos e Comportamentos Sexuais de
Risco na Adolescência**

Marisa Cláudia Cortez Lucas

Mestrado em Sexualidade Humana

Maio de 2009

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina de Lisboa



ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE

**Sintomas Depressivos e Comportamentos Sexuais de Risco na
Adolescência**

Marisa Cláudia Cortez Lucas

Mestrado em Sexualidade Humana

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Rui Xavier Vieira

Todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva
responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à
Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos apresentados.

Agradecimentos

- Aos Presidentes dos Conselhos Executivos das Escolas Secundária Afonso Domingues, Escola Secundária Eça de Queirós e Escola de Comércio de Lisboa, por terem permitido efectuar o trabalho de investigação. Em particular agradeço à Dr^a Maria José Soares (presidente do conselho executivo da Escola Eça de Queirós) pela colaboração, disponibilidade e incentivo.
- Aos professores Acúrcio Domingos e Ana Clorinda (Escola Eça de Queirós) pela ajuda e disponibilidade com os alunos.
- À Dr^a Maria Antonieta Barros e Dr. Carlos Matias de Brito (Conselho de Administração e Directores Pedagógicos na Ensinus) pela enorme colaboração, amizade, incentivo e disponibilidade abrindo as portas das suas escolas à investigação.
- Ao Dr. Pedro Pechorro, a leitura crítica deste documento.
- Ao meu orientador, Prof. Doutor Rui Xavier Vieira o incentivo à execução deste trabalho, assim como as orientações e críticas sempre oportunas. Agradeço ainda a sua simpatia, sapiência, ponderação e paciência em todos os momentos que acompanharam esta dissertação.
- Aos meus amigos de sempre Fernanda Fonseca, Inês Cordeiro, Paula Luís, Iva Coelho e Ricardo Laranjeira, a amizade e carinho que permitiu a prossecução deste trabalho até à sua conclusão. Agradeço ainda o facto de nunca me terem deixado desistir.
- Agradeço ao meu irmão, Carlos Cortez Lucas a paciência, a disponibilidade, a amizade, os conselhos científicos e comentários críticos que se constituíram como o grande apoio durante este percurso.

- Aos meus pais pelo seu amor, apoio incondicional, paciência e dedicação sem limites. A eles o meu mais profundo agradecimento. Sem eles este percurso nunca teria sido possível.
- Finalmente, ao meu marido Nuno Baptista o seu amor e carinho incondicional. Agradeço-lhe todo o apoio que foi indispensável e fundamental; agradeço o estar sempre presente, mesmo nos momentos mais complicados. Obrigado por ter acreditado em mim.

Resumo

No contexto da adolescência encontram-se vários núcleos que pela sua complexidade se tornam objecto de reflexão e investigação. Esta emergência surge como um desafio, principalmente se se focar a atenção em todos os potenciais riscos que envolvem a sexualidade adolescente. Apesar desta ser uma fase vivencial muito fecunda, o facto é que a investigação não se pode afastar das consequências pessoais e sociais que envolvem os comportamentos sexuais de risco dos adolescentes. Não obstante todas as iniciativas sociais para a formação de comportamentos preventivos, continuamos a assistir a formas de comportamento que potenciam o risco da infecção pelo HIV ou a ocorrência de uma gravidez precoce e indesejada.

Neste contexto, têm surgido múltiplas e importantes investigações que cada vez mais permitem conhecer os vectores da sexualidade adolescente, assim como criar programas educacionais e formativos para consolidar competências preventivas nos adolescentes. Apesar de todas as incursões sociais, educacionais e académicas é forçoso admitir que o tema da sexualidade adolescente ainda não está totalmente explorado. Aliás, considerá-lo como um problema já decifrado seria descontextualizar e minimizar toda a complexidade da adolescência e da sua sexualidade.

Este trabalho tem, então, como objectivo tentar contribuir para mais um contexto da adolescência, ou seja, propor mais um ponto de análise de forma a se poder encontrar mais um vector que permita conhecer os comportamentos de risco na adolescência. Assim, pretende-se encontrar eventuais relações que possam existir entre os comportamentos sexuais de risco na adolescência com sintomas depressivos.

A população deste trabalho é constituída por jovens com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos. A amostra foi recolhida em escolas secundárias, públicas e privadas, na zona da grande Lisboa

Os sintomas depressivos identificados foram baseados num estudo existente, intitulado CDI (Children's Depression Inventory), de modo a ter uma fonte fidedigna de diagnóstico de sintomas depressivos em adolescentes.

Os comportamentos sexuais de risco identificados foram escolhidos com base nas perguntas do questionário, onde foram seleccionadas as variáveis que indicavam, à partida, um comportamento sexual de risco (tais como a não utilização de preservativo ou de qualquer outro método contraceptivo, por exemplo).

Do total de adolescentes que já tiveram relações sexuais, apenas 11% apresentam sintomas de depressão. No interior deste grupo, pode-se então aferir que existe uma maior tendência para ter sintomas depressivos quando os alunos não têm parceiros sexuais fixos mas também quando têm parceiros apenas ocasionais

Relativamente aos resultados verificou-se que quando se correlacionaram os sintomas depressivos com os comportamentos sexuais de risco não existiram diferenças significativas entre os adolescentes portugueses que têm ou não depressão no que respeita aos comportamentos sexuais de risco.

Porém, na análise dos adolescentes com sintomas depressivos detectaram-se diferenças significativas. Verificou-se que existem diferenças significativas ao nível do ter ou não sintomas depressivos no que respeita à opinião sobre a utilização de contraceção face a uma relação sexual inesperada, precauções face ao HIV/SIDA e capacidade de evitar uma gravidez não desejada

Por este estudo foi possível concluir que quando aplicada uma correlação não é possível detectar uma ligação entre sintomas depressivos e comportamentos sexuais de risco. Porém, foram detectadas algumas diferenças significativas nos grupos “com sintomas depressivos” e “sem sintomas depressivos”, face a alguns comportamentos sexuais de risco. Estas diferenças alertam para o facto de que esta investigação deverá continuar nos termos de uma análise comparativa.

Palavras-Chave: Adolescência, Comportamentos Sexuais de Risco, Métodos Contraceptivos, Sintomas Depressivos.

Abstract

In the context of adolescence it is possible to find several complex dimensions. This complexity makes adolescence an important object of investigation and research. This importance appears as a challenge, mostly if we consider the potential risks that involve adolescent sexuality. In spite of being a very important stage, the fact is that the investigation cannot ignore the social and personal consequences that derive from sexual risk behaviour in adolescence. In spite of several social and governmental initiatives to educate for preventive behaviour, we do continue to see behaviours that are a potential risk of HIV infection and adolescent pregnancy. On this issue, there are many investigations that allow us to have an extended knowledge of adolescent sexuality, as well as contents to elaborate educational programs to establish preventive sexual behaviours. In spite of all social, educational and academical studies, it's important to admit that the theme of sexuality isn't totally explored. Besides, assuming that adolescent sexuality is a deciphered problem is to minimize all the complexity that this theme carries.

This work intends to contribute to one more context of adolescent sexuality, suggesting another approach that allows us to understand the sexual risk behaviour. In this way, this work intends to find eventual relations that may occur between sexual risk behaviour and depressive symptoms.

The population includes Portuguese adolescents aged 14 to 19 years old. The sample includes adolescents from public and private secondary schools, in Lisbon. The identified depressive symptoms have been based on an existing study, entitled CDI (Children's Depression Inventory), in order to have a trustworthy source of diagnosis of depressive symptoms in adolescents.

The identification of sexual risk behaviour was made on the basis of the questionnaire. The variables have been chosen and selected according to what is perceived as a sexual risk behaviour (such as the absence of use of condom or any another contraceptive method).

From the entire sample only 11% of the sexually active adolescents showed depressive symptoms; in this group there is a bigger tendency to have depressed symptoms when the adolescents don't have a regular partner or when they have many occasional partners.

On the other hand, when we tried to correlate the depressive symptoms with sexual risk behaviours the results showed us that there aren't significant differences.

But, on the analysis of the group of adolescents with depressive symptoms, there are significant differences. The results show that having depressive symptoms is connected with the willingness to use contraception when sexually aroused; being involved in occasional sex, the use of precautions towards HIV and being able to avoid a pregnancy. This work allowed us to conclude that when a correlation between depressive symptoms and sexual risk behaviour is made, there aren't significant results. But there are significant differences between those who have depressive symptoms and those who haven't depressive symptoms. These differences alert us to the fact that this work isn't complete. We must study these two groups in terms of a comparative analysis.

Key Words: Adolescence, Sexual Risky Behaviour, Contraceptive Methods, Depressive Symptoms.

Índice

Resumo	V
Abstract.....	VII
Índice	9
Índice de Gráficos.....	10
Introdução	11
Metodologia.....	38
1. Amostra	38
2. Métodos e técnicas.....	38
3. Análise de Dados	43
3.1 Caracterização da Amostra.....	43
- Caracterização dos comportamentos sexuais	54
- Os sintomas depressivos: C.D.I. – Children’s Depression Inventory	64
- Comportamentos Sexuais de Risco	70
3.2 Relação entre sintomas depressivos e comportamentos sexuais de risco em adolescentes	77
3.3 Identificação das variáveis género, sintomas depressivos e idade nos comportamentos sexuais de risco	94
Discussão dos Resultados	126
Conclusão	138
Referências Bibliográficas.....	140
Anexos.....	148

Índice de Gráficos

Gráficos:

Gráfico 1. Escolas onde os questionários foram entrevistados	44
Gráfico 2. Concelho de Residência dos alunos	45
Gráfico 3. Freguesia de Residência	46
Gráfico 4. Nacionalidade	47
Gráfico 5. Situação Conjugal.....	48
Gráfico 6. Situação perante o trabalho	49
Gráfico 7. Ano Escolar	50
Gráfico 8. Curso que os alunos frequentam	52
Gráfico 9. O que pensa fazer depois de terminar este ano?.....	53
Gráfico 10. Já alguma vez teve relações sexuais?.....	54
Gráfico 11. Tempo de relação com parceiro (por classes)	56
Gráfico 12. Habitualmente as minhas práticas sexuais são:.....	58
Gráfico 13. Frequência de utilização de métodos contraceptivos	59
Gráfico 14. Métodos contraceptivos utilizados	60
Gráfico 15. Frequência de relações sexuais com o parceiro habitual.....	62
Gráfico 16. Frequência de relações sexuais com o parceiro ocasional	63
Gráfico 17. Frequência de recorrência à prostituição.....	64
Gráfico 18. Distribuição da amostra por scores (ponto de corte 17).....	66
Gráfico 19. Índice de ideia de suicídio	69
Gráfico 20. Cruzamento entre o índice de sintoma depressivo com ideia de suicídio ...	70

Introdução

Na procura da identidade e mundividência sexual do adolescente: um caminho possível ...

No contexto da adolescência encontram-se vários núcleos que pela sua complexidade se tornam objecto de reflexão. Sabendo que se trata de um período particularmente importante no desenvolvimento da vida do indivíduo, é fundamental torná-lo objecto de análise e investigação.

Neste contexto, surgem vários temas que vão do mero desenvolvimento pubertário até à construção da identidade. É nesta dimensão múltipla que envolve a adolescência que surgem os comportamentos ligados à sexualidade.

Entrar na mundividência específica que envolve a adolescência, implica necessariamente encarar todo este processo vivencial de acordo com uma sexualidade emergente. Os variados desafios que se impõem ao adolescente, criam uma atmosfera vivencial única que se vai constituir como uma das bases estruturantes da sua vida futura como adulto. Esses desafios são “tarefas” que o adolescente empreende de forma a construir a sua identidade pessoal, o seu sistema de valores e a sua autonomia.¹

Neste contexto, surge um núcleo muito importante, e talvez o mais complexo, de toda a vivência adolescente: a identidade sexual que, necessariamente, caracterizará o seu comportamento sexual com toda a diversidade que ele implica. Aqui, por exemplo, o adolescente tem como principal tarefa a construção de uma auto imagem. Nesta construção, encontram-se a auto imagem corporal, a auto imagem social e a auto estima. Porém, perspectivar esta construção implica a sensibilidade a todos os elementos que fazem parte da vida do adolescente, isto é, não centrar a análise apenas nas mudanças biológicas ou no desenvolvimento psicológico como elementos separados entre si que

isoladamente surgiam na vida do adolescente em momentos ou etapas distintas. Pelo contrário, perspectivar a construção da identidade sexual e os decorrentes comportamentos sexuais do adolescente, implica considerar a vivência e integração das alterações biológicas em interacção com o desenvolvimento psicológico com base nas vivências do meio social, ou seja, com base nas experiências com o mundo dos adultos e dos pares.

Apesar de ser possível marcar “biologicamente” o início da adolescência através das mudanças pubertárias, não é possível fazer o mesmo no que concerne aos múltiplos e complexos comportamentos que envolvem este período. Esta “incapacidade” emerge do facto do conceito de adolescência ser, de uma forma muito vincada, marcado por variáveis sociais e culturais, ou seja, a sua “conceptualização” depende, em larga escala, de contextos e construções sociais.²

Apesar de se considerar que são possíveis outras vias de análise, assume-se como pressuposto que a sexualidade no adolescente é indissociável da imagem corporal (integração das mudanças corporais no seu *self*) e da auto estima (integração das mudanças face a si e aos outros). Pelo exposto, assumimos a possibilidade de entender as “adolescências”.¹

Apesar de todas as modificações biológicas que guiam o adolescente para um *sexual arousal*, o facto é que a dimensão relacional também está presente. Assim, o adolescente irá procurar novas experiências de afecto o que invariavelmente passa pela introdução de novos elementos. Afecto e sexualidade ocorrem tendo como agentes de interacção os pais e o mundo dos adultos e, principalmente, os outros adolescentes.

É, então, neste (s) contexto (s) que surgem todas as emergentes questões que necessariamente se dirigem para uma caracterização e investigação que torne a adolescência e a sua complexidade objecto de análise.

Apesar das múltiplas preocupações sociais que actualmente existem, o facto é que ainda se carece de algum esclarecimento que corresponda à diversidade comportamental da adolescência. Concretamente, um ponto de partida que se pode assumir é a “heterogeneidade” das acções adolescentes que em muito se constituem não só como um desafio para a investigação, mas também a um “limite” ou cuidado na interpretação de resultados. Efectivamente, tenta-se perspectivar toda a presente abordagem à sexualidade adolescente pressupondo a diversidade comportamental que tem um carácter relacional. Na sexualidade do adolescente enfatiza-se esta diversidade, ou seja, neste contexto existe uma direccionalidade para a relação com o outro que se evidencia como o domínio privilegiado do afecto e da sexualidade.³

Parece que é exactamente neste contexto que se torna emergente o estudo dos comportamentos sexuais na adolescência, ou seja, a construção da identidade do adolescente passa, invariavelmente, pela construção da sua identidade sexual na tríade afecto, relação com o outro e sexualidade.

Porém, a construção da identidade sexual pressupõe em si mesma vários campos de abordagem que passam pela descrição e conceptualização, assim como pela efectiva análise dos comportamentos que ocorrem neste período. Pode-se, então, optar por esta última via, ou seja, investigar os comportamentos ligados à sexualidade do adolescente. Assim, não o objectivo de análise e reflexão não se centra na descrição e conceptualização da construção da identidade sexual do adolescente. Pelo contrário, sempre que possível tentar-se-á averiguar, na prática, através de trabalho de campo, a ocorrência dos comportamentos associados à sexualidade do adolescente. Este é o nosso ponto de partida.

Um período de contextos na exigência de uma abordagem multidimensional.

Compreender a sexualidade no adolescente implica situá-la em contextos, ou seja, introduzir aquilo a que se pode chamar multidimensionalidade. Pretende-se, essencialmente, conseguir compreender vários contextos da sexualidade adolescente para que seja possível entendê-la na sua complexidade. Este objectivo deverá ser clarificado porquanto ele subjaz ao enquadramento de todo este trabalho. Assim, a sexualidade adolescente não deve ser perspectivada fora da multidimensionalidade que pressupõe as mudanças que marcam a entrada e vivência deste período. Enfatizam-se as modificações que invariavelmente anunciam ao sujeito a entrada e a vivência de um novo período da sua existência. Aqui existem sentimentos de desejo e receio que certamente são o resultado deste novo período emergente. Quando estas mudanças se começam a materializar no adolescente elas espelham os contextos biológicos, psicológicos, familiar e sociais.

Esta multidimensionalidade torna-se particularmente complexa quando existe a consciência que por vezes é difícil diferenciar o “estatístico” do “psicológico”, ou seja, definir estatisticamente este período nem sempre coincide com o definir psicológico. Esta questão ganha particular relevância quando se está no contexto da “dicotomia” normalidade/problemas da adolescência” .⁴

Este problema torna-se ainda mais complexo quando ele se situa na sexualidade adolescente. Assim, assumir a multidimensionalidade implica considerar três vectores que passam pela dimensão biológica -“sentimentos sexuais”-, as mudanças cognitivas -“atitudes sexuais” e a interacção entre estes dois que resulta na dimensão comportamental.⁵

Numa abordagem mais centrada na dimensão biológica da adolescência, associa-se a definição da maturidade sexual à capacidade de reprodução. Porém, é necessário indagar sobre qual é o impacto das mudanças físicas na dimensão psicológica do adolescente. Trata-se, essencialmente, de evidenciar o que o adolescente “sente” face às mudanças e ao seu “aspecto” (imagem). Assim, é necessário encarar a integração do seu “exterior” (a forma como se apresenta e como os outros o encaram) com o seu “interior” (como se identifica e integra na sua dimensão psicológica). Aqui, o adolescente tem um duplo desafio: “mostrar-se” com um “novo” corpo aos outros e integrar-se nesse corpo, ou seja, tomá-lo e aceitá-lo como a base da sua identidade.

Pela mudança de aparência e capacidades físicas, o adolescente vai lidar com as expectativas dos outros. Socialmente, a “altura” é sinónimo de uma suposta responsabilidade na medida em que é ela que demonstra ao exterior a aproximação ao adulto.⁶

Associado a estas mudanças que compõem o *constructo* da imagem corporal, surge a sexualidade.

Torne-se claro um ponto: como base desta abordagem parte-se do princípio que o adolescente cria as bases para o seu ser sexual. Recorrendo ao sistema Sexual que nos é proposto por Silveira Nunes, pode-se afirmar que este é um dos momentos, entre outros, em que se prepara a orientação sexual, o encontro sexuado e a auto imagem sexual.⁷

Não se pretende colocar na adolescência a exclusividade da criação desses momentos, mas assume-se que a adolescência é uma das etapas importantes. Foca-se, portanto, a atenção no encontro sexuado em que esta imagem corporal, assim como a auto-estima, irá condicionar. Da imagem corporal e da auto-estima depende a construção da identidade sexual que culmina no encontro sexuado. Não é apenas uma

questão de género ou de orientação, é, pelo contrário, uma vivência psicológica interna que forma o adolescente.

Neste contexto, verifica-se também a tríade desejo, afecto e intimidade. Na adolescência, o problema surge quando é necessário que este compatibilize o desejo sexual com os pressupostos da intimidade. Uma das tarefas da adolescência consiste justamente na tentativa de compatibilização entre o seu desejo e a intimidade. Prazer e afecto surgem como dois pólos a harmonizar. Uma vivência deficiente da intimidade pode comprometer o êxito do relacionamento sexual do adolescente. Aqui, êxito e o fracasso são “ameaças” constantes para o adolescente.

Devido à possibilidade do fracasso, o adolescente pode comprometer o seu desenvolvimento. Fracas competências sociais podem quebrar os possíveis elos que permitem o envolvimento romântico e o subsequente comportamento sexual. As experiências com os pares, em interacção com alguns problemas no comportamento individual, surgem associados a um maior risco de doenças sexualmente transmissíveis, assim como à gravidez indesejada.⁸

No âmbito das mudanças já anteriormente referidas, interessa colocar em destaque a intensidade da sexualidade (*sexual arousal*). Pode-se, então, afirmar que é neste período que surge uma sexualidade emergente, onde se salienta a atracção do adolescente pelas actividades sexuais. Esta emergência chama a atenção para um ponto essencial: compreender a sexualidade adolescente implica ir um pouco mais além do que a mera dicotomia abstinência/sexualmente activo.

Neste contexto, é imperativo que se abra a investigação, estudo e compreensão também àqueles adolescentes que ainda não iniciaram a sua vida sexual. Essencialmente, esta abordagem considera que é importante conhecer a “propensão” para o início da relação sexual dado que existem percentagens significativas de

adolescentes que revelam uma grande susceptibilidade para uma emergente e próxima prática do coito. Segundo L' Engle *et al.*,⁹ acresce ainda o facto que é necessário partir do princípio que adolescentes com maior susceptibilidade têm também uma maior probabilidade para o risco sexual (sexual risk). Maturidade física, fortes sentimentos sexuais, procura de sensações, entre outros, actuam como factores que aumentam a probabilidade de ter uma relação sexual. Tal como salientam os autores do estudo anteriormente citado, para estes adolescentes iniciar uma relação sexual surge como uma inevitabilidade. Esta inevitabilidade torna-os menos permeáveis às mensagens de abstinência.

Porém, esta sexualidade emergente não pode ser analisada fora de um contexto psicossocial. A resposta sexual está também “codificada” pelo contexto social onde o adolescente se encontra inserido. Aqui, entram vectores associados às normas sociais, assim como às expectativas e pressões exteriores. Por exemplo: casamento, virilidade, castidade ou virgindade, entre outros, são “notas caracterizadoras” das expectativas sociais que, invariavelmente, moldam a sexualidade do adolescente. A actuação do adolescente passa, portanto, por aquilo que é esperado face ao seu “desempenho” e comportamento sexual.

Neste contexto, impõe-se uma nota clarificadora. Quando existe a referência a estas expectativas que podem actuar como elementos prescritores da sexualidade, está-se a pressupor dois vectores:

- o papel sexual (as diferenças associadas ao género);

- a forma como esse papel é codificado no conjunto de características da sexualidade no interior do grupo do adolescente.

Por exemplo: um adolescente cuja vivência decorre num grupo onde a sexualidade, ou qualquer aspecto particular desta (p. ex. o orgasmo), é valorizado relativamente ao seu desempenho face a esse aspecto. Assim, e de acordo com este exemplo, uma sexualidade satisfatória para um adolescente inserido num grupo onde o orgasmo é valorizado, levará o adolescente a considerar a sua sexualidade satisfatória na busca incessante pelo orgasmo. Ele interioriza o modelo veiculado pelas expectativas e vive-o como o fundamento de uma sexualidade satisfatória.⁶ Neste contexto, podem-se também evidenciar os sentimentos negativos ou positivos face ao coito. Pode-se verificar que a raça, a etnia e o género influenciam os sentimentos face ao coito.¹⁰

Os adolescentes têm, portanto, contextos que os motivam para a sexualidade. Porém, existem matrizes associadas ao género e à cultura que caracterizam esta motivação. Intimidade, estatuto (social status) e vivência do prazer motivam e marcam as expectativas dos adolescentes na sexualidade. Por exemplo: as raparigas valorizam mais a intimidade do que o prazer, comparativamente com os rapazes. Por outro lado, as raparigas valorizam o estatuto social.¹¹

Decorrente do que foi afirmado anteriormente, desenham-se contextos ligados ao género. Veja-se, então, agora a sexualidade adolescente de acordo com a diferença de género. São múltiplas as referências que se encontram face a uma abordagem epidemiológica da actividade sexual dos adolescentes. Porém, tentar-se-á salientar alguns vectores que possam caracterizar este contexto específico.

Em primeiro lugar é importante salientar que existe uma transformação cultural no que concerne à vivência social da sexualidade adolescente. Segundo Braconnier,⁴ outrora os adolescentes tinham uma grande curiosidade em saber detalhes da sexualidade “observando” o adulto. Actualmente, com a amenização e por vezes quebra de “tabus” sobre a sexualidade, o adolescente tem um acesso, nem sempre, profícuo, a

informações e conhecimentos sobre a sexualidade. Assim, o adolescente não está curioso face à sexualidade dos adultos, mas estes estão relativamente aos adolescentes.

Esta “inversão das relações entre gerações”, implica considerar as múltiplas influências entre pares que certamente vão contribuir para a ocorrência de relações sexuais.

Um outro vector que é importante considerar é a antecipação pubertária. Cada vez mais se evidenciam dados que apontam para uma antecipação, em menos de um século, da idade da primeira menstruação. Isto implica que o adolescente cada vez mais cedo se confronta com os vários contextos da sexualidade.^{4,12}

Relativamente à percentagem de adolescentes em Portugal podem-se salientar os seguintes dados: quando a idade média da amostra é 14 anos registam-se 18.2% que referem já ter tido relações sexuais.¹³ Quando esta idade média é superior registam-se 41.9% de adolescentes sexualmente activos ou que já tiveram relações sexuais.¹⁴ Em ambos os estudos verifica-se que os factores género e idade vão influenciar a sexualidade, ou seja, os rapazes iniciam as relações mais cedo do que as raparigas; dos adolescentes sexualmente activos ou que já tiveram uma relação sexual os rapazes apresentam uma maior frequência em termos percentuais.

Adolescência e sexualidade : saúde e riscos.

Contextualizar a sexualidade adolescente em articulação com a saúde e os riscos implica uma referência a um importante estudo enquadrado nas directivas da OMS. Salienta-se o *Health Behaviour in School-Aged Children* elaborado em 2006. Este estudo centrou-se, entre outros, nos vectores saúde e sexualidade. No relatório decorrente deste estudo é salientado o facto de que Portugal revela índices altamente preocupantes no que concerne a alguns vectores da Saúde Pública. Entre outros aspectos que contribuem para estes índices preocupantes encontram-se as infeções sexualmente transmissíveis, a gravidez não desejada, a infeção a HPV, entre outras. De facto, encontram-se elementos que se ligam claramente à emergência do conhecimento e estudo da sexualidade adolescente.

É de destacar a referência ao conceito de “saúde positiva” veiculado pela OMS. Este conceito, destruindo a dicotomia saúde/doença, remete para as dimensões do bem estar físico, mental e social. É também neste contexto que a equipa abre a reflexão para a saúde na promoção da facilitação do desenvolvimento social e pessoal.^{13,15}

De acordo com o que já foi afirmado anteriormente face à multidimensionalidade da adolescência, reforça-se a ideia da necessidade de perspectivar a sexualidade adolescente em várias vertentes. Assim, qualquer trabalho no âmbito da sexualidade adolescente fará, imperativamente, eco desta multidimensionalidade não se reduzindo, no campo da sexualidade, à simples ocorrência de uma relação sexual (entenda-se, coito).

Uma outra implicação que se pode retirar dos objectivos do que foi salientado anteriormente centra-se na justificação da presente investigação. De facto, faz-se eco da necessidade de intervir junto dos adolescentes de forma ajustada a cada uma das suas realidades e especificidades. Articulado o objectivo desta investigação com os dados

actuais, subscreve-se a necessidade de dotar os adolescentes com “competências de vida”. Esta necessidade torna-se particularmente importante porque é justamente no contexto da sexualidade adolescente que surgem factores de risco que podem dificultar ou mesmo inibir o bem-estar físico, emocional e social do adolescente.

O necessário enquadramento social do comportamento sexual na adolescência, implica a intersecção com os comportamentos sexuais de risco ou a propensão para eles, porque é neste contexto que emergem as relações sexuais desprotegidas. Assim, pode-se concluir que talvez exista a necessidade de reconceptualizar e redireccionar a abordagem à sexualidade adolescente. Esta abordagem pretende introduzir novos vectores para além dos comuns “início da actividade sexual” e “já ter tido uma relação sexual”.

A introdução de uma nova abordagem chama a atenção para as experiências inerentes à sexualidade adolescente. Segundo Whitaker, ¹⁶perspectivar a sexualidade adolescente implica centrar a análise na importância dos contextos psicológico e social. Está-se, portanto, num plano de intersecção entre atitudes e comportamentos que em grande escala permitem conhecer as mundividências adolescentes no contexto da sexualidade. Conhecer as atitudes e as intenções dos adolescentes permite uma caracterização mais real e aprofundada.

Neste contexto, surge uma dificuldade: como operacionalizar o conceito de risco sexual e comportamento sexual de risco na adolescência?

Nos artigos de revisão sobre este tema encontra-se a introdução dos comportamentos sexuais de risco como forma de operacionalizar a “promiscuidade”.

Claro que existem vários factores que podem estar associados aos comportamentos de risco (valores religiosos, valores morais, informação etc.);¹⁷ porém, tentar-se-ão caracterizar outras dimensões.

Existem algumas referências que indicam que os adolescentes são a população com um dos maiores riscos de contrair uma Doença Sexualmente Transmissível. Por exemplo, múltiplos parceiros sexuais, sexo desprotegido e contactos com outros adolescentes que são “parceiros com alto risco” de Doenças Sexualmente Transmissíveis, constituem-se como vectores que suscitam e exigem análise. Em suma: comportamentos que expõem os adolescentes ao HIV /S.I.D.A, a outras doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada.^{17, 18,19}

Segundo o que foi afirmado anteriormente, um dos elementos que mais chama a atenção para os comportamentos sexuais de risco centra-se no contexto do HIV. Aqui emergem a ausência de comportamentos preventivos por parte dos adolescentes.^{13,15,20,21}

Num estudo realizado em Portugal¹⁵, em que a média de idades se situou nos 15.2, verificou-se que 7.1% não tinham usado preservativo na sua última relação sexual. Na abordagem *focus-groups* os adolescentes reconhecem a importância do uso do preservativo mas poucos afirmam que o usem sempre que têm relações sexuais. Pode-se, portanto, concluir que os jovens, apesar de conhecerem a doença HIV, subestimam o seu próprio risco de ser infectado. Neste contexto, os jovens argumentam em torno da monogamia, do amor para sempre, entre outros.

Um outro dado muito importante é que alguns adolescentes revelaram que basta não ter relações sexuais com parceiros ocasionais para estarem protegidos do HIV. Segundo Dias,¹⁵ estas são estratégias de “racionalização” que explicam o facto dos adolescentes se sentirem “imunes” ao risco.

Em todos os contextos e estudos sobre a sexualidade adolescente salienta-se a importância de prevenir a ocorrência dos comportamentos sexuais de risco na adolescência. Trata-se, essencialmente, de enfatizar a ideia de que na sexualidade adolescente existe uma discrepância entre a informação e a adopção de comportamentos

que previnam a gravidez indesejada, as doenças sexualmente transmissíveis e o HIV. Esta discrepância solidifica a ideia que na sexualidade adolescente interferem muitas mais dimensões do que o mero acesso à informação sobre sexualidade e comportamentos de risco.

A discrepância anteriormente citada torna-se ainda mais complexa quando se tenta perceber o que realmente preocupa os adolescentes no contexto da sua saúde.

Num questionário aplicado por Feldman,²² onde os adolescentes descreviam as suas preocupações com a saúde, surgiram em grande percentagem preocupações com a acne, problemas emocionais, saúde dentária, entre outros. Curiosamente, muitos destes adolescentes consumia, por exemplo, álcool e drogas recreativas. Só uma percentagem muito baixa revelou ter preocupações com estes comportamentos porquanto eles não eram considerados pelos adolescentes inquiridos como ameaças à sua saúde. Mesmo aqueles que declararam ser sexualmente activos, não demonstraram grandes preocupações face à contraceção. A título de exemplo: no estudo citado, em 729 adolescentes 26% responderam estar muito preocupados com a sua saúde dentária e com o excesso de peso, assim como 32% das raparigas estavam preocupadas com a menstruação. A contrastar com estes números surgem 22% de adolescentes sexualmente activos mas apenas 9% se preocupa com a contraceção e o controlo da natalidade.

De facto, muito se tem feito no que concerne à informação sobre sexualidade e comportamentos sexuais de risco na adolescência. Actualmente, as preocupações dos adolescentes podem distar dos números apresentados anteriormente. Porém, ainda existem muitos elementos que evidenciam que os comportamentos sexuais de risco continuam a ocorrer na adolescência. Da sua ocorrência pode-se hipoteticamente concluir que talvez a preocupação no contexto da saúde dos adolescentes ainda não esteja efectivamente interiorizada por eles.

Na adolescência existe, essencialmente, a necessidade de formar atitudes para gerar comportamentos saudáveis no âmbito da sexualidade. Esta dimensão das atitudes torna-se particularmente importante quando ela é contextualizada na adolescência. De facto, a promoção de estilos de vida saudáveis revestidos por regras comportamentais nem sempre é compatível com a mundividência assertiva do adolescente. Os adolescentes demonstram alguma resistência à “regra” porque este período é, essencialmente, um momento de corte com as barreiras e imposições.¹³

Apesar desta resistência não se pode veicular o abandono da regra para o adolescente no que concerne à adopção de comportamentos para uma vida saudável. Pelo contrário, essas regras devem ser promovidas, mas tendo como base os contextos específicos da sexualidade de cada adolescente. Assim, há que encetar estratégias que devem “pressupor” alguma resistência por parte dos adolescentes e, como tal, devem ser as mais adequadas possíveis.

A caracterização dos comportamentos sexuais de risco permite concluir que o contexto da sexualidade adolescente é marcado por várias circunstâncias preocupantes. Acresce ainda o facto de que muitos destes comportamentos estão ou podem estar associados ao consumo de álcool e outras substâncias.

Num vasto universo de jovens portugueses 16.5% de rapazes e 10.6% de raparigas evidenciaram relações sexuais associadas ao consumo.¹³

Ao nível internacional estes resultados continuam a ser expressivos. Adolescentes que têm múltiplos parceiros sexuais apresentam um maior consumo de álcool, consumo de álcool há mais tempo, assim como o consumo de marijuana, comparativamente àqueles que só têm um parceiro sexual. Mesmo aqueles que ainda não tiveram uma relação sexual mas que acreditam que ela estará para breve, apresentam um maior consumo de cigarros, tempo no consumo de álcool e consumo de

marijuana, comparativamente àqueles que não esperam ter uma relação sexual a curto prazo.¹⁶

Ainda neste contexto, se se associarem variáveis demográficas e psicossociais quanto ao uso do preservativo, pode-se concluir que ser do sexo feminino, ter mais idade, não ingerir bebidas alcoólicas e estar satisfeito com a escola, constituem-se como factores de protecção.¹⁵

Para além de se conhecer estes factores de protecção e, conseqüentemente, sugerir factores de risco, pode-se também concluir que existem condicionantes psicossociais face ao risco e aos comportamentos sexuais dos adolescentes no contexto do HIV.

Neste contexto, é ainda importante evidenciar que existem variáveis associadas à raça e ao género que influenciam a actividade sexual. Os rapazes e os negros expressam uma maior tendência a ter múltiplos parceiros. Existem ainda diferenças no uso do preservativo porquanto negros e caucasianos apresentam uma maior probabilidade de uso do preservativo quando comparados com os hispânicos.¹⁸

Os resultados apontam também para uma dimensão multidimensional nos comportamentos sexuais de risco. Idade, género, raça e condições socio-económicas, constituem-se como factores que correlacionados entre si vão influenciar os resultados no que concerne aos comportamentos sexuais de risco na adolescência.

Apesar de ser importante reconhecer que estes dados distam face à nossa realidade não só em termos culturais como temporais, eles dão pistas de análise que se demonstram importantes.

Decorrente do que se afirmou anteriormente, abre-se o contexto social e cultural no âmbito da sexualidade adolescente. Aliás, ele faz eco das considerações já feitas

anteriormente relativamente à multidimensionalidade presente no estudo da sexualidade adolescente.

Sendo Portugal um país multicultural e, decorrentemente, marcado por comunidades migrantes, torna-se importante analisar as dimensões psicossociais e culturais do HIV/SIDA. Neste contexto, interagem os vectores comportamento individual, realidade económica e realidade social, ou seja, estes vectores envolvem a vida do adolescente e podem influenciar as suas crenças, atitudes e comportamentos face ao HIV/SIDA.

Num estudo realizado em Portugal, numa comunidade migrante essencialmente oriunda dos PALOP,²⁰ existem dados que remetem para o facto desta comunidade afirmar em maior percentagem já ter tido relações sexuais, enquanto que os portugueses são aqueles que mais referiram ter utilizado o preservativo. Porém, não se verificaram diferenças significativas entre portugueses e a comunidade migrante face ao conhecimento dos modos de transmissão do HIV. Assim, não só se evidencia a necessidade de abordar esta problemática abrangendo as variáveis associadas à multiculturalidade, como também são identificados factores de risco tais como a pobreza, a exclusão social, as competências sociais e pessoais, entre outras.

Basta pensar nas condições socio-económicas da maioria da comunidade migrante em Portugal para se enfatizar a necessidade de uma abordagem muito específica a este contexto.

Decorrentes dos contextos anteriormente citados, emerge a gravidez indesejada na adolescência. Também aqui ocorrem comportamentos sexuais de risco associados à prática de sexo sem preservativo e sem preocupação ou uso planeado da contracepção.²³

Um dos elementos preocupantes é o facto da gravidez indesejada surgir necessariamente ligada à ausência de preservativo na relação sexual. Neste contexto, estamos num duplo risco onde não só existe a possibilidade de uma gravidez indesejada como também o aumento da probabilidade de contrair uma doença sexualmente transmissível. Tal como já foi abordado anteriormente, apesar do uso do preservativo ser identificado por um elevado número de adolescentes, o facto é que nem sempre o seu uso ocorre, assim como não existem garantias de que, quando usado, o seja correctamente.

A gravidez indesejada na adolescência torna-se um problema particularmente complexo quando as estatísticas nem sempre permitem ter uma visão completa da realidade, ou seja, simplificar a estatística ao mero “uso”/“não uso” do preservativo na última relação sexual, pode não reflectir o padrão comportamental efectivo do adolescente. Tal como já foi afirmado anteriormente, os adolescentes “racionalizam” o não uso de preservativo recorrendo a argumentos centrados na monogamia ou na duração da relação. Assim, torna-se altamente complexo compreender se na realidade os jovens usam efectivamente o preservativo e se têm consciência da sua importância na sexualidade.

Dada esta complexidade torna-se importante conhecer o já referido “padrão” da actividade sexual na adolescência. Este conhecimento passa pelo estudo e consequente “associação” entre o tipo de relação e as características do parceiro sexual. Estes dois vectores são elementos que em muito vão condicionar a sexualidade adolescente e a ocorrência de comportamentos sexuais de risco.

Um importante estudo neste contexto evidencia-nos que o conhecimento da efectiva realidade do uso da contracepção passa invariavelmente pela “dinâmica da relação sexual”.²⁴ Aqui, enfatiza-se o facto que quando a relação não é, por exemplo,

considerada romântica pelos adolescentes a probabilidade do uso de contracepção parece aumentar. Estes dados indiciam que a forma como os adolescentes concebem a relação com o seu parceiro condiciona o comportamento sexual, assim como a ocorrência de comportamentos sexuais de risco. Porém, o conhecimento da efectiva realidade do adolescente pode estar comprometido em termos de investigação porquanto nem sempre existem referências e associações objectivas face ao seu uso. Neste contexto, é evidenciado que apesar dos adolescentes poderem afirmar que usam o preservativo faltam evidências correlativas ou associativas face ao seu uso correcto.

Face ao contexto da contracepção surgem-nos factores que influenciam o seu uso: a duração da relação sexual e as características dos parceiros. Neste estudo²⁴ desenham-se dados muito importantes que permitem aprofundar os contextos da sexualidade adolescente. Concretamente: o factor tempo surge como um dos elementos principais, ou seja, uma maior duração da relação pode contribuir para a diminuição da frequência do uso do preservativo. A idade do parceiro também pode influenciar porquanto surgem dados que indiciam que algumas raparigas tendem a não usar contracepção ou preservativo quando o seu parceiro é mais velho. Concomitantemente, existe também a conclusão de que apesar de uma percentagem significativa de adolescentes afirmar que usou o preservativo, o facto é que não recorrem, em termos de gravidez, a outros métodos contraceptivos. Curiosamente, o factor tempo vai também influenciar este contexto porque quanto maior é a duração da relação mais probabilidade existe de surgir um outro meio de contracepção para além do preservativo.

Pelo exposto anteriormente torna-se necessário enfatizar o facto de que embora se assista em Portugal a uma diminuição da gravidez na adolescência ele continua a estar bem presente. Aliás, apesar desta diminuição acompanhar a tendência europeia, o

facto é que o país continua a ter uma elevada percentagem de gravidezes na adolescência comparativamente a outros países.²⁵

A sexualidade adolescente e os sintomas depressivos

No contexto da existência adolescente podem-se encontrar estratégias de negação. Paradoxalmente, esta negação que parece uma ultrapassagem das dificuldades em realizar tarefas da adolescência, pode denotar uma fuga que tem como principal fundo uma perturbação afectiva. Segundo Weiner,²⁶ esta “máscara” da negação é particularmente visível nos adolescentes mais novos. Estes sinais de fuga que são a negação do adolescente face ao sentimento de incapacidade, podem indiciar uma depressão. São descritos comportamentos de “agitação”, “ímpeto em direcção às pessoas” ou “fuga às pessoas”.

Em suma: a agitação mantém o adolescente ocupado na busca da novidade; o ímpeto para as pessoas decorre da necessidade de estar ocupado através da procura constante de companheirismo; a fuga mantém longe a ameaça de ser rejeitado. Assim, todos estes comportamentos possuem um elo comum: são estratégias de fuga à depressão ou a sentimentos deprimentes. Estes comportamentos podem denotar perturbação afectiva.

Verifica-se, também, que estudos em contexto clínico evidenciam uma relação entre a depressão adolescente e o enfraquecimento na relação social, no rendimento académico e nas relações interpessoais.^{27,28,29}

No contexto do presente trabalho, o objectivo não é caracterizar a depressão na adolescência. Tentar-se-á, por outro lado, relacioná-la com a sexualidade no adolescente. Concretamente, saber qual o impacto da depressão nos comportamentos sexuais do adolescente.

Neste contexto, torna-se importante salientar a complexidade que envolve a depressão na adolescência. Alguma da literatura disponível faz advertência para a necessidade de construir um “quadro semiológico” que permita operacionalizar e distinguir o que compõe efectivamente a depressão no adolescente. Esta necessidade revela-se particularmente importante dada a possibilidade de interagirem alguns acontecimentos da adolescência com a efectiva depressão. Segundo Marcelli,³⁰ existem algumas contingências macrossociais e metodológicas associadas aos questionários de auto-preenchimento que podem influenciar os resultados, principalmente quando se comparam populações clínicas com não clínicas.

Apesar de todas estas contingências, que serão abordadas noutro momento, o facto é que Marcelli, na tentativa de clarificar a depressão no adolescente, introduz o consumo de álcool e de drogas. Porém, é de destacar que o consumo de álcool e de drogas pode ser consequência da depressão e não um comportamento inerente à depressão no adolescente.^{3, 31,32} Pelo exposto, é necessário clarificar e caracterizar a depressão e os sintomas depressivos na adolescência.

Num estudo efectuado em Portugal, podemos verificar que a depressão na adolescência provoca comportamentos que em muito comprometem o pleno desenvolvimento cognitivo, afectivo e social. Tristeza, pessimismo, auto-criticismo, perda de interesse, indecisão, entre outros, são alguns vectores que marcam a depressão³¹.

Quando se aprofunda a realidade da prevalência de sintomas depressivos na adolescência surgem os seguintes dados: em 2001 detectaram-se 13% de eventos depressivos na puberdade³³; em 2004 numa população de adolescentes a frequentar o ensino secundário, 11.2% evidenciaram sintomas depressivos. 7.02% da amostra total, eram do sexo feminino e 4.56% eram do sexo masculino.

O estatuto socio-económico, o consumo de tabaco e álcool e a vivência escolar (não gostar de estar na escola), evidenciam-se como factores potenciadores de sintomas depressivos.³⁴ Uma das curiosidades deste estudo é o seu próprio objectivo, ou seja, ele não se centra focalmente (cl clinicamente!) na depressão mas em “sintomas reveladores de sofrimento psicológico”, derivados de “experiências sociais e acontecimentos de vida difíceis”. De acordo com esta abordagem é possível estabelecer uma distinção: por um lado a depressão clínica que resulta do conjunto da sintomatologia definida pelos parâmetros clínicos; por outro lado, os sintomas depressivos que por si só podem não indiciar uma depressão efectivamente clínica mas sintomas de “sofrimento psicológico” que se ligam a uma potencial depressão clínica.

Esta estratégia leva a concluir que se abre um novo ponto de abordagem aos sintomas depressivos para além da dimensão puramente clínica e patológica. Se se relacionar esta estratégia com o que foi afirmado anteriormente no contexto da especificidade e singularidade do período da adolescência, pode-se equacionar que os sintomas depressivos na adolescência emergem como um problema na vivência das tarefas da adolescência, ou seja, se se supuser que os sintomas depressivos têm um enquadramento muito específico na adolescência, deve-se considerar que “nem sempre as tarefas são cumpridas”.³⁵

Num outro ponto de análise é possível encontrar-se a saúde mental invariavelmente ligada à sexualidade do adolescente. Vários estudos realizados com populações clínicas^{36, 37} e não clínicas,^{38, 39} indiciam que a falta de saúde mental está associada a comportamentos sexuais de risco na adolescência. Assim, torna-se imperativa a concentração neste contexto onde a saúde mental está ligada à sexualidade adolescente.

O risco surge contextualizado em múltiplas dimensões: consumo de álcool, consumo de tabaco, comportamento sexual, entre outros. Uma das associações destes factores remete para a tríade depressão, comportamento sexual de risco e consumo de álcool e marijuana.⁴⁰ Neste contexto, foca-se a coexistência entre drogas, sexualidade de risco e saúde mental. Por exemplo: o consumo de álcool pode aumentar os comportamentos sexuais de risco porquanto ele actua na diminuição da inibição, prejuízo na decisão e alteração de humor. De acordo com as conclusões apresentadas por Bennet, emerge a necessidade de investigar e problematizar os contextos que envolvem os comportamentos sexuais de risco dado que parecem surgir indicadores que um dos vectores que pode estar presente é a depressão ou sintomas depressivos. Citando uma expressão curiosa dos autores deste estudo, a sexualidade adolescente no contexto dos comportamentos sexuais de risco relacionados com a saúde mental, implica necessariamente uma “psychosocial biopsy” que permita um verdadeiro entendimento da forma como estes elementos interagem entre si.

Numa outra perspectiva metodológica (populações clínicas) verifica-se novamente a relação entre saúde mental e comportamentos sexuais de risco. Este estudo³⁷, embora realizado numa população clínica, associa problemas do foro psiquiátrico com comportamentos sexuais de risco. Ansiedade, depressão, dependência de drogas, esquizofrenia, entre outros, surgem-nos associados a comportamentos sexuais de risco.

Numa perspectiva mais detalhada onde se cruzam os vectores das infecções sexualmente transmissíveis e o HIV no contexto da saúde mental e da depressão, surgem dados mais concretos. A dimensão da saúde mental está ligada ao múltiplo contexto do comportamento sexual de risco, consumo de drogas e de álcool e uso de agulhas.⁴¹ Aqui, realça-se os comportamentos que estão no risco de contrair o HIV.

Parte-se, portanto, do princípio de que os adolescentes são efectivamente a população que demonstra um grande risco de contrair o vírus da SIDA e que este risco aumenta quando se associam problemas psiquiátricos que potenciam esse mesmo risco.

Partindo do princípio que um dos elementos dos sintomas depressivos é a baixa auto estima, torna-se importante saber como ela actua neste contexto dos comportamentos sexuais de risco. A auto estima surge juntamente com os factores anteriormente mencionados, ou seja, como factores de risco são apresentados a multiplicidade de parceiros, relações sexuais não protegidas e relações sexuais com um parceiro com elevado risco de ser portador de uma doença sexualmente transmissível. Na associação destes factores com a saúde mental, podem-se introduzir como variáveis de estudo a auto estima, a percepção própria do seu valor (*Self-Worth*) e sentimentos positivos sobre si. É importante referir que o consumo de marijuana e cocaína podem surgir de igual forma associados à ocorrência de comportamentos de risco. Porém, apesar de se concluir que esta associação não deve ser ignorada, pode-se centrar a atenção na auto estima e na depressão.

Neste contexto, encontra-se a seguinte hipótese: o facto de não usar preservativo e o historial de doenças sexualmente transmissíveis aumenta, com o maior número de sintomas depressivos. Segundo os resultados obtidos por Shrier,³⁸ nos adolescentes que não usaram preservativos, verificaram-se sintomas depressivos, baixa auto estima e consumo de álcool, marijuana ou cocaína. Assim, é apresentada uma relação directa entre o facto de não usar preservativo e o nível de gravidade da depressão. No que concerne às doenças sexualmente transmissíveis., os adolescentes do sexo masculino com sintomas graves de depressão surgem com um maior risco de as contrair, em comparação com aqueles que apresentavam sintomas depressivos menos graves. É importante salientar que se verificou que o consumo de álcool e marijuana surgiram

como mediadores entre a depressão e as doenças sexualmente transmissíveis. Quando introduzida a variável “depressão”, triplica o risco de contrair uma doença sexualmente transmissível. Assim, os autores do estudo concluem que a auto estima e os sintomas depressivos se encontram associados ao facto dos adolescentes não usarem preservativo (rapazes) e com um historial de doenças sexualmente transmissíveis (raparigas).

Para finalizar, é importante fazer referência, em jeito de apontamento, a um outro estudo sobre a depressão e as doenças sexualmente transmissíveis na adolescência; concretamente, a articulação entre os problemas de saúde mental e o tempo provável de diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível.³⁹ Neste estudo destacam-se duas grandes conclusões : em primeiro lugar, rapazes e raparigas adolescentes com sintomas depressivos, encontram-se sob o risco de lhes ser diagnosticada uma doença sexualmente transmissível no espaço de um ano; em segundo lugar, existe uma correlação entre a depressão e as doenças sexualmente transmissíveis. Concretamente, os sintomas depressivos são um predictor do diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível, assim como o diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível pode ser um predictor da ocorrência de altos níveis de sintomas depressivos.

Assim, se se associar os deficits sociais (*déficit of social skills*) provocados por sintomas depressivos na adolescência, que em muito comprometem a interacção e responsabilidade face a si e aos outros⁴², à prevalência dos comportamentos sexuais de risco, a investigação nesta área torna-se uma exigência e um desafio.

Concluindo: apesar dos múltiplos programas de prevenção implementados em Portugal, o facto é que os nossos adolescentes continuam a ter comportamentos sexuais de risco. Assim, e apesar de toda a informação disponível, ainda existem mais alguns

elos a explorar com vista a contribuir para uma optimização dos programas de educação sexual em particular, e da saúde escolar em geral.

A presente dissertação/investigação centra-se em questões que se podem considerar bastante pertinentes para os dias de hoje. Os comportamentos dos adultos da sociedade actual foram motivados por vivências e aprendizagens do passado. Nesse sentido, a educação dada aos jovens de hoje é de extrema importância, na medida em que é fonte de comportamentos futuros, quando forem adultos. É neste contexto que surge o interesse em estudar os comportamentos e atitudes de jovens, em especial no campo da sexualidade.

O acesso à informação tem vindo a ser facilitado e há esforços eminentes no sentido de informar e educar cada vez mais e melhor os jovens neste campo. São inúmeras as campanhas de sensibilização no que respeita ao uso do preservativo e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de uma possível gravidez não desejada. As campanhas têm ocorrido ao nível das escolas mas não só. Os anúncios expostos pelas ruas, nas revistas e na televisão são também uma fonte de educação e de divulgação de informação. Existem também hoje em dia séries televisivas, filmes e outro tipo de programas que sensibilizam para estes temas. Livros, revistas e jornais também actuam a esse nível. Porém, a realidade efectiva da vivência adolescente nem sempre se compatibiliza com a informação e divulgação no contexto da sexualidade. O facto é que apesar da informação que, acrescente-se, nem sempre é correcta ou transmitida de forma clara e concisa, os adolescentes parecem não fazer a passagem da necessidade da prevenção aos comportamentos sexuais efectivamente preventivos.

Num outro âmbito desta questão surgem as várias intervenções escolares. Estas intervenções que cada vez são em menor número, principalmente desde a “falência” da primeira tentativa da implementação da educação sexual nas escolas, têm tendência a

reflectir informação de extremo relevo nesta matéria. É importante que os alunos percebam o quão necessário é o esclarecimento e a consciencialização para a importância de uma vivência saudável e integradora na sexualidade. De facto, a intervenção da escola deve centrar e delinear metodologias de forma a assumir que os comportamentos dos jovens variam bastante entre si, mas mesmo assim há algo comum a todos eles e que pode e deve ser evitado: os comportamentos de risco em geral e os comportamentos sexuais de risco em particular.

Este trabalho surge assim no contexto de análise e estudo dos comportamentos dos jovens de hoje em dia. Jovens que frequentam diversos tipos de escolas, são provenientes de diversas origens, têm diversas idades e frequentam diferentes níveis de ensino. É assim possível perceber em que medida todas as campanhas e esforços feitos no sentido da “Educação Sexual” estão ou não a funcionar e a repercutir efeitos.

A análise feita aos comportamentos adoptados pelos jovens da amostra pretende ser numa base genérica, que possa ser alargada a todos os jovens. Nesse sentido, os resultados encontrados são exportados aos jovens no geral, embora se tenha em consideração que se está apenas a considerar uma amostra da população.

Grande parte deste trabalho reside em verificar os comportamentos sexuais dos jovens mas, acima de tudo, os comportamentos sexuais de risco. Há também uma análise entre esses mesmos comportamentos e eventuais sintomas depressivos que possam existir nos alunos inquiridos, no sentido de verificar se existe alguma relação entre estas duas variáveis. Trata-se, sobretudo, de um estudo exploratório que pretende verificar uma outra dimensão da sexualidade no contexto dos comportamentos sexuais de risco. Essencialmente, pretende-se abrir uma outra via de análise de forma a explorar mais um eventual contexto da sexualidade dos adolescentes.

Deste modo, a questão de partida deste trabalho é:

Existe alguma relação entre os sintomas depressivos encontrados nos jovens de hoje e os comportamentos sexuais de risco desse mesmo grupo?

Para responder a esta questão foram colocados alguns objectivos passíveis de resposta:

1. Caracterizar os comportamentos sexuais na população adolescente seleccionada para o estudo;
2. Relacionar sintomas depressivos com comportamentos sexuais de risco em adolescentes portugueses, a frequentar o Ensino Básico e Secundário;
3. Caracterizar os comportamentos sexuais de risco na população adolescente seleccionada para o estudo;
4. Caracterizar os comportamentos sexuais na população adolescente com sintomas depressivos;
5. Caracterizar os comportamentos sexuais de risco na população adolescente com sintomas depressivos;
6. Relacionar os vários comportamentos sexuais de risco com idade, grau de instrução e género.

Metodologia

1. Amostra

A população deste trabalho é constituída por jovens com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos. Esta amostra foi recolhida das seguintes escolas: *Escola Afonso Domingues, Escola Comércio de Lisboa, Escola Eça de Queirós e Externato Marquês de Pombal.*

Para presente trabalho de investigação utilizou-se o método de amostragem aleatória ou probabilística. De acordo com Maroco⁴³, “(...) neste tipo de amostragem as amostras são obtidas de forma aleatória (i.e. a probabilidade de cada elemento da população fazer parte da amostra é igual para todos os elementos, e todas as amostras seleccionadas são igualmente prováveis).” A escolha deste tipo de amostra deve-se ao facto de permitir a generalização dos resultados para a população.

2. Métodos e técnicas

Neste estudo, o instrumento de recolha de dados utilizado foi o Questionário. O questionário foi aplicado a uma amostra aleatória já mencionada, e é constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença de um entrevistador. Junto com o Questionário consta uma nota que explica a natureza da pesquisa, a sua importância e qual a necessidade de obter respostas, de modo a captar o interesse do receptor e levá-lo a preencher e devolver o questionário.⁴⁴

O processo de elaboração de um questionário é longo, complexo e exige cuidado na selecção das questões para depois permitir a obtenção de informações válidas. Os temas escolhidos devem estar de acordo com a hipótese operacional. Segundo Hill & Hill “*é muito fácil elaborar um questionário mas não é fácil elaborar um bom*

questionário”, ou seja que permita testar, de forma adequada as hipóteses de investigação.

O questionário é constituído por perguntas abertas, perguntas fechadas (dicotómicas) e fechadas (escala). Devido a este facto a análise deste instrumento implica uma abordagem quantitativa.

Tipo de Estudo – Quantitativo

O tratamento dos dados obtidos foi efectuado através do SPSS versão 15. As técnicas utilizadas incidem numa análise preliminar (descritiva) e correlações múltiplas.

Os propósitos básicos deste tipo de análise prendem-se com a medição e predição exactas do comportamento individual ou de um grupo social e a procura de objectividade nesses comportamentos. Os objectivos principais são a de analisar dados estatísticos, encontrar relações entre variáveis e estabelecer generalizações e conexões. O plano de investigação é pré-determinado com formalização e especificação de itens escritos antes da realização da investigação.⁴⁵

O trabalho foi estruturado de modo a que cada objectivo pudesse ser respondido e, assim, chegar-se a algumas respostas para a questão de partida deste estudo.

É importante salientar que foram seleccionadas algumas perguntas do questionário aplicado como as indicadoras de comportamentos de risco. O questionário encontra-se dividido em quatro partes, e essas questões estão presentes na parte II e na parte IV (ver questionário no Anexo VIII). Assim, as perguntas seleccionadas neste campo, na parte II, são a 4, a 7, a 8 e a 13. Na parte IV foram seleccionadas muitas questões, sendo elas: 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 9, 11, 14, 20, 21, 23, 25, 27 a 42, 43.1, 43.2, 44.1, 44.2, 45.1, 45.2, 46.1, 46.2, 47.1, 47.2, 48.1, 48.2, 55, 58 a 60, 72, 73, 80 a 82, 85 a 88.

Assim, sempre que no texto forem mencionados os comportamentos de risco, foi nestas variáveis que se basearam as análises e os posteriores resultados.

Em relação aos sintomas depressivos, foi utilizado um índice calculado através da CDI (Children's Depression Inventory) de M. Kovacs⁴⁶, que pretende diagnosticar eventuais comportamentos dos alunos que evidenciem sintomas depressivos. É esse um dos principais objectivos deste trabalho também: verificar se existe relação significativa entre os comportamentos sexuais de risco e os sintomas depressivos.

Nos anexos encontram-se os instrumentos que permitiram recolher os dados de forma a relacionar a presença de sintomas depressivos com a ocorrência de comportamentos sexuais de risco.

Na sequência da aplicação desse instrumento será aplicado um pequeno questionário de dados demográficos entre outros (Parte II), que nos permitirá cruzar as características da amostra com os resultados obtidos nos sintomas depressivos e nos comportamentos sexuais de risco. Por exemplo, o objectivo recolher dados que nos permitam cruzar a idade, a situação familiar, o sexo, entre outros, com a ocorrência de sintomas depressivos, assim como o tipo de comportamentos sexuais e comportamentos sexuais de risco.

Depois da obtenção dos dados demográficos, segue-se um pequeno questionário que pretende caracterizar o tipo de comportamentos sexuais dos elementos da amostra (Parte III). Deste modo, espera-se obter dados que evidenciem o tipo de relação, o nº de parceiros sexuais, contraceção, etc. dos elementos da amostra.

Mais uma vez pretende--se cruzar as respostas com os resultados obtidos na C.D.I, por forma elaborar e eventual relação entre sintomas depressivos e comportamentos sexuais de risco. Pretende-se, ainda, fazer um cruzamento de dados dos comportamentos sexuais com os dados recolhidos na primeira parte do questionário.

Concretamente, pretende-se saber de que forma a idade, o sexo, a nacionalidade, a situação familiar, a zona de residência, a situação laboral e escolar, entre outros, se relaciona com o tipo e comportamentos sexuais praticados pelos elementos da nossa amostra.

Finalmente, ir-se-á introduzir uma quarta parte (Parte IV) onde se pretende obter informações sobre Intenção Comportamental, Atitudes, Percepção e Controlo, Crenças Comportamentais e Percepção da Vulnerabilidade.

Em primeiro lugar, é importante referir que esta última parte, assim como a anterior, foi elaborada tendo como modelo o instrumento criado por Nuno Nodin no estudo *Os Jovens Portugueses e a Sexualidade em Finais do Século XX* (1999). Este questionário, elaborado com base no Modelo de Acção Planeada, partiu da intenção comportamental de forma a avaliar, de modo comparativo, o risco sexual dos indivíduos.

Neste contexto, pareceu-nos muito importante avaliar a intenção comportamental dado que esta se constitui como a base de um presente ou futuro comportamento. De facto, vamos encontrar elementos na nossa amostra que, eventualmente, não têm actividade sexual ou esta é/foi pontual. Neste âmbito, parece-nos importante avaliar a sua intenção comportamental dado que ela pode actuar como um predictor do comportamento sexual, assim como do comportamento sexual de risco. Assim, e como consta no instrumento criado por Nuno Nodin, recorreremos a escalas tipo Likert para medir o posicionamento do sujeito face ao uso do preservativo, ao HIV-SIDA, assim como à gravidez não planeada. Estamos convictos que estes itens nos ajudarão a detectar risco de comportamentos sexuais de risco de forma a poderem ser cruzados com os resultados obtidos na C.D.I..

Para finalizar, é de referir que a reprodução deste questionário é parcial, ou seja, uma parte que Nuno Nodin dedicou às normas subjectivas de Parceiros, Pais e Amigos não foi incluída. Esta opção foi tomada dado que a apresentação original do questionário permite a avaliação dos dados por seis partes. A parte dedicada às normas subjectivas não contém nenhuma questão associada aos restantes items. Assim, não se retira a fidelidade e a validade do instrumento utilizado.

Parte I – C.D.I, Children’s Depression Inventory

Parte II – Dados demográficos

Parte III – Caracterização dos comportamentos sexuais dos elementos da amostra

Parte IV- Intenções Comportamentais, Atitudes, Percepção e Controlo, Crenças Comportamentais e Percepção da Vulnerabilidade face à utilização do preservativo, da SIDA e da gravidez não planeada.

(nota: apesar de se referir quatro partes, o questionário foi apresentado para preenchimento pelos elementos da amostra como um só)

3. Análise de Dados

Análise Descritiva

3.1 Caracterização da Amostra

A amostra total é constituída por 288 indivíduos. 60,8% são do sexo masculino e 39,2% são do sexo feminino. A média de idades da amostra é de 17 anos.

A amostra está distribuída por quatro escolas: Escola Eça de Queirós com 27,43%, Externato Marquês de Pombal com 27,08%, Escola Comércio de Lisboa com 25,69% e Escola Afonso Domingues com 19,79%. Em todas as escolas regista-se um número mais elevado de rapazes a frequentar a escola do que de raparigas, apenas no Externato Marquês de Pombal os valores são menos discrepantes.¹ Esta discrepância pode ser explicada pelo facto da Escola de Comércio de Lisboa e a Escola Afonso Domingues terem muitos cursos profissionais. Maioritariamente, os cursos profissionais existentes nas escolas que formam alvo da recolha da amostra estão direccionados para a área da informática, da mecânica e das técnicas de laboratório. Estes cursos têm uma percentagem muito elevada de rapazes porquanto são “considerados” pelos mesmos como os cursos mais adequados ao seu género. Apesar desta questão ser claramente resultante de estereótipos e representações sociais, o facto é que este tipo de cursos manifesta claramente ser o alvo de preferência dos rapazes.

¹ Ver em Anexo I, Tabela 4.

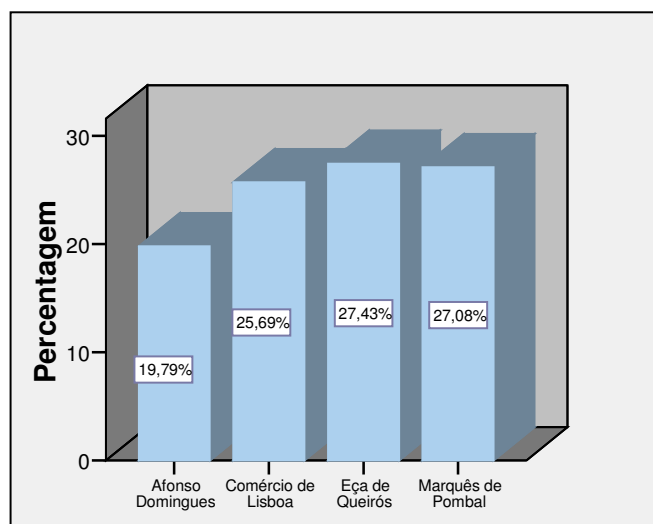


Gráfico 1. Escolas onde os questionários foram aplicados

Residência

Devido à extensão das respostas dos alunos no que se refere à freguesia e concelho onde residem ir-se-á representar apenas os concelhos mais mencionados e distribuir as incidências por freguesias.

De acordo com o gráfico abaixo representado, verifica-se que os alunos das quatro escolas estão mais distribuídos pelos seguintes concelhos: Lisboa (52,08%); Loures (17,36%); Amadora (5,21%); Sintra (4,51%); Vila Franca de Xira (3,82%) e Almada (3,47%).

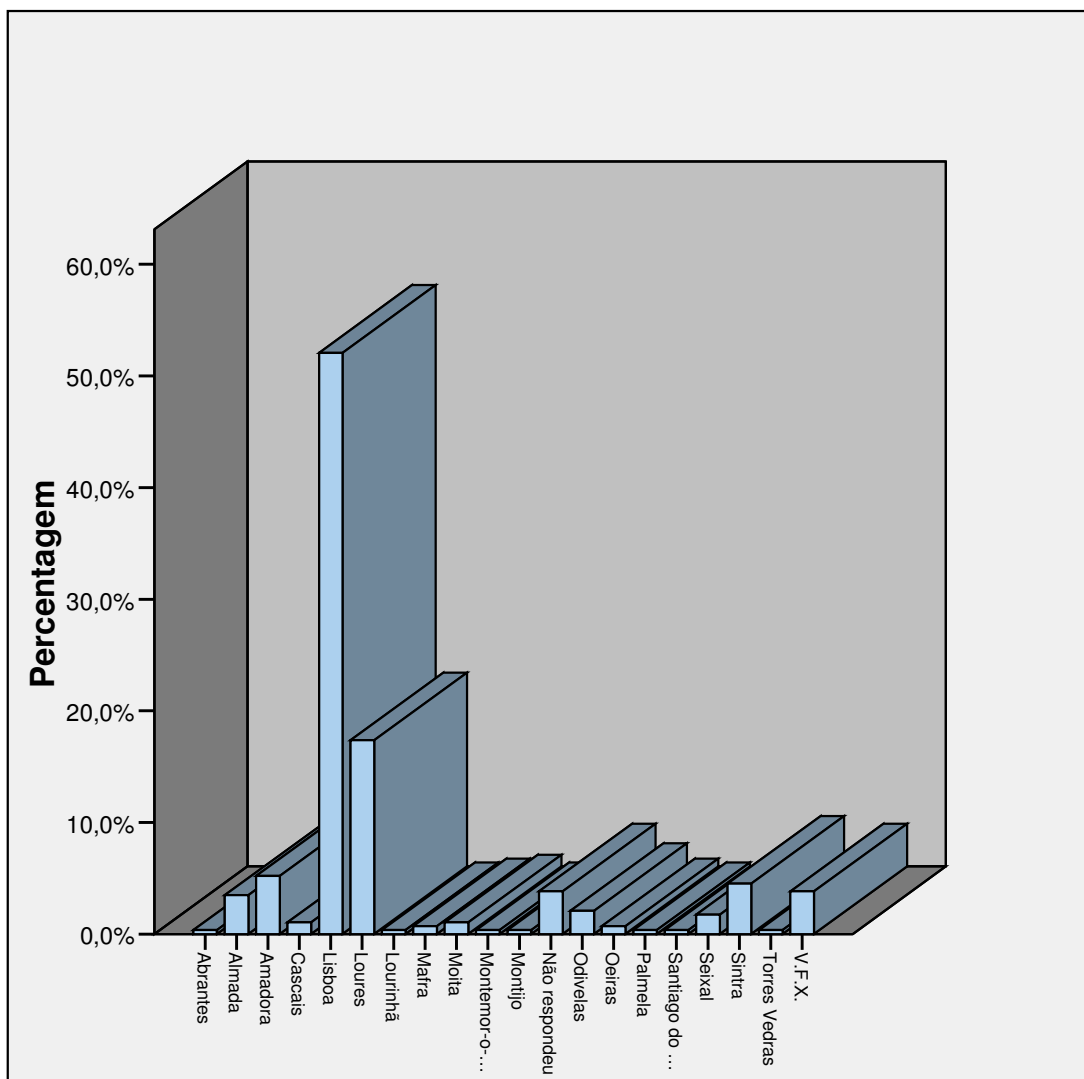


Gráfico 2. Concelho de Residência dos alunos

Através do gráfico 3 pode observar-se que os alunos moram em diversas freguesias. As que apresentam uma maior incidência são: Marvila (12,15%); Benfica (8,68%); Olivais (8,33%); Lisboa (5,21%) e São João da Talha (4,17%). As primeiras quatro fazem parte do concelho de Lisboa, a última pertence ao concelho de Loures.

De acordo com a tabela 7 (em anexo), ao fazer um cruzamento dos resultados entre os concelhos e as escolas, constata-se que na Escola Secundária Afonso Domingues, situada em Lisboa (Marvila), a maior parte dos alunos pertence aos concelhos de Lisboa, Loures e Amadora.

Em relação à Escola Eça de Queirós, situada em Lisboa (Olivais), a maior parte dos alunos reside em Lisboa, Loures, Amadora e Almada. No que diz respeito à Escola Comércio de Lisboa (Olivais), também se regista com maior incidência os mesmos concelhos referidos para a Escola anterior. No Externato Marquês de Pombal, situado em Lisboa, existem mais alunos da zona de Lisboa, Loures, V.F.X. e Sintra.

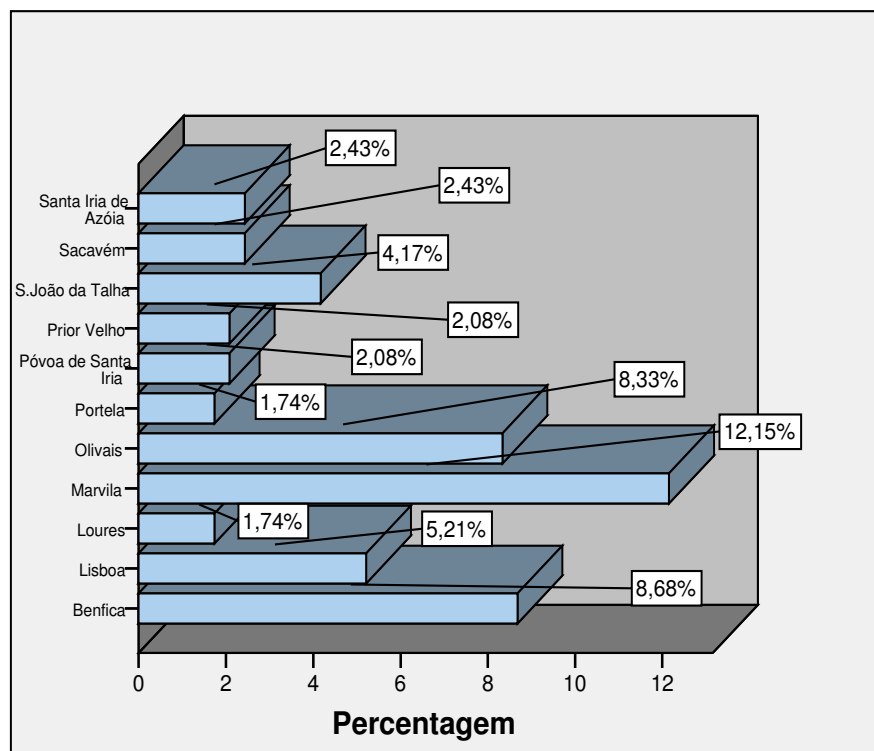


Gráfico 3. Freguesia de Residência

Nacionalidade

Pode observar-se pelo gráfico 4, que a amostra é na maioria de nacionalidade Portuguesa (84,03%). 4,51% são de nacionalidade Cabo-verdiana, 2,78% de nacionalidade Angolana e 2,08% Guineense. Existem também registos, mas com valores pouco significativos, de alunos com nacionalidade Americana, Espanhola, Ucraniana, Brasileira, Moçambicana, Italiana, Africana e de dupla nacionalidade (portuguesa/espanhola).

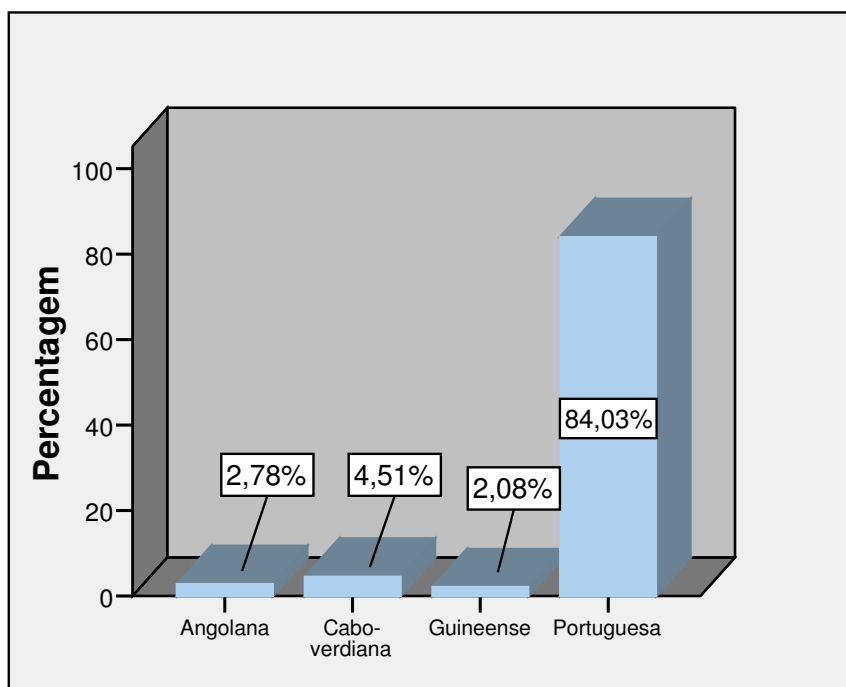


Gráfico 4. Nacionalidade

Situação Conjugal

No que respeita à situação conjugal mais de 91% da amostra são solteiros. Dos restantes alunos, 0,35% responderam ser divorciados ou então já estarem em união de facto com o parceiro. 0,71% afirmaram estar casados ou separados e cerca de 6% responderam ter outra situação conjugal.

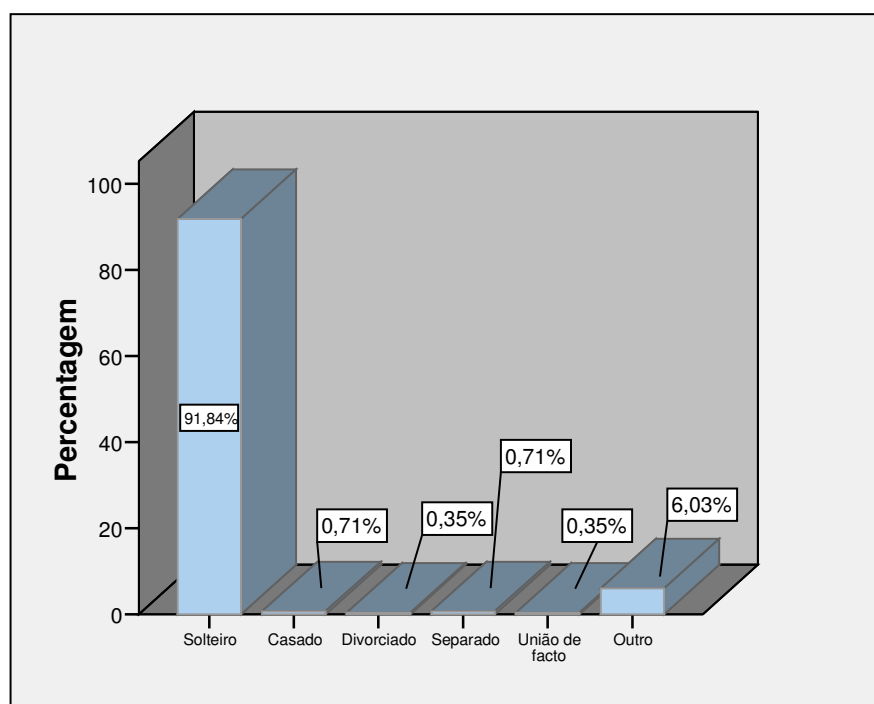


Gráfico 5. Situação Conjugal

Situação perante o trabalho e descrição da função (no caso de trabalhar)

De acordo com os dados do gráfico 6, apenas 284 responderam a esta questão. Mais de 95% responderam ser apenas estudantes e cerca de 4% responderam ser trabalhadores estudantes. Os 4% (12 alunos) mencionaram as seguintes funções: ajudante na farmácia ou laboratório, ajudante na bancada de frutas de mercado ou ajudante no ponto de venda dos pais, catering, designer, trabalho numa loja de roupa, restauração ou supermercado, promoção e organização de jogos, manicure/pedicure e babysitting².

² Ver em Anexo I, Tabela 11.

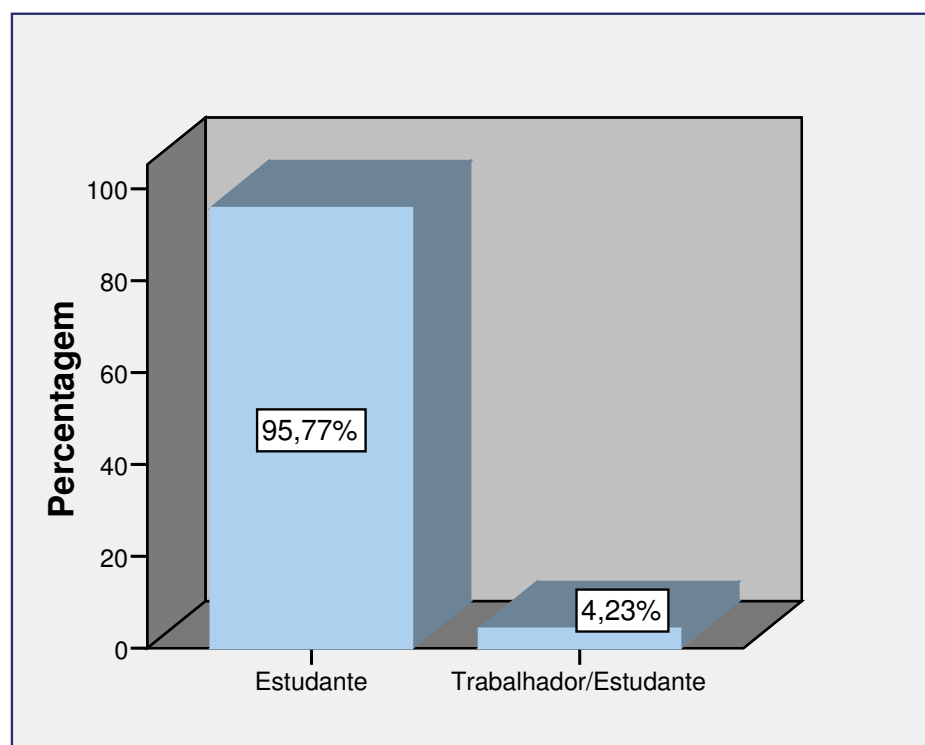


Gráfico 6. Situação perante o trabalho

Ano escolar que frequenta

Do total da amostra de 288 alunos, 18 não responderam a esta questão³. Dos restantes indivíduos, cerca de 27% afirmam estar no 12º ano, 17,41% estão no 10º ano e cerca de 17% estão no 8º ano (gráfico 7). Regista-se ainda que 11% dos alunos frequentam o 11º ano. Cerca de 8% frequentam o 9º ano ou o 3º ciclo (que significa que estão a fazer o 7º, 8º e 9º por unidades capitalizáveis) e cerca de 6% de alunos frequentam o 7º ano ou então o 1º ano de um curso profissional.

³ Ver em Anexo I, Tabela 12.

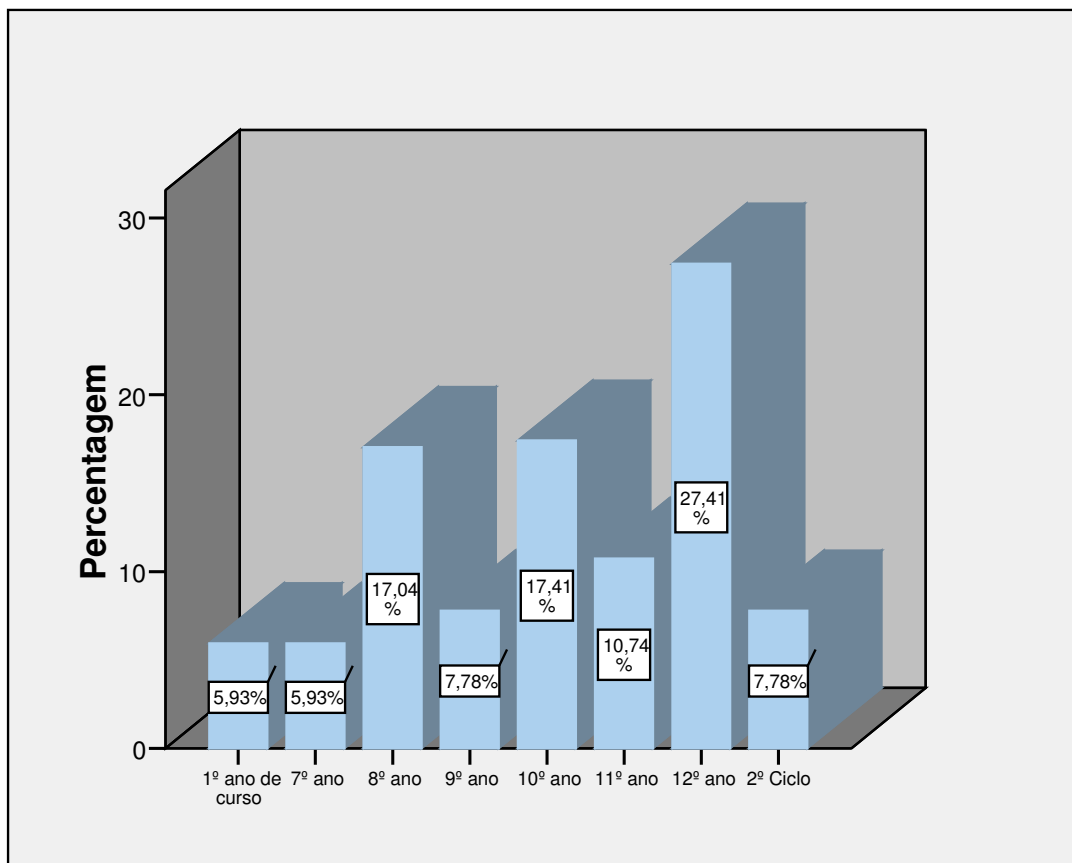


Gráfico 7. Ano Escolar

Curso que frequenta

Através da tabela 1 e do gráfico 8 abaixo representados pode verificar-se que dos valores mais significativos, 15,28% dos alunos frequentam o curso Tecnológico de Informática, 11,81% frequenta o curso de Técnico de Laboratório e cerca de 10% está inscrito no Ensino regular.

O curso de Técnico de Instalações Eléctricas tem inscritos cerca de 8% de alunos. 7,64% dos indivíduos frequentam o Ensino Recorrente Básico. O curso de Marketing apresenta uma percentagem de cerca de 7% de alunos e com 6% de frequência o curso de Recepcionista de Hotel.

Tabela 1 – Curso que os alunos frequentam

	Frequência	%	Percentagem Válida
Ciências e Tecnologia	12	4,2	4,2
Ciências Sociais e Humanas	11	3,8	3,8
Ensino Regular	29	10,1	10,1
Informática de Gestão	14	4,9	4,9
Marketing	21	7,3	7,3
Mecânica automóvel	11	3,8	3,8
Não respondeu	7	2,4	2,4
Recepcionista de Hotel	18	6,3	6,3
Recorrente Básico	22	7,6	7,6
Técnico de Comércio	19	6,6	6,6
Técnico de Instalações Eléctricas	24	8,3	8,3
Técnico de Laboratório	34	11,8	11,8
Técnico de Logística	14	4,9	4,9
Técnico de Vitrinismo e Apresentação Visual	7	2,4	2,4
Tecnológico de Administração	1	,3	,3
Tecnológico de Informática	44	15,3	15,3
Total	288	100,0	100,0

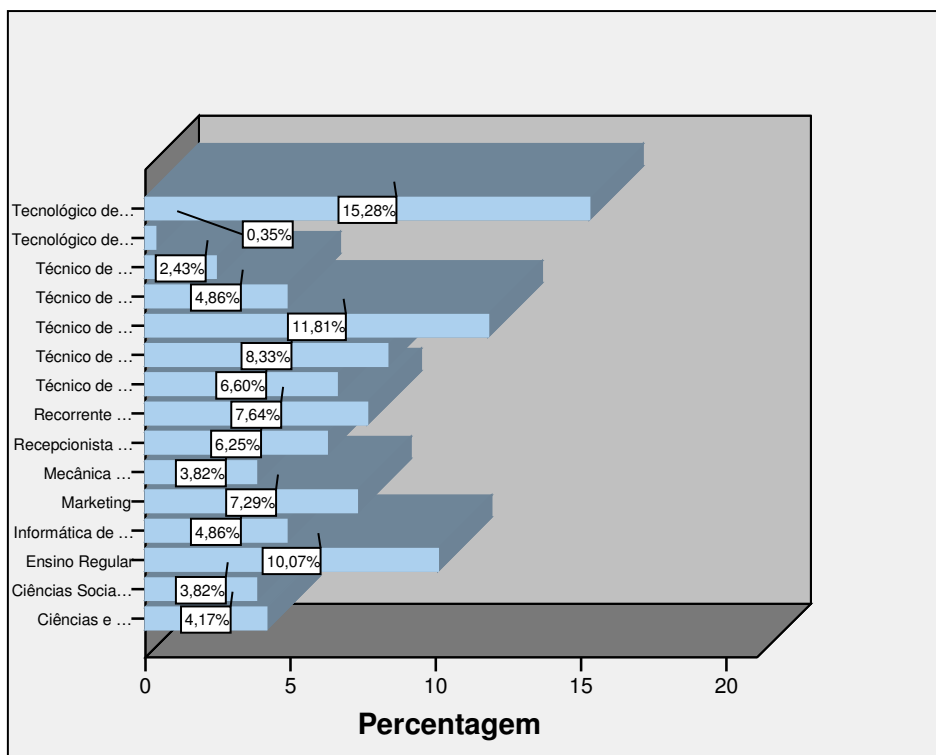


Gráfico 8. Curso que os alunos frequentam

Considerou-se pertinente perceber quais as diferenças entre os cursos escolhidos pelos rapazes e pelas raparigas que responderam ao questionário. Através da tabela 14 (em anexo) destaca-se quais os cursos que têm valores semelhantes e quais aqueles que se destacam quer para os rapazes quer para as raparigas.

Os cursos que apresentam valores semelhantes para ambos os sexos são: Ciências e Tecnologias (Ensino Regular), Marketing, Técnico de Comércio, Técnico de Laboratório e Recepcionista de Hotel.

Os cursos que têm uma maior frequência de rapazes são: Informática de Gestão, Mecânica Automóvel, Ensino Recorrente Básico, Técnico de Instalações Elétricas, Técnico de Logística e Tecnológico de Administração. Com os valores mais significativos o Curso Tecnológico de Informática.

No que se refere às raparigas, estas estão em maioria nos cursos de: Ciências Sociais e Humanas e Técnico de Vitrinismo e Apresentação Visual.

Com quem vive?

Dos alunos que responderam a esta questão, 24% afirmam viver apenas com os pais e 16,7% dizem viver com os pais e com um(a) irmã(o). 11,8% dos alunos afirma viver apenas com a mãe, assim como 7,3% de alunos diz viver com a mãe e com um(a) irmã(o). Com o mesmo valor percentual temos alunos que dizem viver com os pais e irmãos. Cerca de 5% dos indivíduos vivem apenas com a mãe e irmãos.

Regista-se apenas 1,7% de alunos que vivem apenas com os avós ou com o pai e irmão, assim como se verifica que apenas 2% dos indivíduos vivem com o pai⁴.

O que pensa fazer depois de terminar este ano?

Pode observar-se através do gráfico 9 que mais de metade dos alunos (53,71%) querem continuar a estudar depois de terminar o ano que frequentam agora. 33,57% dos alunos dizem que já querem ir trabalhar e cerca de 8,13% ainda não têm uma resposta para esta questão. Apenas 4,59% dos alunos admite querer continuar a estudar e trabalhar ao mesmo tempo.

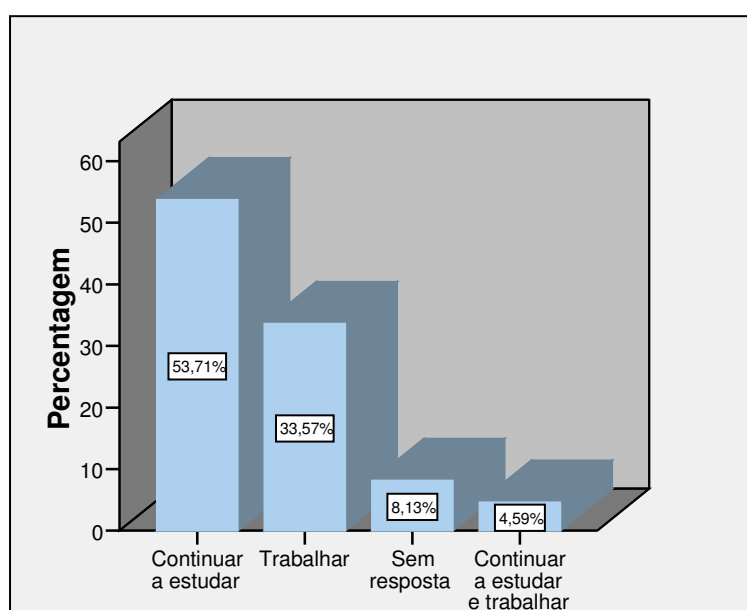


Gráfico 9. O que pensa fazer depois de terminar este ano?

⁴ Ver em Anexo I, Tabela 15.

- *Caracterização dos comportamentos sexuais*

- “Já alguma vez teve relações sexuais?”

Do total de 288 alunos, apenas 4 não responderam a esta questão. Dos 284 indivíduos, 75,35% responderam que sim, que já tinham tido relações sexuais e 24,65% disseram que não tinham tido relações sexuais.

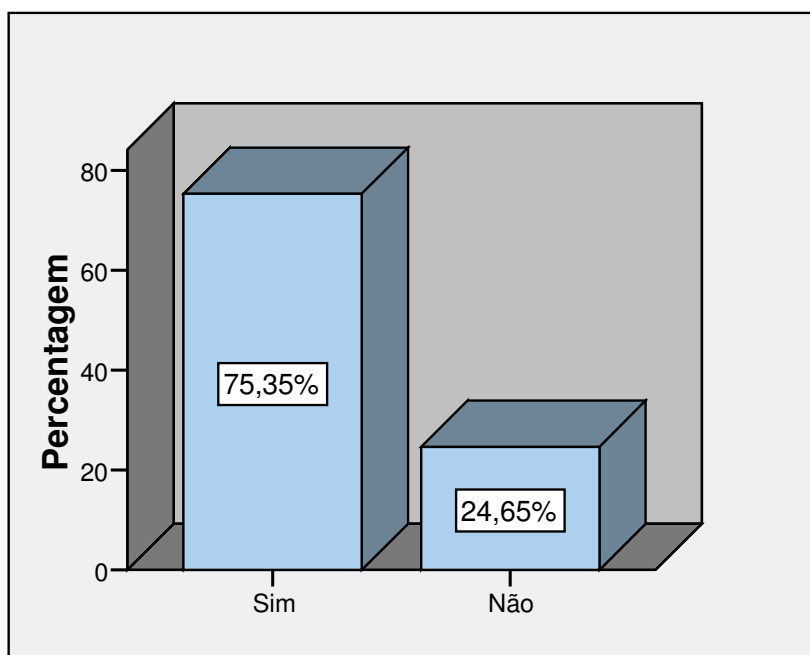


Gráfico 10. Já alguma vez teve relações sexuais?

Pode relacionar-se ainda esta questão à variável sexo e idade, de forma a compreender as diferenças ou semelhanças entre grupos homogéneos.

No que se refere ao género, dos 172 rapazes que responderam a esta questão, 76,16% afirmam já ter tido relações sexuais. Das 112 raparigas, 74,10% afirmam que sim, já tiveram relações sexuais. Pode dizer-se que ambos os sexos apresentam uma maior incidência na resposta sim (já tiveram relações sexuais)⁵.

Em relação à idade, regista-se que o indivíduo mais novo a dizer que já teve relações sexuais tem 14 anos e que a partir dos 18 anos todos afirmam já ter tido

⁵ Ver em Anexo I, Tabela 18.

relações sexuais. Observa-se também que aos 15 anos a amostra tem cerca de 50% de respostas sim e não, mas a partir dos 16 (72%) verifica-se que mais de metade da amostra respondeu que sim, já teve relações sexuais. Isto indica que a partir dos 15 anos, de forma crescente, os alunos já se mostram cada vez mais emancipados neste assunto⁶.

- **“Tem um parceiro actual fixo?”**

Dos 288 alunos, 76 indivíduos não responderam a esta questão; dos que responderam, 50,5% afirmam ter um parceiro actual fixo e 49,5% dizem não ter um parceiro fixo de momento⁷.

- **Há quanto tempo?**

Dos alunos que responderam ter um parceiro actual fixo, 34% responderam há quanto tempo mantinham a relação. Pode observar-se através do gráfico abaixo representado que 43,88% dos indivíduos têm uma relação com menos de um ano, 20,41% mantém uma relação entre dois e três anos, 18,37% entre um e dois anos e 11,22% entre três a quatro anos. Com valores menos significativos, existem 3,06% da sub-amostra com relações entre quatro e cinco anos ou cinco e seis anos.

⁶ Ver em Anexo I, Tabela 19.

⁷ Ver em Anexo I, Tabela 20.

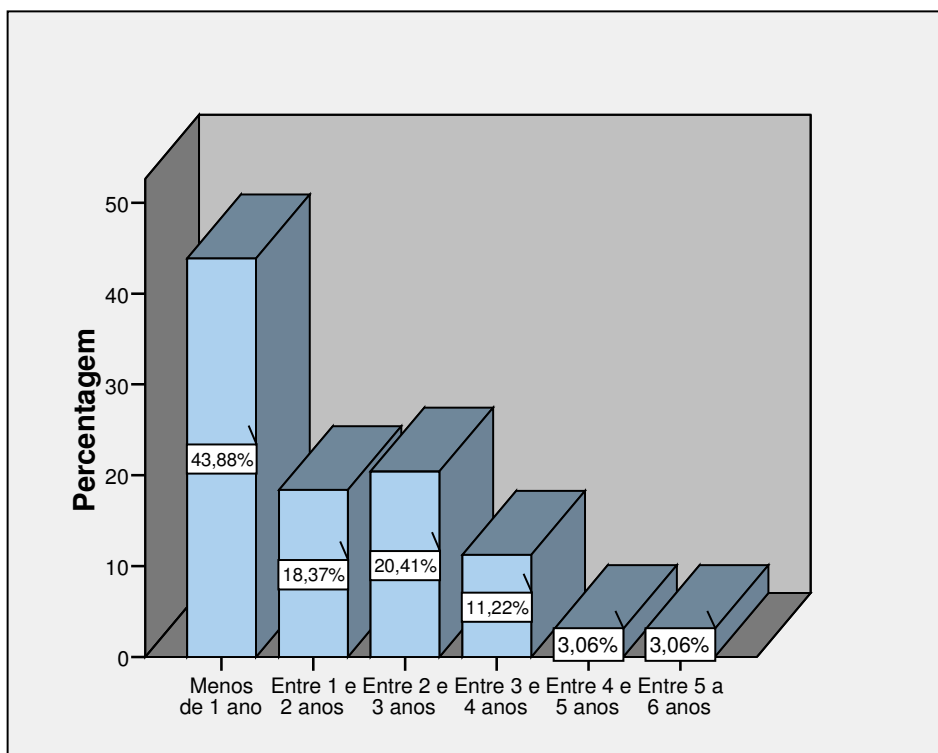


Gráfico 11. Tempo de relação com parceiro (por classes)

Também se verificou que cerca de 61% dos rapazes afirmam não ter um parceiro fixo actual, ao contrário das raparigas que representam cerca de 70% das respostas na categoria sim, ou seja, que mantêm um parceiro fixo actual⁸.

▪ **“Costuma ter parceiros ocasionais?”**

Nesta questão, apenas 207 alunos responderam. Dos 207 alunos, 45,1% afirmaram não ter parceiros ocasionais e cerca de 26,7% disseram que sim⁹.

No que se refere às diferenças entre rapazes e raparigas, verifica-se que os rapazes apresentam valores semelhantes para ambas as respostas (sim ou não). Porém, no caso das raparigas, cerca de 81,49% afirmam não ter parceiros ocasionais e apenas 18,51% dizem ter parceiros ocasionais¹⁰.

⁸ Ver em Anexo I, Tabela 22.

⁹ Ver em Anexo I, Tabela 23.

¹⁰ Ver em Anexo I, Tabela 24.

- **Quantos parceiros ocasionais teve no último mês?**

Verifica-se através da Tabela 25 (em anexo), que cerca de 36,4% dos alunos teve um parceiro ocasional no último mês. Cerca de 22,7% teve 2 parceiros ocasionais; cerca de 13,6% manteve 3 parceiros ocasionais. É importante salientar que existem 12,1% de alunos que mantiveram no último mês mais do que 3 parceiros ocasionais.

Para perceber a relação entre o número de parceiros e o sexo, fez-se um cruzamento destas duas variáveis¹¹.

Os resultados obtidos mostram que de acordo com a posição das raparigas na questão anterior, que apesar de mais de metade afirmarem que não têm parceiros ocasionais, das 15 alunas que afirmam ter parceiros ocasionais, quando têm, 60% têm um, 7% têm 2 parceiros e cerca de 27% tem mais de 3 parceiros.

Dos 51 rapazes que afirmam ter parceiros ocasionais, regista-se cerca de 29% de alunos com um parceiro ocasional. Cerca de 27% com dois parceiros e cerca de 8% de alunos com mais de três parceiros ocasionais no último mês.

Existem mais rapazes do que raparigas a terem parceiros ocasionais no último mês, mas as raparigas que afirmam ter parceiros ocasionais, tanto podem ter apenas um, como mais do que um, tal como o que se verifica nos rapazes.

- **“Habitualmente as práticas sexuais são:”**

De acordo com o gráfico 12, mais de 95,71% dos alunos diz que tem práticas sexuais exclusivamente com o sexo oposto. Cerca de 2,86% afirma que tem práticas sexuais com ambos os sexos e 1,43% de alunos diz que só tem práticas sexuais com pessoas do mesmo sexo.

¹¹ Ver em Anexo I, Tabela 26.

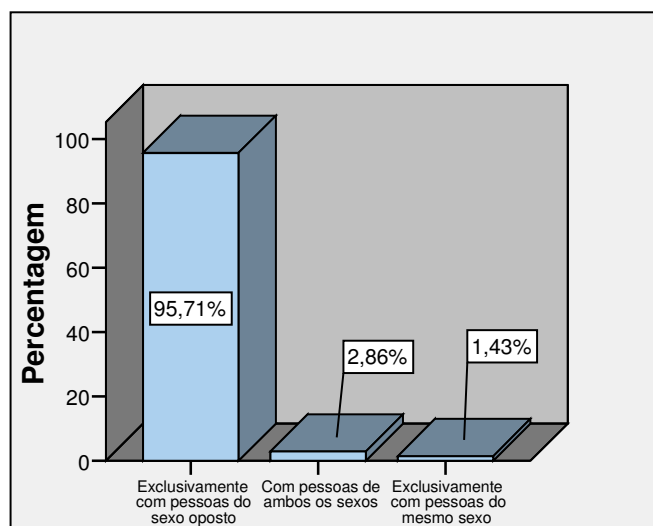


Gráfico 12. Habitualmente as minhas práticas sexuais são:

Ao fazer o cruzamento entre a variável sexo e práticas sexuais verifica-se que mais de 90% dos rapazes e raparigas têm habitualmente práticas sexuais exclusivamente com pessoas do sexo oposto. De acordo com os dados regista-se que três rapazes e três raparigas que afirmam ter práticas sexuais com ambos os sexos. Por último, registam-se três raparigas que habitualmente praticam sexo com raparigas.¹²

- **“Nas actividades sexuais nos últimos três meses eu e o meu parceiro(a)... :”**

Através do gráfico abaixo representado verifica-se que 63,68% da amostra utilizou sempre o preservativo como método contraceptivo nos últimos três meses. Cerca de 19,9% utilizou a maioria das vezes, cerca de 9,45% raramente utilizou e cerca de 6,97% afirma nunca ter utilizado preservativo.

¹² Ver em Anexo I, Tabela 28.

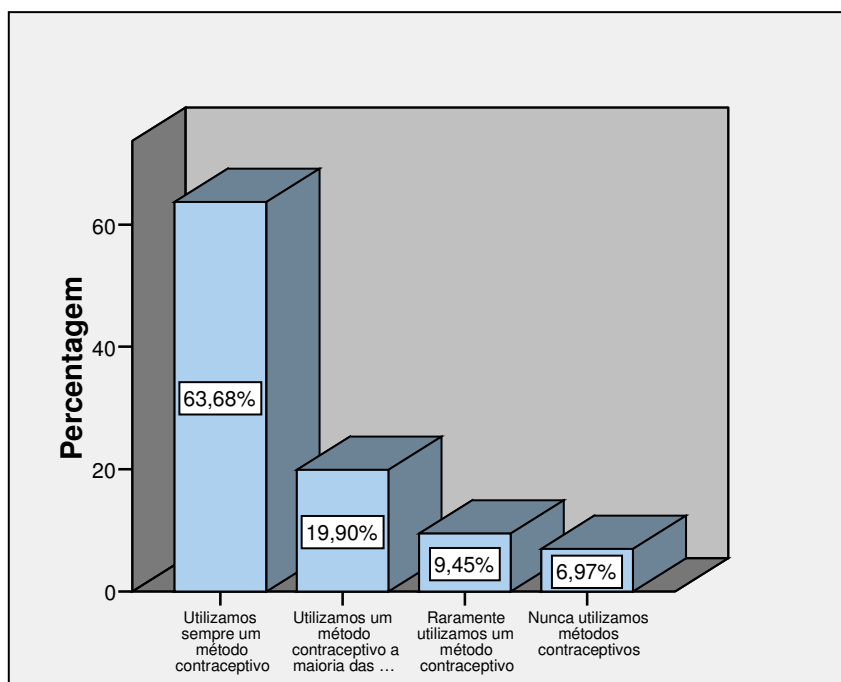


Gráfico 13. Frequência de utilização de métodos contraceptivos

▪ **“Os métodos contraceptivos que utilizei foram:”**

Como se pode observar pelo gráfico 14, 55,72% dos alunos utilizam o preservativo como método contraceptivo. Cerca de 31,34% utilizam não só o preservativo como também a pílula e 9,95% utilizam apenas a pílula. Com valores menos significativos, mas que são importantes referir, a utilização do “método” coito interrompido com ou sem pílula (1%), coito interrompido com preservativo (0,5%) e outros métodos (0,5%). Para a categoria “outros”, um indivíduo respondeu utilizar o implante subcutâneo, outro afirma não utilizar nenhum e dois não especificaram que outro método utilizam.

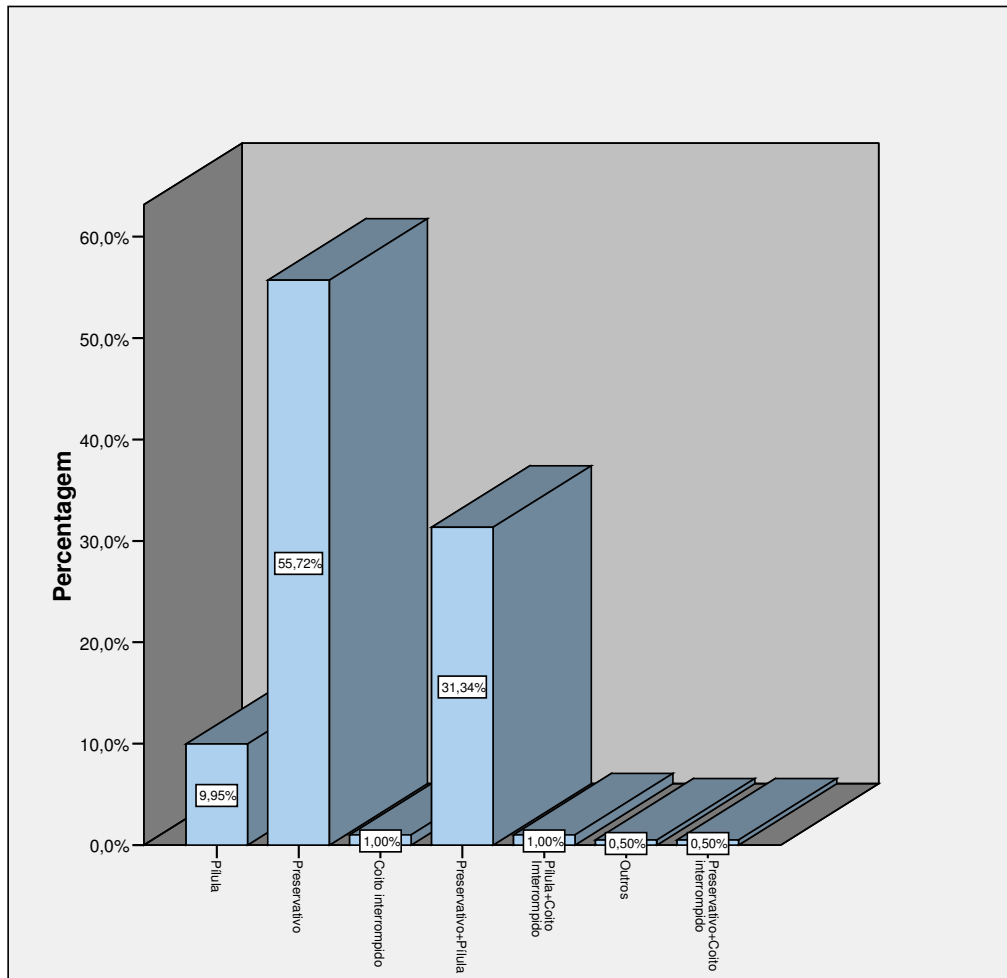


Gráfico 14. Métodos contraceptivos utilizados

▪ **“Já alguma vez contraiu uma doença sexualmente transmissível?”**

Apesar de 97,7% dos alunos responderem que nunca contraíram uma doença sexualmente transmissível, cerca de 2,3% (seis alunos) diz que sim, ou seja, diz já ter contraído uma doença por essa via. Dos seis indivíduos, dois são rapazes e três são raparigas¹³.

¹³ Ver em Anexo I, Tabela 32, 33 e 34.

- **“Já alguma vez engravidou sem desejar?” (raparigas)**

Do total da amostra do sexo feminino, 30 raparigas (10,4% da amostra total) não responderam a esta questão; apenas 2,1% do total afirmam ter engravidado sem desejar e 26,7% dizem que nunca engravidaram sem desejar¹⁴.

- **“A sua parceira já engravidou sem desejar?” (rapazes)**

Do total da amostra do sexo masculino, 44 rapazes (15,3% do total da amostra) não responderam a esta questão; apenas 3,5% do total de inquiridos afirmam que a parceira já engravidou sem desejar e 42% dizem que a sua parceira nunca engravidou sem desejar¹⁵.

- **“Já alguma vez recorreu ao aborto para interromper a gravidez?”**

Nesta questão, 95 pessoas não responderam. 63,2% afirmam nunca ter recorrido ao aborto para interromper a gravidez e apenas 3,8% dizem que sim.¹⁶

- **“Nos últimos três meses, com que frequência teve relações sexuais com:”**

- **O parceiro habitual**

Através do gráfico abaixo representado pode observar-se que 34,69% dos alunos respondem que têm frequentemente relações sexuais com o parceiro habitual. 28,57% dizem ter apenas algumas vezes e 11,73% responderam que nunca tiveram relações sexuais nos últimos três meses com o parceiro habitual. De forma a compreender alguns dos possíveis enviesamentos que estas respostas podem ter, fez-se a comparação entre esta questão e as variáveis “ter um parceiro fixo”, sexo e idade.

¹⁴ Ver em Anexo I, Tabela 35.

¹⁵ Ver em Anexo I, Tabela 36.

¹⁶ Ver em Anexo I, Tabela 37, 38 e 39.

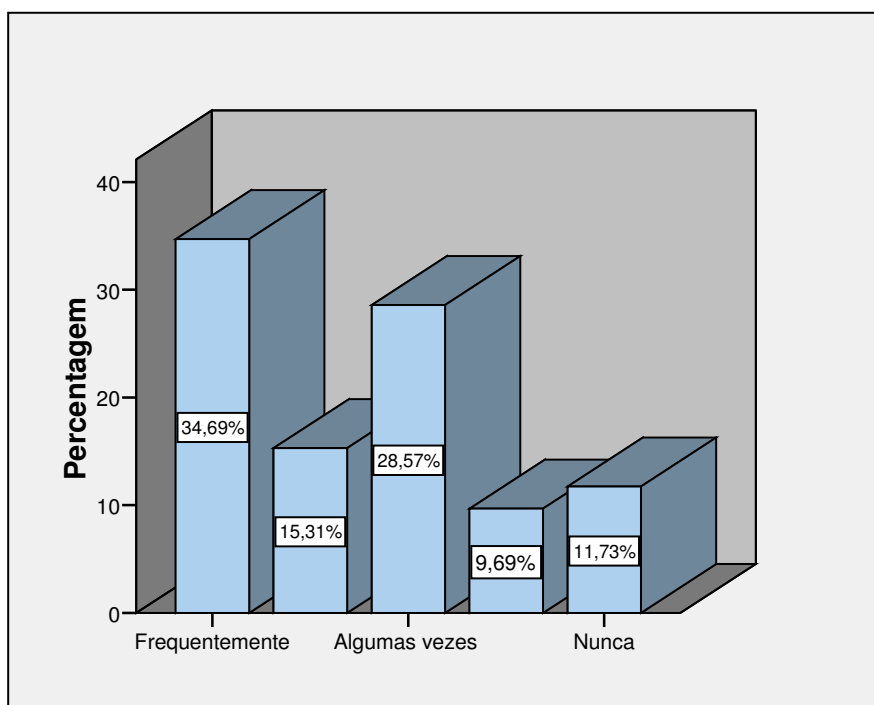


Gráfico 15. Frequência de relações sexuais com o parceiro habitual

De acordo com a tabela 41 (em anexo), das 106 pessoas que responderam que têm um parceiro sexual fixo, cerca de 54% responderam que têm relações sexuais frequentemente, 23,58% têm relações sexuais algumas vezes e apenas cerca de 1% afirma nunca ter tido relações sexuais com o parceiro habitual nos últimos três meses.

No que se refere à comparação entre sexos¹⁷, existem 31% de rapazes que dizem ter relações sexuais frequentemente, outros 31% afirmam ter apenas algumas vezes e cerca de 14% dizem nunca ter tido relações sexuais com o parceiro habitual nos últimos três meses. Com algumas diferenças, registam-se 40% de raparigas que frequentemente têm relações sexuais, 25% têm algumas vezes e apenas cerca de 9% dizem nunca ter tido relações sexuais nos últimos três meses.

Isto indica que as raparigas afirmam ter relações sexuais com maior frequência que os rapazes e que estes têm uma maior percentagem de abstinência nos últimos três meses com o parceiro habitual.

¹⁷ Ver em Anexo I, Tabela 42.

Em relação à idade, as pessoas que afirmam ter relações sexuais com frequência estão distribuídas entre os 14 e os 18 anos. As que dizem não ter tido relações sexuais nos últimos três meses encontram-se em idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos¹⁸.

- **O parceiro ocasional**

De acordo com o gráfico 16, 40,79% alunos responderam que nunca tinham tido relações sexuais nos últimos três meses. 23,03% dizem ter tido algumas vezes e apenas 9,87% dizem ter tido frequentemente relações sexuais com parceiros ocasionais.

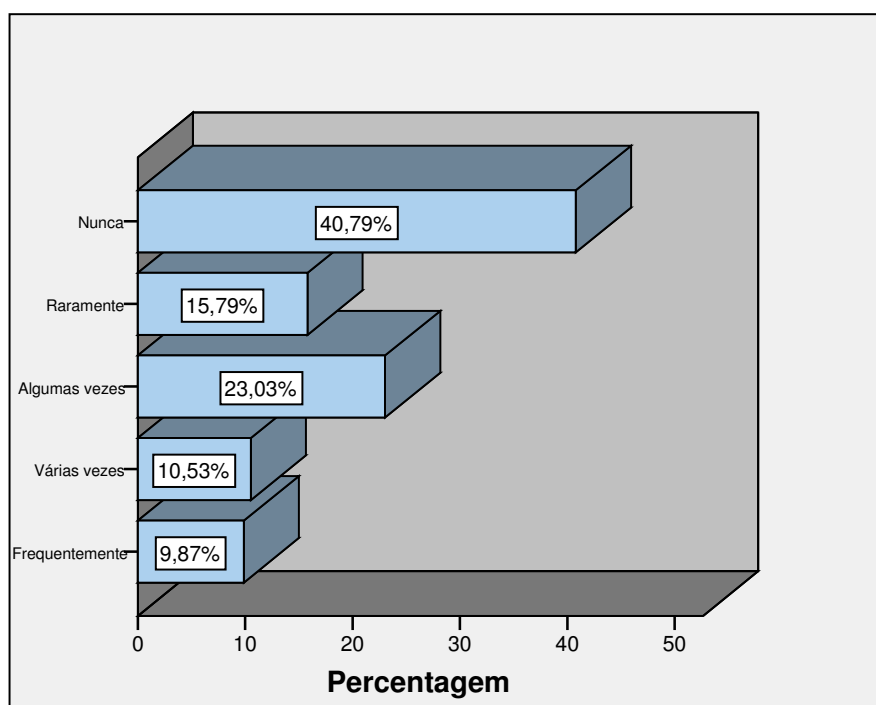


Gráfico 16. Frequência de relações sexuais com o parceiro ocasional

- **Recorrendo à prostituição**

Através dos dados do gráfico 17, verifica-se que cerca de 92,35% dos alunos afirma nunca ter recorrido à prostituição nos últimos três meses. 2,94% dizem ter recorrido algumas vezes e 2,35% a recorreram frequentemente à prostituição. De acordo com a tabela 45 e 46 (em anexo), dos que afirmam recorrer frequentemente à

¹⁸ Ver em Anexo I, Tabela 43.

prostituição, 2% são rapazes (num total de 109) e 3% são raparigas (num total de 61) e estão compreendidos entre os 15 e 18 anos de idade.

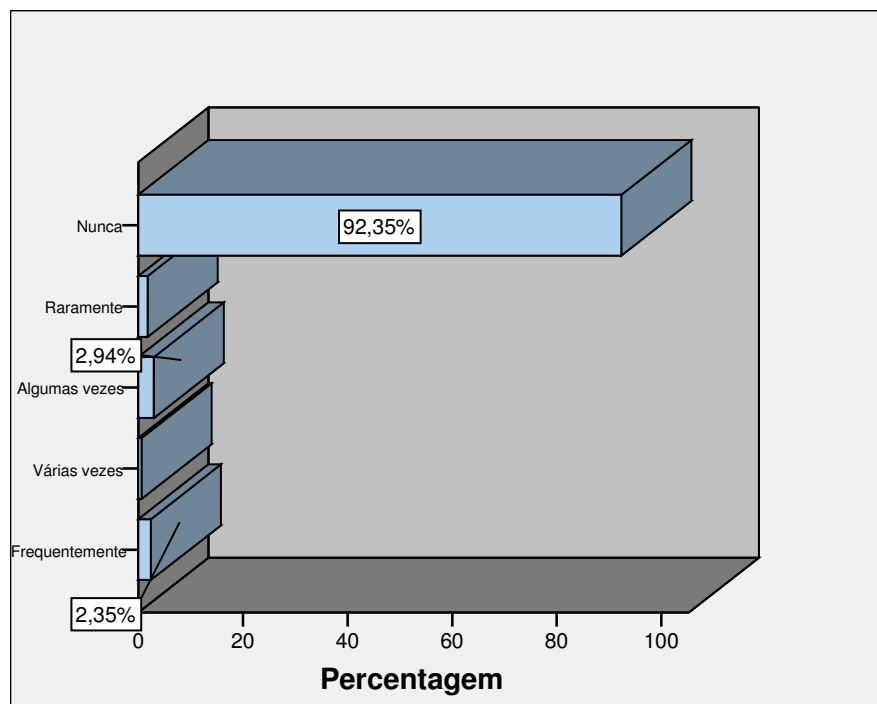


Gráfico 17. Frequência de recorrência à prostituição

- Os sintomas depressivos: C.D.I. – Children's Depression Inventory (M. Kovacs, 1982)

Para avaliar a depressão são utilizados instrumentos para se quantificar a intensidade e frequência dos sintomas depressivos.

Um instrumento de auto avaliação muito utilizado é o Inventário de Depressão Infantil (Children's Depression Inventory - CDI), composto por 27 itens, distribuídos entre sintomas afectivos, cognitivos e comportamentais. Cada item tem três possíveis respostas fechadas, que, de acordo com a gravidade dos sintomas, recebe a pontuação - (0) "ausência de sintoma", (1) "sintoma leve" e (2) "sintoma claro".

Esta escala, permite avaliar os vários itens, através dos sinais de sintomas depressivos em crianças/adolescentes, tais como tristeza, perda de interesse, choro frequente, falta de esperança, culpa, baixa auto-estima, isolamento social, o rendimento escolar, entre outros (Kovacs, 1982).

A CDI é aplicada a ambos os sexos, em crianças e adolescentes e tem como objectivo medir sintomas depressivos, ou seja, diagnosticar os indivíduos que têm uma depressão, que são portadores de outros transtornos psiquiátricos ou que estão num nível considerado normal. O cálculo deste instrumento consiste na soma de todos os itens que o indivíduo escolheu que vai fornecer um resultado (*score*). O *score* que indica um provável quadro de depressão ainda permanece controverso.

Kovaks (1982) estabeleceu para a população americana o ponto de corte em dezanove pontos. Porém, Canals (1995) utiliza o ponto de corte de dezassete, justificando que é mais sensível para identificar indivíduos com risco de transtorno depressivo. No estudo de adaptação e normalização do CDI no Brasil, Gouveia (1995) adoptou o corte em dezassete pontos, que também foi o estabelecido no presente estudo.

Durante a aplicação do questionário, cada item do CDI foi lido em conjunto com os alunos, o que permitiu que eles pudessem esclarecer as suas dúvidas. Foi solicitado que o aluno escolhesse apenas uma das três alternativas, a que melhor descrevesse seus sentimentos e pensamentos nas últimas duas semanas.

Presença de sintomas depressivos

- **Índice de sintomas depressivos no ponto de corte 17 para a amostra**

Após o somatório dos 27 itens da amostra, foi possível dividir a população em dois grupos: o grupo dos indivíduos que obtiveram um resultado (*score*) menor que 17 e o grupo dos indivíduos que obtiveram um resultado maior ou igual a 17.

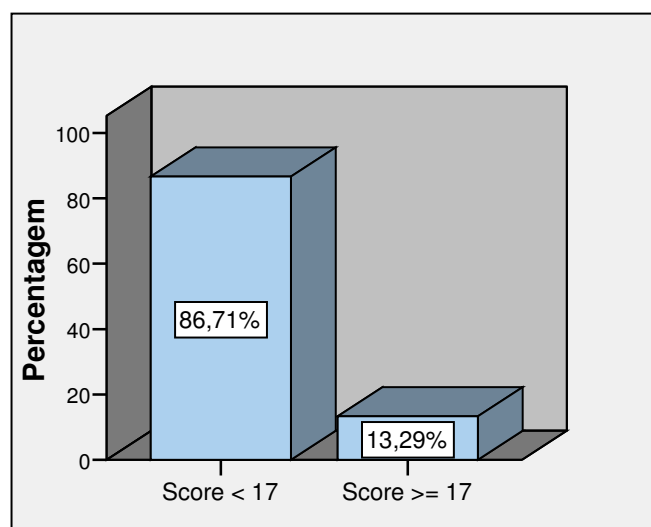


Gráfico 18. Distribuição da amostra por scores (ponto de corte 17)

De acordo com o gráfico acima representado pode observar-se que 13,29% alunos têm um índice (score) superior ou igual a 17, o que sugere que dos 288 alunos, 23 apresentam valores significativos que indicam a presença de sintomas depressivos.

- **Relação entre índice de sintomas de depressão com as variáveis sócio-demográficas:** *sexo, idade, escola, nacionalidade, região e com quem vivem*

Pode verificar-se através da Tabela 48 (em anexo) que existem mais raparigas com sintomas de depressão (8%) em comparação com os rapazes (5%).

No que respeita à idade¹⁹, constata-se que os sintomas de depressão nesta amostra estão compreendidos entre os 14 e 17 anos, mas com uma maior incidência nos 16 anos de idade, com 5,78% de alunos.

¹⁹ Ver em Anexo I, Tabela 49.

Em relação às escolas, pode analisar-se através da Tabela 50 (em anexo) que as que obtiveram mais alunos com sintomas de depressão foram a Escola Eça de Queirós, com 5,78% de alunos com resultados superiores a 17, e a Escola Afonso Domingues, com 4,62% de indivíduos.

No que se refere à nacionalidade, de acordo com os dados da Tabela 51 (em anexo), existem casos de índice de sintomas depressivos nas nacionalidades com origem africana, mas com mais ênfase na nacionalidade portuguesa (8,67%). Este facto pode dever-se também à diferença de proporção de nacionalidades na amostra, visto que existem muito mais portugueses a responderem a este questionário.

Os alunos que obtiveram resultados acima dos 17, 7,51% têm a sua residência na zona de Lisboa. 2,31% são da zona de Loures e 0,58% são de Odivelas e Oeiras²⁰.

De uma forma geral, no que se refere ao agregado familiar, dos 23 alunos com sintomas depressivos, regista-se um maior número de indivíduos que vivem apenas com os pais (22%). De um modo mais específico, numa comparação entre agregados familiares, cerca de 14% dos alunos que vivem com os pais, 40% dos que vivem apenas com a Mãe e Irmãos e 67% dos alunos que vivem com a mãe e com o padrasto, têm um índice significativo de sintomas depressivos²¹.

- **Relação entre índice de sintoma de depressão com as variáveis dos comportamentos sexuais:** “*Já teve relações sexuais, tem parceiro fixo/ocasional, gravidez e aborto*”

Do total de pessoas que já tiveram relações sexuais, apenas 11% apresentam sintomas de depressão, mas ao analisar os alunos que ainda não tiveram relações

²⁰ Ver em Anexo I, Tabela 52.

²¹ Ver em Anexo I, Tabela 53.

sexuais, 20% têm um índice maior que 17, ou seja, têm sintomas depressivos. O facto de ter ou não relações sexuais pode então afectar, em certa medida, o estado de espírito do indivíduo, quer em termos psicológicos quer, talvez, em termos de integração social²².

No que se refere aos indivíduos que mantêm uma relação com um parceiro fixo, apenas cerca de 4% tem um índice superior a 17, enquanto que dos que dizem não ter, 17% apresentam sintomas depressivos. Dos indivíduos que dizem ter parceiros sexuais ocasionais, cerca de 17% apresentam sintomas depressivos. Pode-se então aferir que existe uma maior tendência para ter sintomas depressivos quando os alunos não têm parceiros sexuais fixos mas também quando têm parceiros apenas ocasionais²³.

Apesar de apenas 3 raparigas afirmarem terem engravidado sem desejarem, 2 (67%) apresentam sintomas de depressão, o que pode significar que ter um filho em tenra idade, devido a diversas dificuldades que isso possa causar, leve a sintomas de depressão. No entanto, dos quatro rapazes que afirmam que a sua parceira engravidou sem desejarem, nenhum deles apresenta sintomas depressivos o que leva talvez a perceber que esta situação para as raparigas tem uma influência psicológica mais negativa dos que para os rapazes²⁴.

Não foram encontradas evidências significativas no que respeita às pessoas que já recorreram ao aborto que apresentem sintomas de depressão pois a amostra é muito reduzida neste aspecto²⁵.

▪ Índice da ideação de suicídio

Através do gráfico 19 verifica-se que 83,64% dos alunos não pensa em cometer suicídio. 13,75% pensam em suicidar-se mas não o concretizam e cerca de 2,60%

²² Ver em Anexo I, Tabela 54.

²³ Ver em Anexo I, Tabela 55 e 56.

²⁴ Ver em Anexo I, Tabela 57 e 58.

²⁵ Ver em Anexo I, Tabela 59.

afirmam que querem matar-se. Apesar do último resultado ser o mais baixo, mostra que existem 7 alunos que têm a ideia de suicidar-se.

Dos alunos que pensam em suicidar-se não se verificam grandes diferenças de resultados entre os sexos. As suas idades estão compreendidas entre os 16 e 18 anos. As nacionalidades são Portuguesa (5 alunos), Cabo-verdiana (1 aluno) e Moçambicana (1 aluno). Destes, 6 alunos pertencem ao concelho de Lisboa e 1 aluno pertence a Odivelas. Estes vivem com Pais e Irmão; Mãe ou Pai e Irmão; Mãe e Padrasto; Amigos; Pai, Avó e Irmãos²⁶.

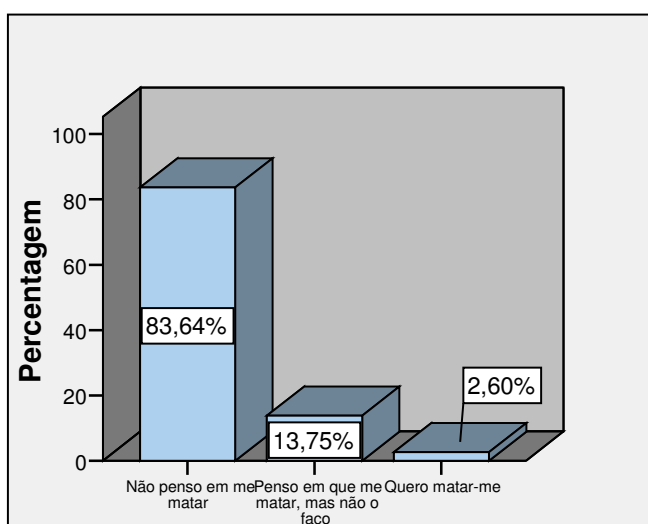


Gráfico 19. Índice de ideia de suicídio

▪ **Relação entre índice de sintoma de depressão com ideia de suicídio**

Como pode observar-se através do gráfico 20, os alunos que obtiveram um resultado inferior a 17 no questionário C.D.I. têm valores superiores no que respeita ao item “não penso em me matar” (75,78%) e ao item “penso em me matar mas não faço” (9,32%). No que se refere ao item “quero matar-me”, apresenta cerca de 1,86% da

²⁶ Ver em Anexo I, Tabela 60 a 66.

amostra que tem um resultado maior que 17. Assim, pode-se concluir que os alunos que têm a ideia de cometer suicídio estão mais concentrados no grupo dos que apresentam sintomas de depressão.

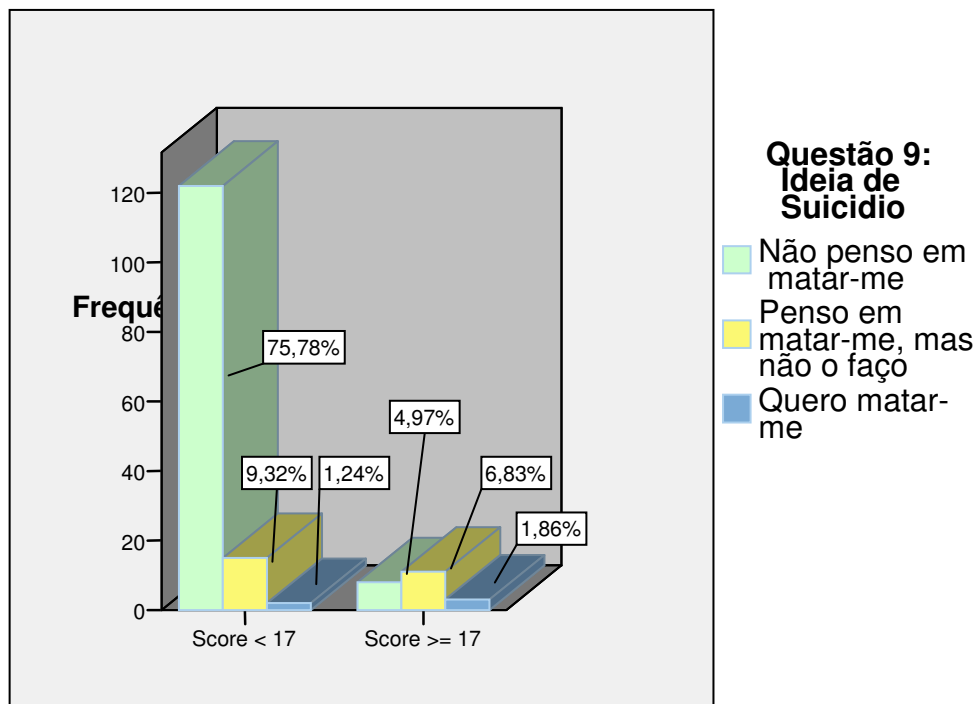


Gráfico 20. Cruzamento entre o índice de sintoma depressivo com ideia de suicídio

- *Comportamentos Sexuais de Risco*

Na análise das Partes II e IV do questionário foram identificados alguns comportamentos sexuais dos adolescentes como comportamentos de risco. Deste modo, passa-se à análise e caracterização dos mesmos.

No que diz respeito à probabilidade de utilização de preservativo nas relações sexuais verifica-se que esta varia de acordo com o tipo de relação praticada. Dos que responderam, 66,9% indicam que a utilização de preservativo em relações vaginais é

muito provável²⁷; 40,6% dizem ser muito improvável a utilização deste método contraceptivo nas relações sexuais orais²⁸; 49,2% referem ser muito provável a utilização do preservativo nas relações sexuais anais²⁹.

Ainda dentro destes tipos de relações os inquiridos que responderam expressam a sua opinião sobre o sentido da utilização do preservativo. Deste modo, 69,6% dos inquiridos afirma ser muito sensata a utilização deste contraceptivo³⁰; 30% da amostra refere ser muito sensata a utilização de preservativo nas relações sexuais orais³¹; 45,6% mencionou que a utilização do preservativo em relações sexuais anais é muito sensata.

Neste sentido, nos casos em que os sujeitos se encontram muito excitados, 51,9% da amostra respondeu que será muito provável a utilização de preservativo³² e que é muito sensato a utilização deste método contraceptivo (57,2% da amostra³³).

Quanto à tomada de precauções nas relações sexuais para evitar ser infectado pelo vírus da Sida, com excepção das relações sexuais com toxicodependentes ou com prostitutas, cerca de 69,4% dos inquiridos discordam totalmente de não se tomar precauções nessas circunstâncias³⁴.

No caso da afirmação em que os indivíduos sabem que se encontram contaminados pelo vírus da sida e, deste modo, não se precisam de proteger utilizando o preservativo, 87,4% dos inquiridos discorda totalmente com esta afirmação³⁵.

Neste contexto, 46% dos inquiridos discordaram totalmente da posição em que caso só se tenha um parceiro/a sexual não há necessidade em se proteger contra o vírus da Sida³⁶.

²⁷ Ver tabela 1 do Anexo IV.

²⁸ Ver tabela 3 do anexo IV.

²⁹ Ver tabela 5 do anexo IV.

³⁰ Ver tabela 2 do anexo IV.

³¹ Ver tabela 4 do anexo IV.

³² Ver tabela 7 do anexo IV.

³³ Ver tabela 8 do anexo IV.

³⁴ Ver tabela 9 do anexo IV.

³⁵ Ver tabela 10 do anexo IV.

No que diz respeito à posição dos inquiridos face à não utilização do preservativo caso o parceiro tenha bom aspecto, 73,2% dos mesmos discorda totalmente com esta afirmação³⁷.

Neste sentido, quando se inquiriu os indivíduos para saber a sua posição face à capacidade de insistir no uso do preservativo mesmo quando o parceiro não quer, 56,4% da amostra concorda totalmente em estar seguro de conseguir convencer o parceiro a usar preservativo no caso mencionado³⁸.

Na amostra, 33,1% concorda totalmente com a afirmação “*Quando tiver relações sexuais, mesmo se tiver sobre o efeito do álcool ou das drogas, vou conseguir usar preservativo*”³⁹.

Quanto à questão de utilizar preservativo quando se encontra já prevenido com outro método contraceptivo, 36,7% dos inquiridos discordam totalmente. É também relevante mencionar que a mesma percentagem de inquiridos respondeu que, caso esteja muito excitado/a sexualmente, discordam totalmente com o facto de não serem capazes de colocar o preservativo⁴⁰. A prevalência em relação à capacidade de utilização do preservativo nas relações sexuais orais situa-se na concordância total com 42,7% dos inquiridos.⁴¹

Ainda sobre a utilização do preservativo: 43,1% da amostra concorda completamente que depende de cada um usar e 62,6% dos inquiridos discordam totalmente do facto de não serem capazes de utilizar no acto sexual⁴².

No que respeita à opinião sobre a utilização de preservativo quando o inquirido não conhece o passado sexual do parceiro, 74,3% concorda totalmente⁴³. Quando a

³⁶ Ver tabela 11 do anexo IV.

³⁷ Ver tabela 12 do anexo IV.

³⁸ Ver tabela 13 do anexo IV.

³⁹ Ver tabela 14 do anexo IV.

⁴⁰ Ver tabela 16 do anexo IV.

⁴¹ Ver a tabela 28 do anexo IV.

⁴² Ver tabela 18 e 19 do anexo IV.

postura do parceiro é de recusa de utilização do preservativo para ter relações sexuais, 43,1% dos indivíduos admite que discorda totalmente que ser-lhe-á difícil dizer que não quer⁴⁴.

Algumas das questões colocadas abordaram a temática da SIDA. A opinião de 62,5% dos respondentes é de concordância total em que se tiverem relações sexuais sem utilizar o preservativo podem contrair o vírus da Sida⁴⁵. A posição predominante de que face à apresentação de um teste de SIDA negativo, por parte do parceiro, torna desnecessária a utilização de preservativo nas relações sexuais é de discordância total, (42,7% das respostas)⁴⁶.

Dos inquiridos, 51% discorda que terá dificuldade em utilizar o preservativo quando tiver relações sexuais e em relação à posição face à não utilização do preservativo para não contrair SIDA, caso conheça bem o parceiro/a, 38,9% apresenta discordância total e 23,6% é indiferente⁴⁷.

No que respeita a ter perfil para contrair SIDA as opiniões repartem-se entre a concordância total, a discordância total e a indiferença. Correspondem a 27,4%, 24% e 21,5%, de forma respectiva⁴⁸. Cerca de 77,1% da amostra concorda totalmente que deve proteger-se em relação à SIDA caso tenha múltiplos parceiros⁴⁹.

Em termos de não existir necessidade de utilização do preservativo uma vez que o parceiro não tem relações sexuais com outras pessoas, 44,4% dos respondentes discorda de modo total⁵⁰.

⁴³ Ver tabela 20 do anexo IV.

⁴⁴ Ver tabela 21 do anexo IV.

⁴⁵ Ver tabela 22 do anexo IV.

⁴⁶ Ver tabela 23 do anexo IV.

⁴⁷ Ver tabelas 24 e 25 do anexo IV.

⁴⁸ Ver tabela 26 do anexo IV.

⁴⁹ Ver tabela 27 do anexo IV.

⁵⁰ Ver a tabela 29 do anexo IV.

Cerca de 45% dos inquiridos possui uma opinião de discordância total no que respeita à não utilização de preservativo nas relações sexuais se realmente gostar do seu parceiro⁵¹.

A maioria, 54,9% dos indivíduos apresenta discordância total em relação ao conseguir utilizar o preservativo nas próximas relações sexuais e 65,3% considera muito provável a utilização de contraceção na próxima relação sexual⁵².

Cerca de 54,5% dos inquiridos considera que a utilização de contraceção na próxima relação sexual será muito sensata e 58% considera que a utilização de contraceptivos na próxima relação sexual será muito provável. Dos respondentes, 47,9% opina que é muito sensato obter contraceptivos para a próxima relação sexual⁵³.

Também na próxima relação sexual com o parceiro habitual, a utilização de contraceção será muito provável para 58,7% da amostra e será muito sensata para 55,2%⁵⁴.

Na sequência dos tópicos em análise, mas em relação a um parceiro ocasional, 63,9% considera muito provável a utilização de contraceção na próxima relação sexual; 56,9% defende que esta acção é muito sensata⁵⁵.

No que diz respeito à utilização de contraceção, se tiver uma relação sexual inesperada, 58% dos inquiridos afirma que esta será muito provável e 54,2% considera muito sensato⁵⁶.

Quando a questão é, se não tivesse contraceção disponível e tivesse oportunidade para ter relações sexuais, 30,2% da amostra afirma que essa relação seria

⁵¹ Ver a tabela 30 do anexo IV.

⁵² Ver as tabelas 31 e 32 do anexo IV.

⁵³ Ver as tabelas: 33, 34 e 35 do anexo IV.

⁵⁴ Ver as tabelas 36 e 37 do anexo IV.

⁵⁵ Ver as tabelas 38 e 39 no anexo IV.

⁵⁶ Ver tabelas 40 e 41 no anexo IV.

muito improvável, 20,8 % afirma que é indiferente e 28,8% considera-a muito disparatada.⁵⁷

Cerca de 36,5% concorda totalmente em que depende de si a utilização ou não de contraceção⁵⁸.

No que respeita à opinião acerca de não haver risco de engravidar quando se tem relações sexuais pela primeira vez, a maioria, 63,5%, apresenta discordância total⁵⁹.

Dos inquiridos, 42,7% discorda de modo total com o não conseguir evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais⁶⁰.

Para 36,8% dos indivíduos, a opinião sobre a utilização ou não de contraceção quando tiver relações sexuais dependerá do parceiro, é de discordância total⁶¹.

Cerca de 29,5% tem uma posição de indiferença em relação ao evitar uma gravidez através do coito interrompido⁶².

Quanto à pouca probabilidade de utilização de contraceção quando tiver uma relação sexual, 39,6% discorda de modo total⁶³.

No que respeita à incapacidade de utilização de contraceção de forma eficaz na próxima relação sexual, 47,6% apresenta discordância total⁶⁴.

Cerca de 34,7% discorda totalmente com o facto de, de modo raro, se preocupar com a possibilidade de ocorrência de uma gravidez não desejada quando tem relações sexuais⁶⁵.

Quando a questão se centra na opinião de não ocorrer uma gravidez caso se mantenham relações sexuais de pé, 58,3% discorda de modo total⁶⁶.

⁵⁷ Ver a tabela 43 do anexo IV.

⁵⁸ Ver a tabela 44 do anexo IV.

⁵⁹ Ver a tabela 45 no Anexo IV.

⁶⁰ Ver a tabela 46 no Anexo IV.

⁶¹ Ver a tabela 47 no Anexo IV.

⁶² Ver a tabela 48 do anexo IV.

⁶³ Ver a tabela 49 do anexo IV.

⁶⁴ Ver a tabela 50 do anexo IV.

⁶⁵ Ver a tabela 51 do anexo IV.

Na opinião em relação à capacidade de insistir na utilização de contracepção quando tiver relações sexuais, mesmo se o parceiro se chatear por falar nisso, predomina a concordância total, uma vez que foi assinalada por 54,5% dos inquiridos⁶⁷.

No que respeita à questão “*quando tenho relações sexuais acho que estou a correr o risco de que ocorra uma gravidez não desejada*”, 27,1% revela indiferença, 20,5% concorda de modo total e 19,1% discorda de modo total⁶⁸.

Ainda em relação à gravidez, 29,2% admite que discorda de modo total na hipótese de uma gravidez não desejada estar fora do seu controlo⁶⁹.

A opinião em relação ao facto de não saber como conseguir obter contracepção quando mantiver relações sexuais é, na sua maioria (53,5%), de discordância total⁷⁰.

Dos inquiridos, 68,1% demonstra discordância total na questão de que a gravidez não desejada só acontece aos outros⁷¹, ou seja, predomina a discordância total uma vez que 68,1% dos indivíduos assinalaram este grau de concordância⁷².

No que respeita à opinião acerca de não existir risco de engravidar sem querer por ter relações sexuais poucas vezes, 55,6% apresenta discordância total⁷³.

Dos inquiridos, 45,1% afirma não costumar ter parceiros ocasionais face a 26,7% que admitem tê-los⁷⁴.

Cerca de 44,4% dos inquiridos diz ter utilizado sempre um método contraceptivo nas actividades sexuais nos últimos três meses com o parceiro⁷⁵.

⁶⁶ Ver a tabela 52 do anexo IV.

⁶⁷ Ver a tabela 53 do anexo IV.

⁶⁸ Ver a tabela 54 do anexo IV.

⁶⁹ Ver a tabela 55 do anexo IV.

⁷⁰ Ver a tabela 56 do anexo IV.

⁷¹ Ver a tabela 57 do anexo IV.

⁷² Ver a tabela 57 do anexo IV.

⁷³ Ver a tabela 58 do anexo IV.

⁷⁴ Ver a tabela 59 do anexo IV.

⁷⁵ Ver a tabela 60 do anexo IV.

Os métodos contraceptivos mais utilizados foram: o preservativo (38,9%); o preservativo e a pílula (21,9%), e, por fim, a pílula (6,9%) como se pode constatar pela tabela 61 do anexo IV.

Em termos de frequência de relações sexuais com o parceiro habitual nos últimos três meses, constata-se que 23,6% dos inquiridos tem relações sexuais de modo frequente. É de 19,4% a percentagem de indivíduos que tem relações sexuais algumas vezes e 10,4% os que têm várias vezes⁷⁶.

Quanto à questão acerca da frequência de relações sexuais com um parceiro ocasional nos últimos três meses, é de salientar que apenas 52,8% dos inquiridos responderam a esta questão. Destes, 21,5% diz nunca ter tido relações sexuais com um parceiro ocasional nos últimos três meses enquanto que 12,2% responde a esta questão com o assinalar do algumas vezes. Este facto verifica-se na tabela 63 do Anexo IV.

Também na questão sobre o recorrer à prostituição, regista-se que 59% dos inquiridos respondeu o que deixa de fora desta análise a resposta de 41% da amostra. Assim, daqueles que responderam, a esmagadora maioria afirma nunca tê-lo feito. Pode-se constatar na análise da tabela 64 do Anexo IV.

3.2 Relação entre sintomas depressivos e comportamentos sexuais de risco em adolescentes

Para identificar se existe algum factor que se evidencie como preponderante nos resultados obtidos na CDI (Children's Depression Inventory – M. Kovacs - 1982) procedeu-se a uma análise factorial (pois KMO = ,765 – ver tabela 26 do Anexo II) que resultou nos seguintes factores:

1. O Eu e a Envoltente Social

- Ter amigos

⁷⁶ Ver a tabela 62 do anexo IV.

- Divertir-se na escola
- Sentir-se só
- Ninguém gosta de mim
- Gostar de estar com pessoas
- Gostar do seu aspecto
- Pensar em matar-se

2. Patologia Psicossomática

- Dificuldade em comer
- Pensar, preocupar-se com as coisas más (questão 6)
- Preocupar-se com dores
- Sentir cansaço
- Estar triste

3. Afirmação pessoal

- Ser mau
- Fazer o que os outros dizem
- Dar-se bem com os outros, andar em brigas
- Aproveitamento escolar

4. Modo de Agir

- Como vão correr as coisas
- Como fazer as coisas (bem, mal, tudo mal)

5. Auto-estima

- Vontade de chorar
- Gostar de si (auto-estima)

6. Pessimismo

- Estar preocupado
- As coisas más que acontecem são por minha culpa (ou não)

7. Dificuldade em afirmar-se

- Dificuldade em adormecer/dormir
- Tomada de decisão
- Ser bom como os outros

8. Motivação

- Esforço para fazer os trabalhos da escola
- Ter alegria em muitas coisas

Procedeu-se à aplicação do Teste Kruskal Wallis (uma vez que não se verifica o pressuposto da normalidade – ver tabelas 24 e 25 do anexo II) para aferir se existe influência entre os factores mencionados e o índice de CDI. Visto que o p-value toma o valor de ,000 pode-se concluir que existe influência por parte dos mesmos.

Test Statistics^{a,b}

	VAR00029
Chi-Square	893,070
df	7
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: VAR00028

Tabela 2 – Teste Kruskal Wallis

Deste modo, com vista a constatar quais os factores que mais influenciavam o índice da CDI, aplicou-se o teste Scheffe. Obtiveram-se 5 grupos homogéneos dos quais se regista que os factores 5, 6 e 7 são os que têm mais impacto no CDI. Isto é, a auto-estima, o pessimismo e a dificuldade em afirmar-se, são os factores que mais influenciam o CDI.

VAR00029

Scheffe^{a,b}

VAR00028	N	Subset for alpha = .05				
		1	2	3	4	5
2,00	263	1,6487				
1,00	263	1,7143	1,7143			
8,00	276		1,8315	1,8315		
4,00	276			1,8388		
3,00	230			1,8696		
6,00	268			1,9067		
7,00	273				2,3956	
5,00	262					2,8321
Sig.		,755	,062	,595	1,000	1,000

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 263,072.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Tabela 3 – Teste de Scheffe

Para uma análise das dimensões de risco inseridas nos âmbitos *HIV/SIDA e Gravidez Não Planeada* e a sua prevalência nos *Grupos Com/Sem Sintomas Depressivos* procedeu-se à estatística descritiva a partir de uma Comparação de Grupos de Caso, reflectida nas seguintes Tabelas.

HIV/SIDA

Existência/Não Existência Sintomas Depressivos			Intenção Comportamental	Atitudes	Percepção De Controle	Crenças Comportamentais	Percepção Vulnerabilidade
Existência Sintomas Depressivos	Sexo						
Não Depressivo	Masculino	Mean	23,7404	70,1064	43,4356	49,7315	20,1776
		N	104	94	101	108	107
		Std. Deviation	4,71724	11,09438	6,69241	8,58994	4,09513
	Feminino	Mean	24,0000	72,2037	41,9667	48,1563	20,5781
		N	61	54	60	64	64
		Std. Deviation	5,88218	12,70920	6,66376	7,30344	3,92713
	Total	Mean	23,8364	70,8716	42,8882	49,1453	20,3275
		N	165	148	161	172	171
		Std. Deviation	5,16235	11,71038	6,69887	8,14897	4,02614
Depressivo	Masculino	Mean	23,3333	71,7500	43,8333	48,0000	19,6667
		N	6	4	6	5	6
		Std. Deviation	4,54606	14,24488	2,78687	8,39643	1,36626
	Feminino	Mean	20,2000	63,9231	44,8571	51,6875	20,7500
		N	15	13	14	16	16
		Std. Deviation	6,21289	12,66532	6,94879	11,24704	4,90578
	Total	Mean	21,0952	65,7647	44,5500	50,8095	20,4545
		N	21	17	20	21	22
		Std. Deviation	5,85581	13,04094	5,94249	10,56229	4,22833
Total	Masculino	Mean	23,7182	70,1735	43,4579	49,6549	20,1504
		N	110	98	107	113	113
		Std. Deviation	4,68872	11,15313	6,52901	8,55212	3,99603
	Feminino	Mean	23,2500	70,5970	42,5135	48,8625	20,6125
		N	76	67	74	80	80
		Std. Deviation	6,09945	13,02917	6,76665	8,28105	4,10771
	Total	Mean	23,5269	70,3455	43,0718	49,3264	20,3420
		N	186	165	181	193	193
		Std. Deviation	5,29985	11,91364	6,62490	8,42814	4,03851

Tabela 4- Estatística descritiva das dimensões do questionário no âmbito do HIV/SIDA face aos resultados do CDI

Pode ser observado na tabela 4 que no total da amostra (288 respondentes), 186 indivíduos revelam Intenções Comportamentais positivas face ao Risco de contrair

HIV/SIDA, dos quais 165 (104 Masc./61 Fem.) não apresentam Sintomas Depressivos e 21 (6 Masc./15 Fem.) apresentam Sintomas Depressivos.

No que concerne às Atitudes face ao HIV/SIDA no total da amostra, 165 respondentes revelam Atitudes positivas face ao Risco de HIV/SIDA, dos quais 148 (94 Masc./54 Fem.) não apresentam Sintomas Depressivos e 17 (4 Masc./13 Fem.) apresentam Sintomas Depressivos.

Observa-se também pela tabela que 181 respondentes revelam Percepção de Controlo positiva face ao Risco de HIV/SIDA. Destes, 161 (101 Masc./60 Fem.) não apresentam Sintomas Depressivos e 20 (6 Masc./14 Fem.) apresentam Sintomas Depressivos.

Quanto à dimensão que avalia as Crenças Comportamentais, 193 indivíduos da amostra revelam Crenças Comportamentais positivas face ao Risco de HIV/SIDA. Deste grupo, 172 (108 Masc./64 Fem.) não apresentam Sintomas Depressivos e 21 (5 Masc./16 Fem.) apresentam Sintomas Depressivos.

Um total de 193 indivíduos da amostra revelam Percepção de Vulnerabilidade face ao Risco de HIV/SIDA, dos quais 171 (107 Masc./64 Fem.) não apresentam Sintomas Depressivos e 22 (6 Masc./16 Fem.) apresentam Sintomas Depressivos.

GRAVIDEZ NÃO PLANEADA

Existência/Não Existência Sintomas Depressivos	Sexo		Intenção Comportamental	Atitudes	Percepção de Controle	Crenças Comportamentais	Percepção Vulnerabilidade
Não Depressivo	Masculino	Mean	29,0792	85,9892	41,0303	35,8000	16,3894
		N	101	93	99	100	113
		Std. Deviation	4,52478	10,47720	5,41248	5,02117	2,95633
	Feminino	Mean	29,3559	86,0893	41,2609	51,0455	15,7671
		N	59	56	69	66	73
		Std. Deviation	4,30222	11,40538	5,50041	123,47425	2,84078
	Total	Mean	29,1813	86,0268	41,1250	41,8614	16,1452
		N	160	149	168	166	186
		Std. Deviation	4,43240	10,79724	5,43353	77,95569	2,91972
Depressivo	Masculino	Mean	29,5000	87,1667	44,0000	36,8000	14,8333
		N	6	6	5	5	6
		Std. Deviation	2,73861	10,83359	7,84219	8,43801	2,48328
	Feminino	Mean	28,0000	81,3571	42,1875	37,4706	16,5882
		N	16	14	16	17	17
		Std. Deviation	6,37704	15,03640	8,01015	7,79517	2,15229
	Total	Mean	28,4091	83,1000	42,6190	37,3182	16,1304
		N	22	20	21	22	23
		Std. Deviation	5,59472	13,89396	7,81330	7,74219	2,32192
Total	Masculino	Mean	29,1028	86,0606	41,1731	35,8476	16,3109
		N	107	99	104	105	119
		Std. Deviation	4,43599	10,44599	5,53794	5,17535	2,94511
	Feminino	Mean	29,0667	85,1429	41,4353	48,2651	15,9222
		N	75	70	85	83	90
		Std. Deviation	4,80240	12,24424	6,00684	110,12444	2,73236
	Total	Mean	29,0879	85,6805	41,2910	41,3298	16,1435
		N	182	169	189	188	209
		Std. Deviation	4,57751	11,19969	5,73947	73,28720	2,85524

Tabela 5- Estatísticas descritivas das dimensões do questionário no âmbito da gravidez não planeada face aos resultados da CDI

Conforme se verifica na tabela 5, do total da amostra, 182 indivíduos revelam Intenções Comportamentais positivas face ao Risco de Gravidez Não Planeada, dos quais 160 (101 Masc./59 Fem.) não apresentam Sintomas Depressivos e 22 (6 Masc./16 Fem.) apresentam Sintomas Depressivos;

No total da amostra, 169 respondentes revelam Atitudes positivas face ao Risco de Gravidez Não Planeada, dos quais 149 (93 Masc./56 Fem.) indivíduos não apresentam Sintomas Depressivos e 20 (6 Masc./14 Fem.) apresentam Sintomas Depressivos;

Observa-se pela tabela que 189 respondentes revelam Percepção de Controlo positiva face ao Risco Gravidez Não Planeada, 168 (99 Masc./69 Fem.) dos quais não apresentam Sintomas Depressivos e 21 (5 Masc./16 Fem.) apresentam Sintomas Depressivos;

Pode também observar-se que 188 indivíduos da amostra revelam Crenças Comportamentais positivas face ao Risco de Gravidez Não Planeada, dos quais 166 (100 Masc./66 Fem.) não apresentam Sintomas Depressivos e 22 (5 Masc./17 Fem.) apresentam Sintomas Depressivos;

No total da amostra verifica-se que 209 indivíduos revelam Percepção de Vulnerabilidade face ao Risco de Gravidez Não Planeada, dos quais 186 (113 Masc./76 Fem.) não apresentam Sintomas Depressivos e 23 (6 Masc./17 Fem.) apresentam Sintomas Depressivos.

Pretendia-se efectuar o Teste T para duas amostras independentes uma vez que

*“ O teste t para duas amostras independentes aplica-se sempre que se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos (casos) ... ”*⁴⁷. Para tal, é necessário primeiro, efectuar o teste de Kolmogorov-Smirnov

para testar a normalidade. Assim, as hipóteses a testar segundo Pestana (2003, p. 247) são:

H₀: A variável de nível ordinal ou superior tem distribuição normal.

H₁: A variável de nível ordinal ou superior não tem distribuição normal.

Ao verificarmos o pressuposto da normalidade constatou-se, através da tabela abaixo mencionada, que apenas um dos grupos (o dos indivíduos com sintomas depressivos) tem distribuição normal na medida em que $p = ,200$. O alpha adoptado é de 0,05 para um intervalo de confiança com 95% de certeza. Pelo contrário, o grupo de indivíduos que não apresenta sintomas depressivos não segue a normalidade uma vez que $p = ,005$.

Tests of Normality							
Sintomas Depressivos		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Índice comportamental de risco	Não Depressivo	,111	97	,005	,932	97	,000
	Depressivo	,125	12	,200*	,961	12	,802

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 6– Teste de Normalidade do Índice Comportamental de Risco.

Deste modo, prosseguimos a análise através do teste de Mann-Whitney uma vez que, “*Quando se viola a normalidade recorre-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney...*” (Pestana, 2003, p. 216).

Ainda segundo Pestana, “*Aplicando o teste não paramétrico de Mann-Whitney, as hipóteses são:*

H₀: As duas populações são iguais em tendência central.

H₁: As duas populações não são iguais em tendência central”.

Uma vez que $p = ,462$ conclui-se que não existem diferenças significativas entre os adolescentes portugueses que têm ou não depressão no que respeita aos comportamentos sexuais de risco.

Test Statistics^a

	Índice_ comportamen tal de risco
Mann-Whitney U	506,000
Wilcoxon W	584,000
Z	-,736
Asymp. Sig. (2-tailed)	,462

a. Grouping Variable: SintomasDepressivos

Tabela 7 – Teste não Paramétrico de Mann-Whitney U ao Índice Comportamental de Risco

Ainda assim, pretendíamos verificar a que nível dos comportamentos sexuais de risco existe correlação entre o apresentar ou não sintomas depressivos. Uma vez mais a amostra não segue a normalidade⁷⁷ (na maioria dos casos), pelo que optámos por fazer o teste de Spearman. As hipóteses neste teste são as seguintes:

H₀: Não existe correlação.

H₁: Existe correlação.

Constatou-se, pelas tabelas abaixo mencionadas, que existe correlação entre possuir ou não os sintomas depressivos e: (p= -,014) a variável “se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais, a utilização do preservativo será: improvável/provável”; e (p= ,014) entre “se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será: improvável/provável”; entre (p= ,000) “se não tiver relações sexuais com toxicod dependentes ou prostitutas/os não tenho que tomar precauções relativamente à SIDA”; (p= ,036) “estou seguro que serei capaz de evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais”; (p= ,027) “mesmo se acontecer uma relação sexual numa altura em que não esteja à espera vou conseguir evitar uma gravidez não desejada”; (p= ,035) “sei que na minha próxima relação sexual, muito provavelmente, não vou ser capaz de utilizar contracepção de uma forma eficaz”;

⁷⁷ Ver tabelas 1 a 3 do Anexo II.

(p= ,013)” tenho relações sexuais de pé não há tempo para que ocorra uma gravidez não desejada”.

As restantes tabelas, com os restantes testes efectuados, encontram-se no anexo 1 uma vez que não apresentavam correlação entre as variáveis.

Correlação

			Classes CDI	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:
Spearman's rho	Classes CDI	Correlation Coefficient	1,000	-,198*	-,123	,018	-,008
		Sig. (2-tailed)	.	,014	,156	,835	,930
	N		173	154	134	134	135
	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Correlation Coefficient	-,198*	1,000	,633**	,589**	,463**
		Sig. (2-tailed)	,014	.	,000	,000	,000
	N		154	264	229	229	231
Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Correlation Coefficient	-,123	,633**	1,000	,423**	,622**	
	Sig. (2-tailed)	,156	,000	.	,000	,000	
N		134	229	236	228	230	
Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Correlation Coefficient	,018	,589**	,423**	1,000	,320**	
	Sig. (2-tailed)	,835	,000	,000	.	,000	
N		134	229	228	234	229	
Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Correlation Coefficient	-,008	,463**	,622**	,320**	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,930	,000	,000	,000	.	
N		135	231	230	229	236	

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 8 - Tabela de Correlações

Correlação

			Classes CDI	Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:	Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:	Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:	Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:
Spearman's rho	ClassesCDI	Correlation Coefficient	1,000	-,201 *	-,019	,142	-,031
		Sig. (2-tailed)	.	,014	,824	,101	,719
		N	173	148	133	134	135
	Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:	Correlation Coefficient	-,201 *	1,000	,757 **	,490 **	,619 **
		Sig. (2-tailed)	,014	.	,000	,000	,000
		N	148	254	223	223	224
Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:	Correlation Coefficient	-,019	,757 **	1,000	,428 **	,784 **	
	Sig. (2-tailed)	,824	,000	.	,000	,000	
	N	133	223	230	222	223	
Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:	Correlation Coefficient	,142	,490 **	,428 **	1,000	,422 **	
	Sig. (2-tailed)	,101	,000	,000	.	,000	
	N	134	223	222	229	225	
Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:	Correlation Coefficient	-,031	,619 **	,784 **	,422 **	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,719	,000	,000	,000	.	
	N	135	224	223	225	232	

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 9 – Tabela de Correlações

Correlação

			Classes CDI	Existem possibilid ades de eu contrair SIDA pelos comportame ntos sexuais que tenho	Se não tiver relações sexuais com toxicodepen dentes ou prostitutas/o s não tenho de tomar precauções relativament e à SIDA	O uso do preservativo nas relações sexuais vaginais poderá proteger-me contra a SIDA	Se souber que tenho SIDA já não preciso de me proteger utilizando o preservativo	Se tiver relações sexuais anais estou certo/a de que vou ser capaz de utilizar preservativo	Penso que se tiver relações sexuais sou vulnerável em relação à SIDA
Spearman's rho	ClassesCDI	Correlation Coefficient	1,000	,085	,267 **	-,067	,044	,056	,059
		Sig. (2-tailed)	.	,275	,000	,388	,569	,476	,460
		N	173	166	168	170	170	164	158
	Existem possibilidades de eu contrair SIDA pelos comportamentos sexuais que tenho	Correlation Coefficient	,085	1,000	,173 **	-,047	,169 **	-,053	,212 **
		Sig. (2-tailed)	,275	.	,004	,439	,005	,388	,001
		N	166	278	275	277	276	265	261
	Se não tiver relações sexuais com toxicodependentes ou prostitutas/os não tenho de tomar precauções relativamente à SIDA	Correlation Coefficient	,267 **	,173 **	1,000	-,119 *	,359 **	,023	,093
		Sig. (2-tailed)	,000	,004	.	,048	,000	,714	,131
		N	168	275	279	278	277	267	262
	O uso do preservativo nas relações sexuais vaginais poderá proteger-me contra a SIDA	Correlation Coefficient	-,067	-,047	-,119 *	1,000	-,169 **	,133 *	,052
		Sig. (2-tailed)	,388	,439	,048	.	,004	,028	,395
		N	170	277	278	285	284	272	266
Se souber que tenho SIDA já não preciso de me proteger utilizando o preservativo	Correlation Coefficient	,044	,169 **	,359 **	-,169 **	1,000	-,117	,073	
	Sig. (2-tailed)	,569	,005	,000	,004	.	,055	,233	
	N	170	276	277	284	285	272	266	
Se tiver relações sexuais anais estou certo/a de que vou ser capaz de utilizar preservativo	Correlation Coefficient	,056	-,053	,023	,133 *	-,117	1,000	,099	
	Sig. (2-tailed)	,476	,388	,714	,028	,055	.	,114	
	N	164	265	267	272	272	273	257	
Penso que se tiver relações sexuais sou vulnerável em relação à SIDA	Correlation Coefficient	,059	,212 **	,093	,052	,073	,099	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,460	,001	,131	,395	,233	,114	.	
	N	158	261	262	266	266	257	268	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 10 - Tabela de Correlações

Correlação

			Classes CDI	Se utilizar métodos contraceptivos adequados poderei evitar uma gravidez não desejada	Se não tiver cuidado quando tiver relações sexuais poderei ocorrer uma gravidez	Estou seguro que serei capaz de evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais	Se tiver relações sexuais durante o período menstrual não há risco de ocorrer uma gravidez	Utilizar ou não Utilizar contracepção quando tiver relações sexuais depende de mim	Só engravida quem quer
Spearman's rho	ClassesCDI	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	1,000 . 173	-,089 ,267 156	-,028 ,720 164	-,164* ,036 163	,009 ,908 163	,071 ,369 164	-,114 ,145 164
	Se utilizar métodos contraceptivos adequados poderei evitar uma gravidez não desejada	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,089 ,267 156	1,000 . 266	,501** ,000 263	,469** ,000 260	-,105 ,093 257	,052 ,403 262	,167** ,007 263
	Se não tiver cuidado quando tiver relações sexuais poderei ocorrer uma gravidez	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,028 ,720 164	,501** ,000 263	1,000 . 275	,288** ,000 271	-,081 ,189 266	-,004 ,941 271	-,017 ,775 274
	Estou seguro que serei capaz de evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,164* ,036 163	,469** ,000 260	,288** ,000 271	1,000 . 272	,018 ,772 265	,123* ,044 268	,350** ,000 271
	Se tiver relações sexuais durante o período menstrual não há risco de ocorrer uma gravidez	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,009 ,908 163	-,105 ,093 257	-,081 ,189 266	,018 ,772 265	1,000 . 267	,065 ,289 265	,053 ,385 266
	Utilizar ou não Utilizar contracepção quando tiver relações sexuais depende de mim	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,071 ,369 164	,052 ,403 262	-,004 ,941 271	,123* ,044 268	,065 ,289 265	1,000 . 272	,144* ,018 272
	Só engravida quem quer	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,114 ,145 164	,167** ,007 263	-,017 ,775 274	,350** ,000 271	,053 ,385 266	,144* ,018 272	1,000 . 275

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 11 - Tabela de Correlações

Correlação

			Classes CDI	Com o coito interrompido poderei evitar uma gravidez não desejada	Será muito pouco provável que consiga utilizar contraceção quando tiver relações sexuais	Mesmo se acontecer uma relação sexual numa altura em que não esteja à espera vou conseguir evitar uma gravidez não desejada	O método que utilizo é eficaz para evitar uma gravidez	Se utilizar métodos contraceptivos posso prejudicar a minha saúde	A utilização de contraceção é uma responsabilid ade de ambos os elementos do casal
Spearman's rho	ClassesCDI	Correlation Coefficient	1,000	,084	,150	-,175	-,051	,103	-,023
		Sig. (2-tailed)	.	,298	,057	,027	,526	,194	,774
		N	173	157	163	161	159	160	161
	Com o coito interrompido poderei evitar uma gravidez não desejada	Correlation Coefficient	,084	1,000	,117	,170*	-,023	,135*	-,086
		Sig. (2-tailed)	,298	.	,060	,006	,717	,031	,167
		N	157	259	258	255	253	257	258
	Será muito pouco provável que consiga utilizar contraceção quando tiver relações sexuais	Correlation Coefficient	,150	,117	1,000	-,171**	-,202*	,419**	-,329*
		Sig. (2-tailed)	,057	,060	.	,005	,001	,000	,000
		N	163	258	269	264	262	265	266
	Mesmo se acontecer uma relação sexual numa altura em que não esteja à espera vou conseguir	Correlation Coefficient	-,175	,170*	-,171**	1,000	,434**	-,106	,130*
	Sig. (2-tailed)	,027	,006	,005	.	,000	,087	,035	
	N	161	255	264	266	258	262	263	
O método que utilizo é eficaz para evitar uma gravidez	Correlation Coefficient	-,051	-,023	-,202*	,434**	1,000	-,161**	,322**	
	Sig. (2-tailed)	,526	,717	,001	,000	.	,010	,000	
	N	159	253	262	258	263	259	261	
Se utilizar métodos contraceptivos posso prejudicar a minha saúde	Correlation Coefficient	,103	,135*	,419**	-,106	-,161**	1,000	-,437**	
	Sig. (2-tailed)	,194	,031	,000	,087	,010	.	,000	
	N	160	257	265	262	259	266	265	
A utilização de contraceção é uma responsabilidade de ambos os elementos do casal	Correlation Coefficient	-,023	-,086	-,329*	,130*	,322**	-,437**	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,774	,167	,000	,035	,000	,000	.	
	N	161	258	266	263	261	265	267	

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 12 - Tabela de Correlações

Correlação

		Classes CDI	Se não utilizar contracepção poderá conter uma gravidez quando tiver relações sexuais	A contracepção é de difícil acesso	Sei que na minha próxima relação sexual, muito provavelmente e, não vou ser capaz de utilizar contracepção de uma forma eficaz	Quando tenho relações sexuais, raramente me preocupo com a possibilidade de ocorrer uma gravidez não desejada	Tenho relações sexuais de pé não há tempo para que ocorra uma gravidez não desejada	Mesmo se o meu parceiro/a se chatear por eu falar nisso, sou capaz de insistir na utilização de contracepção quando tivermos relações sexuais	
Spearman's rho	Classes CDI	Correlation Coefficient	1,000	-,043	,069	,168*	,079	,197*	-,023
		Sig. (2-tailed)	.	,585	,383	,035	,320	,013	,769
		N	173	160	160	158	160	159	162
	Se não utilizar contracepção adequada poderá conter uma gravidez quando tiver relações sexuais	Correlation Coefficient	-,043	1,000	-,266**	-,297**	-,093	-,410**	,470**
		Sig. (2-tailed)	,585	.	,000	,000	,133	,000	,000
		N	160	267	265	263	263	260	266
	A contracepção é de difícil acesso	Correlation Coefficient	,069	-,266**	1,000	,454**	,254**	,391**	-,235**
		Sig. (2-tailed)	,383	,000	.	,000	,000	,000	,000
		N	160	265	266	263	263	260	265
	Sei que na minha próxima relação sexual, muito provavelmente, não vou ser capaz de utilizar contracepção adequada	Correlation Coefficient	,168*	-,297**	,454**	1,000	,270**	,419**	-,359**
		Sig. (2-tailed)	,035	,000	,000	.	,000	,000	,000
		N	158	263	263	264	262	259	263
Quando tenho relações sexuais, raramente me preocupo com a possibilidade de ocorrer uma gravidez não desejada	Correlation Coefficient	,079	-,093	,254**	,270**	1,000	,347**	-,164**	
	Sig. (2-tailed)	,320	,133	,000	,000	.	,000	,007	
	N	160	263	263	262	269	264	266	
Tenho relações sexuais de pé não há tempo para que ocorra uma gravidez não desejada	Correlation Coefficient	,197*	-,410**	,391**	,419**	,347**	1,000	-,446**	
	Sig. (2-tailed)	,013	,000	,000	,000	,000	.	,000	
	N	159	260	260	259	264	266	264	
Mesmo se o meu parceiro/a se chatear por eu falar nisso, sou capaz de insistir na utilização de contracepção quando tivermos relações sexuais	Correlation Coefficient	-,023	,470**	-,235**	-,359**	-,164**	-,446**	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,769	,000	,000	,000	,007	,000	.	
	N	162	266	265	263	266	264	270	

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 13 - Tabela de Correlações

Segundo Pestana (2003, p. 186), “O coeficiente Ró de Spearman varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo tiver destes extremos, maior será a associação linear entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável”.

Este coeficiente de correlação é de -,198, portanto fraco e inverso, na variável “se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais, a utilização do preservativo será: improvável/provável”. Na variável “se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será: improvável/provável”, o ró de Spearman é de -,201, ou seja, a correlação existente não é estatisticamente significativa.

Na questão de “se não tiver relações sexuais com toxicodependentes ou prostitutas/os não tenho que tomar precauções relativamente à SIDA”, o r de Spearman é de ,267 ,isto é, a correlação é fraca.

Em relação ao “se estiver seguro serei capaz de evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais”, o r de Spearman é de -,164, o que representa a não existência de correlação estatisticamente significativa.

Na variável “mesmo se acontecer uma relação sexual numa altura em que não esteja à espera vou conseguir evitar uma gravidez não desejada”, o r de Spearman é de -,175, logo a correlação é fraca.

O r de Spearman na questão “sei que na minha próxima relação sexual, muito provavelmente, não vou ser capaz de utilizar contraceção de uma forma eficaz”, não é significativo estatisticamente: ,168.

Por fim, a variável “tenho relações sexuais de pé não há tempo para que ocorra uma gravidez não desejada”, apresenta um r de Spearman de ,197, ou seja a correlação existente é fraca.

3.3 Identificação das variáveis género, sintomas depressivos e idade nos comportamentos sexuais de risco

Dado que não se verificaram resultados que permitissem estabelecer, de uma forma estatisticamente significativa, uma correlação entre sintomas depressivos e comportamentos sexuais de risco, ir-se-á isolar algumas variáveis de forma a tentar perceber quais os factores que podem condicionar a ocorrência desses comportamentos. A pertinência desta abordagem centra-se no facto de se terem verificado algumas diferenças significativas no grupo dos adolescentes com sintomas deprimidos. Assim, tentar-se-á isolar algumas variáveis de forma a poder compreender de uma forma mais clara a ocorrência de alguns comportamentos sexuais de risco. Apesar deste estudo se centrar na ligação entre sintomas depressivos e comportamentos sexuais de risco, não seria prudente isolar apenas esta variável, ou seja, é importante introduzir também as variáveis idade, instrução e género para obter dados e resultados mais concretos sobre os comportamentos sexuais de risco.

Com o intuito de caracterizar os comportamentos sexuais de risco na população adolescente seleccionada para o estudo, pretendíamos recorrer ao teste Anova. Contudo, não se verificou a condição da normalidade (ver da Tabela 65 à 67 no Anexo IV). Por este facto, surgiu a condição necessária para não podermos aplicar este teste. Assim, optámos pelo teste alternativo, o teste de Kruskal Wallis.

Segundo Pestana (2003, p.434), *“O teste de Kruskal Wallis é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, e é também uma alternativa ao One-Way Anova utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último...”*.

Segundo Maroco (2003, p. 175), “Formalmente, as hipóteses sob estudo podem escrever-se como:

$H_0: \theta_1 = \theta_2 = \dots = \theta_k$ (as medianas são iguais)

$H_1: \theta_i \neq \theta_j$ ($i \neq j = 1, \dots, k$) (existe pelo menos um par de medianas significativamente diferentes)

Pelo exposto, verificou-se que o género influencia a opinião sobre o facto de conversar com o seu parceiro sobre a utilização do preservativo (prejudicial/benéfica) ($p = ,036$).

Test Statistics^{a,b}

	O facto da eu conversar com o meu parceiro/a sobre a utilização do preservativo será:	O facto da eu conversar com o meu parceiro/a sobre a utilização do preservativo será:	O facto da eu conversar com o meu parceiro/a sobre a utilização do preservativo será:	O facto da eu conversar com o meu parceiro/a sobre a utilização do preservativo será:
Chi-Square	2,013	,661	,041	4,379
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,156	,416	,839	,036

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 14- Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Constatou-se que o género influencia todas as questões relacionadas com o facto de quando o inquirido “tiver relações sexuais, a utilização do preservativo vai depender do seu parceiro: improvável/provável” ($p = ,004$), disparatada/sensata ($p = ,006$), desagradável/gradável ($p = ,029$) e prejudicial/benéfica ($p = ,003$).

Test Statistics^{a,b}

	Quando tiver relações sexuais, a utilização do preservativo vai depender do meu parceiro/a:	Quando tiver relações sexuais, a utilização do preservativo vai depender do meu parceiro/a:	Quando tiver relações sexuais, a utilização do preservativo vai depender do meu parceiro/a:	Quando tiver relações sexuais, a utilização do preservativo vai depender do meu parceiro/a:
Chi-Square	8,204	7,563	4,767	8,685
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,004	,006	,029	,003

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 15 - Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Ao nível da utilização de contraceção na próxima relação sexual com o parceiro habitual será improvável/provável, registou-se que esta é influenciada pelo género ($p = ,018$).

Test Statistics^{a,b}

	A utilização de contraceção na próxima relação sexual com o meu parceiro/a habitual será:	A utilização de contraceção na próxima relação sexual com o meu parceiro/a habitual será:	A utilização de contraceção na próxima relação sexual com o meu parceiro/a habitual será:	A utilização de contraceção na próxima relação sexual com o meu parceiro/a habitual será:
Chi-Square	5,643	3,398	2,954	1,059
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,018	,065	,086	,304

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 16 - Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Verificou-se que a variável acerca da opinião do indivíduo se este tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contraceção será desagradável/gradável, sofre influência por parte do género ($p = ,014$).

Test Statistics^{a,b}

	Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:	Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:	Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:	Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:
Chi-Square	1,757	1,425	6,016	,752
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,185	,233	,014	,386

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 17 – Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

O género influencia a opinião quanto ao facto de se o inquirido não tiver contracepção disponível e tiver oportunidade de ter um relação sexual, essa relação será improvável/provável ($p= ,000$), disparatada/sensata ($p= ,005$), desagradável/gradável ($p= ,000$) e prejudicial/benéfica ($p= ,000$).

Test Statistics^{a,b}

	Se não tiver contracepção disponível e tiver oportunidade de ter uma relação sexual, essa relação será:	Se não tiver contracepção disponível e tiver oportunidade de ter uma relação sexual, essa relação será:	Se não tiver contracepção disponível e tiver oportunidade de ter uma relação sexual, essa relação será:	Se não tiver contracepção disponível e tiver oportunidade de ter uma relação sexual, essa relação será:
Chi-Square	16,912	7,833	17,997	12,729
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,005	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 18 - Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Constatou-se que conversar com o parceiro sobre a utilização de contracepção será improvável/provável ($p= ,015$), desagradável/gradável ($p= ,064$) e prejudicial/benéfica ($p= ,008$) sofrem influência por parte do género.

Test Statistics^{a,b}

	Conversar com o meu parceiro/a sobre a utilização de contracepção será:	Conversar com o meu parceiro/a sobre a utilização de contracepção será:	Conversar com o meu parceiro/a sobre a utilização de contracepção será:	Conversar com o meu parceiro/a sobre a utilização de contracepção será:
Chi-Square	5,926	3,427	8,309	6,978
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,015	,064	,004	,008

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 19 - Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Verificou-se que o género influencia também a opinião em relação ao ter relações sexuais. Concretamente, se o inquirido irá conseguir obter contracepção de forma a estar preparado: improvável/provável ($p = ,043$) e disparatada/sensata ($p = ,014$).

Test Statistics^{a,b}

	Se tiver relações sexuais sei que vou conseguir obter contracepção de forma a estar preparado:	Se tiver relações sexuais sei que vou conseguir obter contracepção de forma a estar preparado:	Se tiver relações sexuais sei que vou conseguir obter contracepção de forma a estar preparado:	Se tiver relações sexuais sei que vou conseguir obter contracepção de forma a estar preparado:
Chi-Square	4,104	5,977	2,928	1,227
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,043	,014	,087	,268

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 20 - Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Verificou-se que o género exerce influência na opinião acerca de se o indivíduo tiver um único parceiro sexual, não precisa de se proteger em relação à SIDA ($p = ,015$) e na variável que respeita à opinião de se o inquirido tiver relações sexuais vaginais será capaz de utilizar um preservativo ($p = ,023$).

Test Statistics^{a,b}

	Se tiver um único parceiro/a sexual, não preciso de me proteger em relação à SIDA	Se não utilizar o preservativo nas minhas relações sexuais poderei contrair o vírus da SIDA	O uso de preservativo na relações sexuais anais poderá proteger-me contra a SIDA	Se tiver relações sexuais vaginais estou certo/a de que, se quiser, vou ser capaz de utilizar um preservativo	Se tiver parceiros ocasionais sei que me será fácil usar o preservativo	Acho que é pouco possível vir a contrair o vírus da SIDA ao longo da minha vida
Chi-Square	5,903	,307	,844	5,152	2,117	,012
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,015	,580	,358	,023	,146	,914

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 21 - Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Constata-se que o género influencia a opinião acerca da segurança de que mesmo que o seu parceiro não queira utilizar o preservativo quando tiver relações sexuais, será capaz de insistir com ele ($p= ,001$). Influencia, também, a opinião sobre “se estiver a utilizar outro método contraceptivo quando tiver relações sexuais não utilizarei o preservativo” ($p= ,022$).

Test Statistics^{a,b}

	Se o meu parceiro/a tiver bom aspecto não preciso de utilizar preservativo numa relação sexual	Estou seguro/a de que mesmo que o meu parceiro/a não queira utilizar o preservativo quando tiver relações sexuais, serei capaz de insistir com ele	O uso do preservativo nas relações sexuais orais poderá proteger-me contra a SIDA	Quando tiver relações sexuais, mesmo se estiver sobre o efeito de álcool ou drogas, vou conseguir usar o preservativo	Com o uso do preservativo nas relações sexuais com parceiros ocasionais poderei evitar contrair o vírus da SIDA	Se estiver a utilizar outro método contraceptivo quando tiver relações sexuais não utilizarei o preservativo
Chi-Square	,599	11,446	,755	,489	,027	5,271
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,439	,001	,385	,485	,868	,022

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 22 - Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Regista-se que o género influencia as seguintes variáveis: se o parceiro do inquirido quiser ter relações sexuais sem utilizar o preservativo, vai-lhe ser difícil dizer que não quer ($p= ,000$); irá ter dificuldades em utilizar o preservativo quando tiver relações sexuais ($p= ,046$); se o inquirido conhecer bem o seu parceiro não precisa de utilizar o preservativo para evitar contrair a SIDA ($p= ,033$).

Test Statistics^{a,b}

	Se o meu parceiro/a quiser ter relações sexuais sem utilizar o preservativo, vai-me ser difícil dizer que não quero	Se tiver relações sexuais sem utilizar o preservativo posso contrair o vírus da SIDA	Se o meu parceiro/a me apresentar um teste da SIDA com resultado negativo, não preciso de utilizar preservativo nas relações sexuais	Vou ter dificuldades em utilizar o preservativo quando tiver relações sexuais	Se conhecer bem o meu parceiro/a não preciso de utilizar o preservativo para evitar contrair SIDA	Acho que não sou o tipo de pessoa que possa contrair o vírus da SIDA
Chi-Square	18,982	2,489	,322	3,966	4,543	1,733
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,115	,570	,046	,033	,188

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 23 - Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Verifica-se a existência de influência do género na opinião acerca da utilização de preservativo se o inquirido tiver relações sexuais orais ($p= ,012$) e na opinião sobre a não necessidade de utilização do preservativo nas relações sexuais com o parceiro, se gostar realmente dele ($p= ,025$).

Test Statistics^{a,b}

	Se tiver muitos parceiros sexuais preciso de me proteger em relação à SIDA	Se tiver relações sexuais orais estou certo/a que, se quiser, vou ser capaz de utilizar um preservativo	Se o meu parceiro/a não tiver relações sexuais com outras pessoas, não preciso de utilizar o preservativo	Se realmente gostar do meu parceiro/a não preciso de utilizar o preservativo nas relações sexuais com ele/ela	Não vou conseguir utilizar o preservativo nas próximas vezes que tiver relações sexuais
Chi-Square	,141	6,304	2,945	5,051	,471
df	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,707	,012	,086	,025	,492

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 24 - Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Verifica-se que a opinião dos indivíduos em relação a “quando se tem relações sexuais pela primeira vez não se corre o risco de engravidar” é $p = ,025$; em relação à utilização ou não de contraceção “quando tiver relações sexuais vai depender do meu parceiro” é $p = ,0000$; e a opinião em relação à segurança de que o inquirido irá utilizar contraceção quando tiver relações sexuais é $p = ,015$). Assim, podemos concluir que todas estas “dimensões” são influenciadas pelo género.

Test Statistics^{a,b}

	Conseguir evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais vai depender de mim	Quando se tem relações sexuais pela primeira vez não se corre o risco de engravidar	Não sei se vou conseguir evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais	Utilizar ou não utilizar contraceção quando tiver a ter relações sexuais vai depender do meu parceiro/a	Se evitar uma gravidez não desejada estou a salvaguardar a minha saúde e o meu bem estar	Estou seguro/a de que vou utilizar contraceção quando tiver relações sexuais
Chi-Square	1,081	5,010	2,206	23,525	3,502	5,869
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,298	,025	,138	,000	,061	,015

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 25 - Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Regista-se também a existência de influência do género nas seguintes variáveis: será muito pouco provável que o inquirido consiga utilizar contraceção quando tiver relações sexuais ($p = ,004$) e na variável que respeita à utilização de contraceção ser uma responsabilidade de ambos os elementos do casal ($p = ,010$).

Test Statistics^{a,b}

	Com o coito interrompido poderei evitar uma gravidez não desejada	Será muito pouco provável que consiga utilizar contraceção quando tiver relações sexuais	Mesmo se acontecer uma relação sexual numa altura em que não esteja à espera vou conseguir evitar uma gravidez não desejada	O método que utilizo é eficaz para evitar uma gravidez	Se utilizar métodos contraceptivos posso prejudicar a minha saúde	A utilização de contraceção é uma responsabilidade de ambos os elementos do casal
Chi-Square	3,341	8,345	,008	2,850	,042	6,709
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,068	,004	,928	,091	,837	,010

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 26 - Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Constata-se ainda que o género influencia a opinião acerca de quando o inquirido tem relações sexuais, raramente se preocupa com a possibilidade de ocorrer uma gravidez não desejada ($p = ,019$) e na opinião sobre não haver tempo para que ocorra uma gravidez não desejada, se tiver relações sexuais de pé ($p = ,029$). O género também exerce influência na variável que respeita à capacidade de insistir na utilização de contraceção quando o inquirido tem relações sexuais mesmo se o parceiro se chatear por falar nisso ($p = ,002$).

Test Statistics^{a,b}

	Se não utilizar contracepção adequada poderá contecer uma gravidez quando tiver relações sexuais	A contracepção é de difícil acesso	Sei que na minha proxima relação sexual, muito provavelmente e, não vou ser capaz de utilizar contracepção de uma forma eficaz	Quando tenho relações sexuais, raramente me preocupo com a possibilidade de ocorrer uma gravidez não desejada	Tenho relações sexuais de pé não há tempo para que ocorra uma gravidez não desejada	Mesmo se o meu parceiro/a se chatear por eu falar nisso, sou capaz de insistir na utilização de contracepção quando tivermos relações sexuais
Chi-Square	1,282	1,496	1,304	5,527	4,762	9,851
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,258	,221	,253	,019	,029	,002

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 27 - Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Por fim, verifica-se que o género influencia a opinião acerca da incerteza de como conseguir obter contracepção para quando tiver relações sexuais ($p = ,007$).

Test Statistics^{a,b}

	Quando tenho relações sexuais acho que estou a correr o risco de que ocorra uma gravidez não desejada	A possibilidade de uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais está fora do meu controlo	Não sei como vou conseguir obter contracepção para quando tiver relações sexuais	A gravidez não desejada só acontece aos outros	Não há o risco de engravidar sem querer porque tenho relações sexuais poucas vezes
Chi-Square	1,785	,043	7,318	2,700	,644
df	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,182	,836	,007	,100	,422

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo

Tabela 28 - Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

As restantes tabelas, encontram-se em anexo uma vez que não registam influência nos comportamentos sexuais de risco nos adolescentes.

Verifica-se que 52% dos inquiridos (12) que apresentam sintomas depressivos já tiveram relações sexuais. Os restantes 11 indivíduos afirmam nunca ter tido relações sexuais.

Já alguma vez teve relações sexuais? *

Count

		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
Já alguma vez teve relações sexuais?	Sim	102	12	114
	Não	44	11	55
Total		146	23	169

Tabela 29 – Tabela de Contigência: Relações sexuais/Sintomas Depressivos

Constata-se que a grande maioria dos adolescentes que apresentam sintomas depressivos (83,3%) não possuem um parceiro sexual fixo. Apenas 2 responderam de modo positivo a esta questão.

Tem um parceiro fixo? *

Count

		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
Tem um parceiro fixo?	Sim	52	2	54
	Não	49	10	59
Total		101	12	113

Tabela 30 - Tabela de Contigência: Parceiro Fixo/Sintomas Depressivos

Cerca de 61,5% dos inquiridos diz costumar ter parceiros ocasionais ao contrário dos restantes 38,5%.

Costuma ter parceiros ocasionais? *

Count

		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
Costuma ter parceiros ocasionais?	Sim	39	8	47
	Não	58	5	63
Total		97	13	110

Tabela 31 - Tabela de Contigência: Parceiro ocasional/Sintomas Depressivos

Dos que responderam de forma positiva na questão anterior, 50% teve apenas 1 parceiro ocasional no último mês. Os outros tiveram cada um 2, 3 e nenhum parceiro.

Quantos parceiros ocasionais teve no último mês? *

Count

		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
Quantos parceiros ocasionais teve no último mês?	Nenhum	23	1	24
	1	11	4	15
	2	12	1	13
	3	3	1	4
	4	3	0	3
	5	1	0	1
	10	2	1	3
	12	2	0	2
Total		57	8	65

Tabela 32 - Tabela de Contigência: Nº de Parceiros Ocasionais/Sintomas Depressivos

Em relação às práticas sexuais, para 80% dos inquiridos com sintomas depressivos, estas são exclusivamente com pessoas do sexo oposto. Dos restantes, 10% (1 inquirido) afirma ter práticas sexuais com pessoas de ambos os sexos e com esta

mesma percentagem surgem indivíduos cujas práticas são exclusivamente com pessoas do mesmo sexo.

Habitualmente as minhas práticas sexuais são: *

Count		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
Habitualmente as minhas praticas sexuais são:	Exclusivamente com pessoas do sexo oposto	94	10	104
	Com pessoas de ambos os sexos	3	1	4
	Exclusivamente com pessoas do mesmo sexo	1	1	2
Total		98	12	110

Tabela 33 - Tabela de Contigência: Tipo de Práticas Sexuais/Sintomas Depressivos

Em termos de utilização de métodos contraceptivos nas actividades sexuais nos últimos três meses, 50% afirma utilizar sempre um método contraceptivo. Utilizam-na na maioria das vezes 10% dos inquiridos. É de salientar que 40% dos indivíduos não costuma utilizar métodos anticoncepcionais. Destes, 20% raramente os utiliza e 20% nunca utiliza métodos contraceptivos.

**Nas minhas actividades sexuais nos ultimos três meses eu e o meu parceiro(a): *
ClassesCDI**

Count		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
Nas minhas actividades sexuais nos ultimos três meses eu e o meu parceiro(a):	Utilizamos sempre um método contraceptivo	57	5	62
	Utilizamos um método contraceptivo a maioria das vezes	17	1	18
	Raramente utilizamos um método contraceptivo	13	2	15
	Nunca utilizamos métodos contraceptivos	6	2	8
Total		93	10	103

Tabela 34 - Tabela de Contigência: Utilização do Método Contraceptivo/Sintomas Depressivos

O método contraceptivo mais utilizado pelos adolescentes com sintomas depressivos é o preservativo, uma vez que foi assinalado por 66,6%; 10% destes inquiridos recorre à pílula. Dos restantes, 10% utiliza como método contraceptivo o coito interrompido e os restantes (10%) prefere o preservativo e a pílula em simultâneo.

Os métodos contraceptivos que utilizei foram: *
ClassesCDI

Count

		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
Os métodos contraceptivos que utilizei foram:	Pílula	7	1	8
	Preservativo	61	6	67
	Coito interrompido	1	1	2
	Preservativo+Pílula	23	1	24
	Pílula+Coito Imterrompido	2	0	2
	Preservativo+Coito interrompido	1	0	1
Total		95	9	104

Tabela 35 - Tabela de Contigência: Tipo de Método Contraceptivo/Sintomas Depressivos

Verifica-se que nenhum dos adolescentes que apresentam sintomas depressivos contraiu qualquer doença sexualmente transmissível.

Já alguma vez contraiu uma doença sexualmente transmissível? *
ClassesCDI

Count

		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
Já alguma vez contraiu uma doença sexualmente transmissível?	Sim	1	0	1
	Não	102	13	115
Total		103	13	116

Tabela 36 - Tabela de Contigência: Contrair Doenças Sexuais/Sintomas Depressivos

Regista-se que 33,33% das adolescentes com sintomas depressivos já engravidou sem desejar.

Já alguma vez engravidou sem desejar?(raparigas) * ClassesCDI

Count

		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
Já alguma vez engravidou sem desejar?(raparigas)	Não se aplica	96	9	105
	Sim	1	2	3
	Não	36	4	40
Total		133	15	148

Tabela 37 - Tabela de Contigência: Engravidou sem Desejar/Sintomas Depressivos

Nenhum dos rapazes com sintomas depressivos já engravidou a sua parceira sem desejar.

A sua parceira já engravidou sem desejar?(rapazes) * ClassesCDI

Count

		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
A sua parceira já engravidou sem desejar?(rapazes)	Não se aplica	54	14	68
	Sim	4	0	4
	Não	62	7	69
Total		120	21	141

Tabela 38 - Tabela de Contigência: Engravidou sem Desejar(Rapazes)/Sintomas Depressivos

A recorrência ao aborto como forma de interromper uma gravidez aconteceu em 10% dos adolescentes com sintomas depressivos.

Já alguma vez recorreu ao aborto para interromper uma gravidez? *
ClassesCDI

Count

		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
Já alguma vez recorreu ao aborto para interromper uma gravidez?	Sim	4	1	5
	Não	91	10	101
Total		95	11	106

Tabela 39 - Tabela de Contigência: Recorrer ao Aborto/Sintomas Depressivos

Quando questionados acerca da frequência de relações sexuais com o parceiro habitual nos últimos três meses, 36,36% dos adolescentes com sintomas depressivos refere que acontece algumas vezes, 18,18% revela fazê-lo frequentemente, a mesma percentagem indica a opção “Várias vezes”, e 27,28% indica que isso nunca acontece.

Com parceiro habitual? * ClassesCDI

Count

		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
13 - O parceiro habitual?	Frequentemente	32	2	34
	Várias vezes	11	2	13
	Algumas vezes	27	4	31
	Raramente	9	0	9
	Nunca	14	3	17
Total		93	11	104

Tabela 40 - Tabela de Contigência: Frequência de Relações com Parceiro Habitual/Sintomas Depressivos

Regista-se que 44,4% dos adolescentes com sintomas depressivos nunca tiveram relações sexuais com um parceiro ocasional nos últimos três meses e a mesma percentagem indica tê-lo feito algumas vezes; 11,1% afirma fazê-lo frequentemente.

Com um parceiro ocasional ? * ClassesCDI

Count

		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
13 - Um parceiro ocasional	Frequentemente	9	1	10
	Várias vezes	7	0	7
	Algumas vezes	14	4	18
	Raramente	13	0	13
	Nunca	29	4	33
Total		72	9	81

Tabela 41 - Tabela de Contigência: Frequência de Relações com Parceiro Ocasional/Sintomas Depressivos

Dos inquiridos, 77,7% nunca recorreu à prostituição nos últimos 3 meses, 22% admitem fazê-lo. Destes, metade fazem-no frequentemente e a outra metade faz várias vezes.

- Recorrendo à prostituição? * ClassesCDI

Count

		ClassesCDI		Total
		Score < 17	Score >= 17	
13 - Recorrendo à prostituição?	Frequentemente	2	1	3
	Várias vezes	0	1	1
	Algumas vezes	4	0	4
	Raramente	1	0	1
	Nunca	75	7	82
Total		82	9	91

Tabela 42 - Tabela de Contigência: Frequência de Relações com Parceiro Habitual/Sintomas Depressivos

Pretendíamos efectuar o Teste T para duas amostras independentes uma vez que “ O teste t para duas amostras independentes aplica-se sempre que se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos (casos) ...”(Pestana, 2003, p.216). Para tal, é necessário primeiro, efectuar o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade. Assim, as hipóteses a testar são, segundo Pestana (2003, p. 247):

H₀: A variável de nível ordinal ou superior tem distribuição normal.

H₁: A variável de nível ordinal ou superior não tem distribuição normal.

Verificamos que o pressuposto da normalidade não é cumprido, ou seja, não tem distribuição normal na medida em que p-value é sempre inferior a 0,05, em quase todos os casos (ver desde a tabela 1 à 4 do anexo 5).

Deste modo, prosseguimos a análise através do teste de Mann-Whitney uma vez que, “Quando se viola a normalidade recorre-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney...”(Pestana, 2003, p. 216).

Ainda segundo Pestana, “Aplicando o teste não paramétrico de Mann-Whitney, as hipóteses são:

H₀: As duas populações são iguais em tendência central.

H₁: As duas populações não são iguais em tendência central”.

Uma vez que $p = ,390$ conclui-se que não existem diferenças significativas entre os adolescentes que têm ou não sintomas depressivos no que respeita aos comportamentos sexuais de risco.

Test Statistics^b

	Índice_ comportamen tal_de_risco
Mann-Whitney U	151,000
Wilcoxon W	2231,000
Z	-,860
Asymp. Sig. (2-tailed)	,390
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,405 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: ClassesCDI

Tabela 43 Teste de Mann-Whitney para o CDI e para o Índice Comportamental de Risco

Verifica-se que existem diferenças significativas ao nível do ter ou não sintomas depressivos no que respeita à opinião acerca de se estiver muito excitado sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será improvável/provável ($p = ,014$).

Test Statistics^a

	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:
Mann-Whitney U	928,000	807,000	812,000	991,500
Wilcoxon W	1138,000	960,000	8072,000	1144,500
Z	-2,455	-1,420	-,210	-,088
Asymp. Sig. (2-tailed)	,014	,156	,834	,930

a. Grouping Variable: ClassesCDI

Tabela 44 Teste de Mann-Whitney

Constata-se a existência de diferenças significativas entre apresentar ou não sintomas depressivos e a opinião sobre a utilização de contracepção será improvável/provável, se o indivíduo tiver uma relação sexual inesperada ($p = ,015$).

Test Statistics^a

	Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:	Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:	Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:	Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:
Mann-Whitney U	857,500	907,500	759,500	856,500
Wilcoxon W	1047,500	1043,500	7662,500	976,500
Z	-2,442	-,224	-1,642	-,362
Asymp. Sig. (2-tailed)	,015	,823	,101	,718

a. Grouping Variable: ClassesCDI

Tabela 45 Teste de Mann-Whitney

Regista-se que existem diferenças significativas ao nível do ter ou não sintomas depressivos no que respeita à opinião acerca de não ter de tomar precauções em relação à SIDA se não tiver relações sexuais com toxicodependentes ou prostitutas/o ($p = ,001$).

Test Statistics^a

	Existem possibilidades de eu contrair SIDA pelos comportamentos sexuais que tenho	Se não tiver relações sexuais com toxicodependentes ou prostitutas/os não tenho de tomar precauções relativamente à SIDA	O uso do preservativo nas relações sexuais vaginais poderá proteger-me contra a SIDA	Se souber que tenho SIDA já não preciso de me proteger utilizando o preservativo	Se tiver relações sexuais anais estou certo/a de que vou ser capaz de utilizar preservativo	Penso que se tiver relações sexuais sou vulnerável em relação à SIDA
Mann-Whitney U	1369,000	1049,000	1569,500	1614,500	1423,500	1353,500
Wilcoxon W	11809,000	11634,000	1845,500	12492,500	11576,500	10669,500
Z	-1,094	-3,451	-,867	-,572	-,715	-,742
Asymp. Sig. (2-tailed)	,274	,001	,386	,567	,474	,458

a. Grouping Variable: ClassesCDI

Tabela 46 Teste de Mann-Whitney

Verifica-se a existência de diferenças significativas entre a apresentação ou não de sintomas depressivos e a opinião sobre a capacidade de evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais ($p= ,037$).

Test Statistics^a

	Se utilizar métodos contraceptivos adequados poderei evitar uma gravidez não desejada	Se não tiver cuidado quando tiver relações sexuais poderá ocorrer uma gravidez	Estou seguro que serei capaz de evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais	Se tiver relações sexuais durante o período menstrual não há risco de ocorrer uma gravidez	Utilizar ou não Utilizar contracepção quando tiver relações sexuais depende de mim	Só engravida quem quer
Mann-Whitney U	1259,500	1506,000	1164,000	1528,000	1384,000	1272,000
Wilcoxon W	1490,500	1759,000	1417,000	11539,000	11537,000	1525,000
Z	-1,114	-,359	-2,088	-,116	-,901	-1,458
Asymp. Sig. (2-tailed)	,265	,719	,037	,908	,368	,145

a. Grouping Variable: ClassesCDI

Tabela 47 Teste de Mann-Whitney

Constata-se que existem diferenças significativas ao nível do ter ou não sintomas depressivos no que respeita às seguintes opiniões: na próxima relação sexual o indivíduo não será, provavelmente, capaz de utilizar contracepção de forma eficaz ($p= ,035$); e se tiver relações sexuais de pé não há tempo para que ocorra uma gravidez não desejada ($p= ,013$).

Test Statistics^a

	Se não utilizar contracepção adequada poderá conter uma gravidez quando tiver relações sexuais	A contracepção é de difícil acesso	Sei que na minha próxima relação sexual, muito provavelmente, não vou ser capaz de utilizar contracepção de uma forma eficaz	Quando tenho relações sexuais, raramente me preocupo com a possibilidade de ocorrer uma gravidez não desejada	Tenho relações sexuais de pé não há tempo para que ocorra uma gravidez não desejada	Mesmo se o meu parceiro/a se chatear por eu falar nisso, sou capaz de insistir na utilização de contracepção quando tivermos relações sexuais
Mann-Whitney U	1362,000	1297,000	1004,000	1213,500	970,000	1428,500
Wilcoxon W	1593,000	11027,000	10595,000	11083,500	10700,000	1659,500
Z	-,548	-,875	-,2108	-,997	-,2471	-,295
Asymp. Sig. (2-tailed)	,584	,381	,035	,319	,013	,768

a. Grouping Variable: ClassesCDI

Tabela 48 Teste de Mann-Whitney

Verifica-se a existência de diferenças significativas por parte dos indivíduos que apresentam ou não sintomas depressivos em relação à opinião sobre conseguir evitar uma gravidez não desejada mesmo se acontecer uma relação sexual numa altura em que não esteja à espera ($p = ,027$).

Test Statistics^a

	Com o coito interrompido poderei evitar uma gravidez não desejada	Será muito pouco provável que consiga utilizar contracepção quando tiver relações sexuais	Mesmo se acontecer uma relação sexual numa altura em que não esteja à espera vou conseguir evitar uma gravidez não desejada	O método que utilizo é eficaz para evitar uma gravidez	Se utilizar métodos contraceptivos posso prejudicar a minha saúde	A utilização de contracepção é uma responsabilidade de ambos os elementos do casal
Mann-Whitney U	1231,500	1123,500	1048,500	1331,000	1173,000	1421,500
Wilcoxon W	10547,500	11276,500	1279,500	1562,000	11043,000	1652,500
Z	-1,044	-1,904	-2,208	-,637	-1,302	-,289
Asymp. Sig. (2-tailed)	,297	,057	,027	,524	,193	,773

a. Grouping Variable: ClassesCDI

Tabela 49 Teste de Mann-Whitney

Com o intuito de relacionar os comportamentos sexuais de risco com os resultados obtidos nos sintomas depressivos e, para verificar se existe associação entre estes, efectuou-se o teste de Spearman.

Assim, verifica-se a opinião acerca de que se o indivíduo estiver excitado sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será improvável/provável está associada ao apresentar ou não sintomas depressivos ($p = ,014$). O ρ de Spearman indica que esta correlação é fraca e inversa ($-,198$).

Correlations

			Classes CDI	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:
Spearman's rho	Classes CDI	Correlation Coefficient	1,000	-,198*	-,123	,018	-,008
		Sig. (2-tailed)	.	,014	,156	,835	,930
	N	173	154	134	134	135	
	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Correlation Coefficient	-,198*	1,000	,633**	,589**	,463**
		Sig. (2-tailed)	,014	.	,000	,000	,000
	N	154	264	229	229	231	
	Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Correlation Coefficient	-,123	,633**	1,000	,423**	,622**
Sig. (2-tailed)		,156	,000	.	,000	,000	
N	134	229	236	228	230		
Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Correlation Coefficient	,018	,589**	,423**	1,000	,320**	
	Sig. (2-tailed)	,835	,000	,000	.	,000	
N	134	229	228	234	229		
Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais a utilização do preservativo será:	Correlation Coefficient	-,008	,463**	,622**	,320**	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,930	,000	,000	,000	.	
N	135	231	230	229	236		

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 50 Tabela de correlações

Verifica-se que a opinião no que respeita a não tomar precauções em relação à SIDA se não tiver relações sexuais com toxicod dependentes ou prostitutas/os está

relacionada com facto de apresentar ou não sintomas depressivos (,000). Contudo, esta correlação é fraca (,267).

Correlations

		Classes CDI7a17anos	Existem possibilidades de eu contrair SIDA pelos comportamentos sexuais que tenho	Se não tiver relações sexuais com toxicodependentes ou prostitutas/os não tenho de tomar precauções relativamente à SIDA	O uso do preservativo nas relações sexuais vaginais poderá proteger-me contra a SIDA	Se souber que tenho SIDA já não preciso de me proteger utilizando o preservativo	
Spearman's rho	Classes CDI7a17anos	Correlation Coefficient	1,000	,085	,267**	-,067	,044
		Sig. (2-tailed)	.	,275	,000	,388	,569
		N	173	166	168	170	170
	Existem possibilidades de eu contrair SIDA pelos comportamentos sexuais que tenho	Correlation Coefficient	,085	1,000	,173**	-,047	,169**
		Sig. (2-tailed)	,275	.	,004	,439	,005
		N	166	278	275	277	276
Se não tiver relações sexuais com toxicodependentes ou prostitutas/os não tenho de tomar precauções relativamente à SIDA	Correlation Coefficient	,267**	,173**	1,000	-,119*	,359**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,004	.	,048	,000	
	N	168	275	279	278	277	
O uso do preservativo nas relações sexuais vaginais poderá proteger-me contra a SIDA	Correlation Coefficient	-,067	-,047	-,119*	1,000	-,169**	
	Sig. (2-tailed)	,388	,439	,048	.	,004	
	N	170	277	278	285	284	
Se souber que tenho SIDA já não preciso de me proteger utilizando o preservativo	Correlation Coefficient	,044	,169**	,359**	-,169**	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,569	,005	,000	,004	.	
	N	170	276	277	284	285	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 51 Tabela de correlações

Verifica-se que a opinião acerca da capacidade para evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais está relacionada com facto de apresentar ou não sintomas depressivos ($p = ,036$). Uma vez mais, a correlação é fraca e inversa (r_{de Spearman} = $-,164$).

Correlations

		Classes CDI	Se utilizar métodos contraceptivos adequados poderei evitar uma gravidez não desejada	Se não tiver cuidado quando tiver relações sexuais poderá ocorrer uma gravidez	Estou seguro que serei capaz de evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais	Se tiver relações sexuais durante o período menstrual não há risco de ocorrer uma gravidez	
Spearman's rho	Classes CDI	Correlation Coefficient	1,000	-,089	-,028	-,164*	,009
		Sig. (2-tailed)	.	,267	,720	,036	,908
		N	173	156	164	163	163
	Se utilizar métodos contraceptivos adequados poderei evitar uma gravidez não desejada	Correlation Coefficient	-,089	1,000	,501**	,469**	-,105
		Sig. (2-tailed)	,267	.	,000	,000	,093
		N	156	266	263	260	257
	Se não tiver cuidado quando tiver relações sexuais poderá ocorrer uma gravidez	Correlation Coefficient	-,028	,501**	1,000	,288**	-,081
		Sig. (2-tailed)	,720	,000	.	,000	,189
		N	164	263	275	271	266
	Estou seguro que serei capaz de evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais	Correlation Coefficient	-,164*	,469**	,288**	1,000	,018
		Sig. (2-tailed)	,036	,000	,000	.	,772
		N	163	260	271	272	265
	Se tiver relações sexuais durante o período menstrual não há risco de ocorrer uma gravidez	Correlation Coefficient	,009	-,105	-,081	,018	1,000
		Sig. (2-tailed)	,908	,093	,189	,772	.
		N	163	257	266	265	267

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 52 Tabela de correlações

Verifica-se que a opinião sobre conseguir evitar uma gravidez não desejada mesmo que a relação sexual aconteça numa altura inesperada, está relacionada com o apresentar ou não sintomas depressivos ($p = ,027$). A correlação existente é fraca (r de Spearman = $-,175$).

Correlations

		Classes CDI7a17anos	Com o coito interrompido poderei evitar uma gravidez não desejada	Será muito pouco provável que consiga utilizar contraceção quando tiver relações sexuais	Mesmo se acontecer uma relação sexual numa altura em que não esteja à espera vou conseguir evitar uma gravidez não desejada	O método que utilizo é eficaz para evitar uma gravidez	
Spearman's rho	Classes CDI7a17anos	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 . 173	,084 ,298 157	,150 ,057 163	-,175* ,027 161	-,051 ,526 159
	Com o coito interrompido poderei evitar uma gravidez não desejada	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,084 ,298 157	1,000 . 259	,117 ,060 258	,170** ,006 255	-,023 ,717 253
	Será muito pouco provável que consiga utilizar contraceção quando tiver relações sexuais	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,150 ,057 163	,117 ,060 258	1,000 . 269	-,171** ,005 264	-,202** ,001 262
	Mesmo se acontecer uma relação sexual numa altura em que não esteja à espera vou conseguir evitar uma gravidez não desejada	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,175* ,027 161	,170** ,006 255	-,171** ,005 264	1,000 . 266	,434** ,000 258
	O método que utilizo é eficaz para evitar uma gravidez	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,051 ,526 159	-,023 ,717 253	-,202** ,001 262	,434** ,000 258	1,000 . 263

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 53 Tabela de correlações

Com o intuito de relacionar os comportamentos sexuais de risco com o género, idade e grau de instrução efectuou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar se as variáveis provêm duma população com distribuição normal. Segundo Maroco (2003; p. 112) as hipóteses a testar são:

$$H_0: X \sim N(\mu; \sigma) \text{ vs. } H_1: X \neq N(\mu; \sigma)$$

Assim, a hipótese nula consiste em testar se a variável género provém duma população com distribuição normal com determinados parâmetros μ e σ .

Uma vez que a significância do teste ($p\text{-value} = 0,000$) é menor que o alpha (0,05), rejeita-se a hipótese nula para as três variáveis em análise, isto é, o género, a idade e o grau de instrução não provêm duma população com distribuição normal (ver a tabela 1 do anexo 7 – A).

Deste modo, prosseguiu-se a análise com o teste de Spearman na medida em que este é o teste alternativo para testar a correlação quando não se verifica a normalidade.

Neste caso as hipóteses a testar são:

H_0 : Não existe correlação entre as variáveis Índice comportamental de risco e o género.

H_1 : Existe correlação entre as variáveis Índice comportamental de risco e o género.

Como se constata a partir da tabela 52, o Índice comportamental de risco e sexo não estão associados na medida em que se adopta a hipótese nula ($p = ,866$). De igual modo, nem a idade nem o grau de instrução se encontram relacionados com o Índice em análise (ver as tabelas 53 e 54).

Correlations

			Índice_ comportamen tal_de_risco	Sexo
Spearman's rho	Índice_comportamental_ de_risco	Correlation Coefficient	1,000	-,015
		Sig. (2-tailed)	.	,866
		N	125	125
	Sexo	Correlation Coefficient	-,015	1,000
		Sig. (2-tailed)	,866	.
		N	125	288

Tabela 54 – Tabela de Correlações (Índice Comportamental/Sexo)

Correlations

			Idade	Índice_ comportamen tal_de_risco
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	,017
		Sig. (2-tailed)	.	,851
		N	288	125
	Índice_comportamental_ de_risco	Correlation Coefficient	,017	1,000
		Sig. (2-tailed)	,851	.
		N	125	125

Tabela 55 - Tabela de Correlações (Índice Comportamental/Idade)

Correlations

			Índice_ comportamen tal_de_risco	Qual o ano escolar que frequenta?
Spearman's rho	Índice_comportamental_ de_risco	Correlation Coefficient	1,000	-,068
		Sig. (2-tailed)	.	,464
		N	125	119
	Qual o ano escolar que frequenta?	Correlation Coefficient	-,068	1,000
		Sig. (2-tailed)	,464	.
		N	119	270

Tabela 56 - Tabela de Correlações (Índice Comportamental/Ano escolar)

Contudo, prosseguimos a análise com o intuito de verificar, de modo específico, quais os comportamentos de risco que se encontram associados ao género, à idade e ao grau de instrução. Para tal, pretendeu-se recorrer à análise factorial (para agrupar as variáveis uma vez que são em grande número).

Segundo Pestana (2003, p. 505), “O KMO e o teste de Bartlett são dois procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise factorial. ...O KMO perto de 1 indica coeficientes de correlação parciais pequenos, enquanto valores próximos de zero indica que a análise factorial pode não ser uma boa ideia, porque existe uma correlação fraca entre as variáveis.”.

Assim, tendo em conta que o valor de KMO é de ,066 (ver a tabela 2 do anexo 7 – A), a análise factorial seria inaceitável uma vez que a correlação é fraca o que indicia que é pouco provável que partilhem factores comuns.

Por esta razão optou-se por seleccionar as variáveis que representam comportamentos de maior risco.

Efectuou-se o teste de Spearman e verificámos que a variável Sexo se encontra associada com as seguintes variáveis: “se tiver um único parceiro/a sexual, não preciso de me proteger em relação à SIDA” ($p = ,015$ e $Ró$ de Spearman = $-,144$); “estou seguro/a de que mesmo que o meu parceiro/a não queira utilizar o preservativo quando tiver relações sexuais, serei capaz de insistir com ele” ($p = ,001$ e $Ró$ de Spearman = $,203$); “se estiver a utilizar outro método contraceptivo quando tiver relações sexuais não utilizarei o preservativo” ($p = 0,21$ e $Ró$ de Spearman = $-,138$); “se o meu parceiro/a quiser ter relações sexuais sem utilizar o preservativo, vai-me ser difícil dizer que não quero” ($p = ,000$ e $Ró$ de Spearman = $-,264$); “vou ter dificuldades em utilizar o preservativo quando tiver relações sexuais” ($p = ,046$ e $Ró$ de Spearman = $-,120$); “se conhecer bem o meu parceiro/a não preciso de utilizar o preservativo para evitar contrair SIDA” ($p = ,033$ e $Ró$ de Spearman = $-,129$); “se tiver relações sexuais orais estou certo/a que, se quiser, vou ser capaz de utilizar um preservativo” ($p = ,012$ e $Ró$ de Spearman = $,152$); “se realmente gostar do meu parceiro/a não preciso de utilizar o

preservativo nas relações sexuais com ele/ela” ($p = ,024$ e $Ró$ de Spearman = $-,136$); “a utilização de contracepção na próxima relação sexual com o meu parceiro/a habitual será improvável/provável” ($p = ,017$ e $Ró$ de Spearman = $,149$); “se não tiver contracepção disponível e tiver oportunidade de ter uma relação sexual, essa relação será improvável/provável” ($p = ,000$ e $Ró$ de Spearman = $-,263$), e disparatada/sensata ($p = ,005$ e $Ró$ de Spearman = $-,184$); “quando se tem relações sexuais pela primeira vez não se corre o risco de engravidar” ($p = ,025$ e $Ró$ de Spearman = $-,135$); “utilizar ou não utilizar contracepção quando tiver relações sexuais vai depender do meu parceiro” ($p = ,000$ e $Ró$ de Spearman = $-,292$); “será muito pouco provável que consiga utilizar contracepção quando tiver relações sexuais” ($p = ,004$ e $Ró$ de Spearman = $-,176$); “quando tenho relações sexuais, raramente me preocupo com a possibilidade de ocorrer uma gravidez não desejada” ($p = ,018$ e $Ró$ de Spearman = $-,144$); “tenho relações de pé não há tempo para que ocorra uma gravidez não desejada” ($p = ,029$ e $Ró$ de Spearman = $-,134$); “não sei como vou conseguir obter contracepção para quando tiver relações sexuais” ($p = ,007$ e $Ró$ de Spearman = $-,165$) (Ver da Tabela 3 até à 11 do Anexo 7 – A).

Constatou-se (Ver da Tabela 12 até à 20 do Anexo 7 – A) que a variável idade se encontra associada às seguintes variáveis: “quando tiver relações sexuais vaginais a utilização do preservativo será improvável/provável” ($p = ,027$ e $Ró$ de Spearman = $-1,35$); “a utilização de contracepção na próxima relação sexual será disparatada/sensata” ($p = ,047$ e $Ró$ de Spearman = $,131$); “quando se tem relações sexuais pela primeira vez não se corre o risco de engravidar” ($p = ,010$ e $Ró$ de Spearman = $-,155$); “tenho relações sexuais de pé não há tempo para que ocorra uma gravidez não desejada” ($p = ,006$ e $Ró$ de Spearman = $-,168$); “quando tenho relações sexuais acho que estou a correr o risco de que ocorra uma gravidez não desejada” ($p = ,037$ e $Ró$ de Spearman = $-,127$);

“a possibilidade de acontecer uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais está fora do meu controlo” ($p = ,026$ e $Ró$ de Spearman = $-,136$); “não sei como vou conseguir obter contraceção para quando tiver relações sexuais” ($p = ,030$ e $Ró$ de Spearman = $-,132$); “a gravidez não desejada só acontece aos outros” ($p = ,024$ e $Ró$ de Spearman = $-,136$); “não há o risco de engravidar sem querer porque tenho relações sexuais poucas vezes” ($p = ,028$ e $Ró$ de Spearman = $-,133$).

Verificou-se também a existência de associação entre a variável grau de instrução e as seguintes variáveis: “quando tiver relações sexuais orais a utilização do preservativo será improvável/provável” ($p = ,004$ e $Ró$ de Spearman = $-,182$); “se o meu parceiro tiver bom aspecto não preciso de utilizar preservativo numa relação sexual” ($p = ,018$ e $Ró$ de Spearman = $-,146$); “se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais, não vou ser capaz de parar e colocar o preservativo” ($p = ,023$ e $Ró$ de Spearman = $-,141$); “não sei se vou conseguir evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais” ($p = ,011$ e $Ró$ de Spearman = $-,157$); “tenho relações sexuais de pé não há tempo para que ocorra uma gravidez não desejada” ($p = ,005$ e $Ró$ de Spearman = $-,178$); “quando tenho relações sexuais acho que estou a correr o risco de que ocorra uma gravidez não desejada” ($p = ,001$ e $Ró$ de Spearman = $-,201$); “a possibilidade de acontecer uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais está fora do meu controlo” ($p = ,001$ e $Ró$ de Spearman = $-,211$); “não sei como vou conseguir obter contraceção para quando tiver relações sexuais” ($p = ,001$ e $Ró$ de Spearman = $-,205$); “não há o risco de engravidar sem querer porque tenho relações sexuais poucas vezes” ($p = ,003$ e $Ró$ de Spearman = $-,182$) (Ver da Tabela 21 até à 30 do Anexo 7 – A).

Segundo Pestana (2003, p. 186), “O coeficiente $Ró$ de Spearman varia entre -1 e 1 . Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação linear entre as

variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável”. Deste modo, regista-se que apesar de haver correlação, esta é fraca.

Discussão dos Resultados

A adolescência é uma das etapas do desenvolvimento humano caracterizada por alterações físicas, psíquicas e sociais. As dimensões psicológicas e sociais são vivenciadas de maneira diferente em cada sociedade, em cada geração, em cada família e em cada indivíduo. Assim, a adolescência torna-se um período que suscita uma permanente investigação. De facto, este é um período com uma riqueza extrema que impele à curiosidade e à investigação de todos nós. Esta necessidade de investigação torna-se particularmente importante quando se interage diariamente com adolescentes. Na sua vivência quotidiana, os adolescentes experienciam um conjunto complexo de contextos que os motiva à descoberta de si, do mundo e dos outros. Neste percurso, confrontam-se com uma das dimensões mais importantes e, ao mesmo tempo mais complexa, - a sexualidade.

Na vivência actual da sexualidade, os adolescentes interagem constantemente com elementos positivos e negativos, ou seja, não só se confrontam com algo que os estruturará enquanto pessoas, mas também com diversos perigos que podem colocar em causa a sua integridade física e psíquica. De facto, vivemos num mundo onde a sexualidade está rodeada de diversos alertas que por si só vão colocar limites, fronteiras e novas responsabilidades à sexualidade adolescente.

Apesar dos adolescentes cada vez mais terem acesso à informação sobre vários núcleos da sua sexualidade, isso não implica que os comportamentos preventivos sejam na realidade efectivos e interiorizados. Na realidade, algumas estatísticas, acompanhadas pela prática diária dos profissionais da saúde e da educação, demonstram que existem comportamentos sexuais na adolescência que são alvo de preocupação. Foi, justamente, esta preocupação que motivou este trabalho. Quem se lida diariamente com

adolescentes, não consegue ficar alheio às diversas contingências, complexidades e contradições que envolvem a sexualidade adolescente. Se, por um lado, os adolescentes descrevem correctamente a informação que lhes foi transmitida face à sexualidade e saúde reprodutiva, por outro, revelam comportamentos que contrariam o seu conhecimento. Esta dissonância tem sido constantemente explorada pela investigação e é possível ter acesso a vários dados que nos avançam algumas explicações. Porém, não é possível ter a pretensão de considerar que a investigação está terminada. Assim, este trabalho surgiu como mais um possível contributo para o conhecimento da sexualidade adolescente no que concerne aos comportamentos sexuais de risco.

Em primeiro lugar, é conveniente mencionar que esta investigação confrontou-se com algumas contingências. Uma dessas contingências centrou-se na abertura que as nossas instituições têm relativamente à sexualidade adolescente. Apesar de ser um tema a que todos damos particular destaque, algumas escolas manifestaram receios sobre a reacção dos pais. De facto, esta amostra poderia ter sido mais diversificada mas as contingências morais e sociais sobrepuseram-se à importância e pertinência da investigação.

Em segundo lugar, esta faixa etária nem sempre responde a inquéritos de uma forma clara e totalmente ajustada à realidade diária. Apesar dos adolescentes terem sido advertidos que os inquéritos eram anónimos e confidenciais, alguns procuraram a resposta socialmente correcta porque se sentiram avaliados. Este facto permite-nos concluir que mesmo que os adolescentes não interiorizem e pratiquem comportamentos preventivos, eles têm alguma percepção dos erros e riscos implicados na sua sexualidade. Apesar de tudo, é importante realçar que muitos dos resultados obtidos, independentemente de apresentarem algumas percentagens que merecem a nossa preocupação, foram positivos. Em algumas questões centrais face ao risco, os

adolescentes manifestaram uma clara percepção da necessidade e importância de adoptar comportamentos preventivos.

De acordo com os resultados, verificou-se que a grande maioria dos adolescentes da amostra (75,35%) já tiveram relações sexuais. Neste âmbito, constatou-se que a partir dos 16 anos mais de metade da amostra afirma já ter tido relações sexuais. Aqui, surgiu uma dificuldade conceptual: o termo relações sexuais. De facto ela parece um pouco vaga porque não explicita e/ou inclui o termo coito. Porém, esta dificuldade conceptual não se constituiu como um enviesamento aos resultados. Este questionário foi aplicado à população adolescente num estudo de Nuno Nodim e aí não houve qualquer referência a eventuais leituras dúbias por parte dos inquiridos. Na aplicação do questionário na presente investigação, percebeu-se, pelas respostas consequentes, que os adolescentes consideraram o termos relação e coito tal como pretendíamos.

Na sequência do anteriormente exposto, verificou-se que existe uma equivalência entre os inquiridos com um parceiro actual fixo (50,5%) e os que não o têm (49,5%). Dentro dos que apresentam um parceiro actual fixo, a maioria tem uma relação efémera, ou seja, inferior a um ano (43,88%). O género feminino é o que apresenta uma maior percentagem de adolescentes que mantêm um parceiro actual fixo (70% do género feminino inquirido). Deste modo, verifica-se que o género masculino tem relações menos duradouras com as suas parceiras sexuais (61% dos rapazes afirmam não ter um parceiro fixo actual). Aqui, surgiu-nos um elemento que pode ser alvo dos contextos de risco, ou seja, pelos resultados apresentados, pode-se concluir que os adolescentes mantêm relações efémeras e esse facto poderá contribuir para um potenciar do risco. Aqui, não só se coloca em causa o risco físico, mas particularmente o “risco psicológico”. A efemeridade das relações poderá conduzir a uma vivência relacional complexa e pouco estruturada. Esta questão assume ainda uma maior

importância se a relacionarmos com os resultados obtidos sobre a existência de parceiros ocasionais.

No que diz respeito aos parceiros ocasionais, 26,7% dos adolescentes afirmaram que tinham parceiros ocasionais. Quando se questionou quantos parceiros ocasionais tiveram durante o último mês, a maioria respondeu que teve um (36,4%). Contudo, é de salientar que 12,1% tiveram vários parceiros sexuais. Este último facto demonstra que existe uma parte considerável de adolescentes que tiveram comportamentos com um grau “elevado” de risco.

Curiosamente, ainda em relação à questão anterior, são as adolescentes do sexo feminino que mais parceiros ocasionais têm (27% têm mais de 3 parceiros). Já no género masculino só 8% destes assumem terem tido relações com vários parceiros ocasionais no último mês.

Aferiu-se também que na actividade sexual relativa aos últimos três meses, a maioria dos adolescentes manifesta o bom senso da utilização do preservativo (63,68%), visto que é o único método contraceptivo que previne o contágio de doenças sexualmente transmissíveis. Aliás, constatou-se que o preservativo é o método contraceptivo mais utilizado pelos adolescentes (55,72%). Contudo, 9,45% dos inquiridos afirma que raramente utiliza o preservativo e 6,97% afirma nunca ter utilizado; verifica-se assim um comportamento sexual de risco. Torna-se, também, relevante mencionar que no caso de já se encontrarem prevenidos com outros métodos contraceptivos, apenas 36,7% dos adolescentes afirmou que se deviam proteger com o preservativo, ou seja, a maioria justifica que não há necessidade de fazer uso do mesmo visto que está a utilizar outro método.

Apesar de 63.68% dos adolescentes terem afirmado que na sua actividade sexual utilizavam preservativo, surgem, em comparação, dados preocupantes quando se questionou face à protecção nos diferentes tipos de actividade praticada. 66,9% responderam que a utilização do preservativo nas relações vaginais era muito provável. Porém, 40,6% afirmaram ser muito improvável a utilização do preservativo nas relações orais e, comparativamente ao primeiro resultado apresentado, só 49,25 afirmaram que seria muito provável o seu uso nas relações sexuais anais. Pelo exposto, assiste-se a um contraste face à importância do uso do preservativo e a sua global função, ou seja, dos resultados apresentados pode-se concluir que os adolescentes associam o uso do preservativo à contracepção, secundarizando a sua função protectora face ao HIV. Em suma: consideram-no importante na contracepção mas quando inquiridos face ao sexo oral ou anal, não manifestam intenções percentuais tão elevadas no seu efectivo uso. Acresce ainda o facto de que mesmo quando o preservativo é usado, não existem garantias que o seja correctamente. Curiosamente, e em contraste, 69.4% discordaram totalmente do facto de não se tomar precauções (uso do preservativo) para evitar ser infectado pelo vírus da SIDA.

É importante referir que se verificou que a maioria dos adolescentes afirma não se encaixar no perfil das pessoas que contraem o HIV. Este facto poderá estar relacionado com o cliché de que só através da prostituição e da toxicoddependência há contaminação. Também, nesta linha de pensamento, temos que os adolescentes compreendem que no facto de se ter múltiplos parceiros, há um risco inerente e, deste modo, há necessidade de se protegerem (77,1%).

Um outro resultado interessante centra-se na ligação entre os elementos “álcool e drogas” com o uso do preservativo. Na amostra, apenas 33,1% manifestou ser capaz de usar o preservativo sobre o efeito de álcool ou drogas. Estes resultados levam-nos a

considerar que existe uma forte probabilidade de haver uma ligação entre o consumo de álcool e drogas e a ocorrência de comportamentos sexuais de risco. De facto, apenas 33,1% consideraram ser capazes de utilizar o preservativo sob o efeito de álcool ou drogas. Esta consideração pode ser lida da seguinte forma: muitos adolescentes manifestam a consciência de que é provável que talvez não consigam utilizar o preservativo se estiverem alcoolizados ou sob o efeito de drogas. Estes resultados não podem efectivamente ser testados neste estudo porque não possuímos dados suficientes, mas abrem uma outra via de investigação sobre os comportamentos sexuais de risco na adolescência.

Numa outra vertente da sexualidade adolescente, abordámos a gravidez não desejada. Do total dos adolescentes, 42,7% discordou completamente com o não conseguir evitar uma gravidez não desejada. Das adolescentes inquiridas, 26,7% afirmam nunca terem tido uma gravidez indesejada e apenas 2,1% referem já ter passado pela experiência de engravidar sem o desejar. No que respeita à amostra do sexo masculino, 42% indica que a sua parceira nunca engravidou sem desejar e 3,5% refere que a sua parceira já foi alvo de uma gravidez indesejada. Porém, só 44,4% dos adolescentes afirmou ter utilizado sempre um método contraceptivo nas actividades sexuais com o seu parceiro, nos últimos três meses. A comparação destes dados pode levar-nos a erguer a seguinte hipótese: apesar de termos uma baixa percentagem relativamente à gravidez indesejada, a sua futura ocorrência é altamente provável. Queremos, portanto, afirmar que o facto de apenas 44,4% utilizar métodos contraceptivos eleva a probabilidade de ocorrer uma gravidez não desejada.

Em relação à frequência de relações sexuais com o parceiro habitual, nos últimos três meses, 34,69% refere fazê-lo frequentemente. Notam-se algumas diferenças neste campo entre ambos os sexos, mas não muito salientes. Após o cruzamento de

alguns dados, constata-se que 31% dos rapazes responde frequentemente a esta questão e 40% das raparigas têm a mesma resposta. No que diz respeito a nunca ter tido relações sexuais com o parceiro habitual nos últimos três meses, encontra-se um valor de 14% para os rapazes e de 9% para as raparigas.

A prostituição foi uma fonte de relações sexuais pouco procurada, pois 92,35% da amostra afirma nunca o ter feito nos últimos três meses. Com percentagens muito idênticas, entre os 2% e os 3%, estão os alunos que dizem ter recorrido algumas vezes e frequentemente à prostituição, nos últimos três meses, para manter relações sexuais. Deste modo, verifica-se que é uma prática pouco comum entre as idades desta amostra, havendo muito poucos a fazê-lo. Estes resultados eram bastante expectável dado o contexto social actual. Na realidade, recorrer à prostituição é uma prática que não corresponde às convicções actuais dos adolescentes. As sucessivas mudanças face aos contextos morais que envolvem a sexualidade adolescente, criaram um ambiente mais facilitador das relações sexuais. Na prática diária, os adolescentes assumem que a sua sexualidade ocorre com outros adolescentes e que o recurso à prostituição já não se justifica.

No que diz respeito à existência de sintomas depressivos nos adolescentes inquiridos, verificou-se que 13,29% dos mesmos apresentam esse tipo de indícios. Estes resultados aproximam-se e confirmam estudos anteriores em que de detectaram 13% (2002) e 11,2% (2004) de adolescentes com sintomas depressivos.³³

No sentido de encontrar as principais características dos adolescentes no contexto da depressão, verificou-se que as raparigas apresentam um valor superior ao dos rapazes (8% em comparação com 5%). A idade de maior incidência destes sintomas é a dos 16 anos, embora esteja entre os 14 e os 17. É importante notar que é nesta fase que os adolescentes tomam contacto com o seu corpo e se apercebem de determinadas

diferenças e concepções sociais que os podem levar a não gostar daquilo que são. É um período complexo, pois é nesta fase que o adolescente vai definir a sua identidade e a sua forma de interagir com a sociedade. Neste período do desenvolvimento humano, a existência destes sintomas deve ser diagnosticada e acompanhada para que, no futuro, não existam riscos acrescidos de depressões mais graves.

Neste contexto, evidencia-se o facto de que 67% dos alunos que vivem com a mãe e o padrasto e 40% dos que vivem apenas com a mãe e os irmãos têm um índice significativo de sintomas depressivos. Estes valores são de salientar, na medida em que mostram que a composição do agregado familiar pode assumir uma extrema importância no contexto da depressão na adolescência. Para este tema específico seria interessante e de relevo um estudo mais aprofundado.

Quando se comparou o índice de depressão com as variáveis dos comportamentos sexuais verificou-se que dos adolescentes que afirmaram terem tido relações sexuais, apenas 11% apresentam sintomas de depressão. Deste modo, pode-se concluir que existem vários indivíduos com sintomas depressivos ainda não tiveram a sua primeira experiência sexual. Porém, verificou-se que 52% dos adolescentes que apresentaram sintomas depressivos, já tiveram relações sexuais.

Neste contexto, tornou-se também claro que os indivíduos com sintomas depressivos são os que têm relações mais efémeras, isto é, existe uma maior tendência para ter sintomas depressivos quando os alunos não têm parceiros sexuais fixos ou vice-versa. De facto, 83,3% dos adolescentes que apresentaram sintomas depressivos, não possuem um parceiro actual fixo e 61,5% costumam ter parceiros ocasionais. Estes resultados permitem-nos concluir que os adolescentes com sintomas depressivos podem ter mais probabilidade em ter parceiros ocasionais. Este facto pode ser explicado pelas dificuldades de interacção que alguns sintomas depressivos acarretam. A sintomatologia

depressiva pode criar determinadas inibições que criam no adolescente deprimido dificuldades de confiança e relacionamento com o outro; estas dificuldades podem estender-se ao relacionamento sexual. Esta interpretação dos resultados vai ao encontro da abordagem que foi apresentada na Introdução. A baixa auto-estima, muito presente na sintomatologia depressiva, está ligada à multiplicidade de parceiros.^{38,39}

No nosso estudo surge um outro factor aliado à multiplicidade de parceiros, a utilização de contracepção nos adolescentes com sintomas depressivos. 40% dos adolescentes com sintomas depressivos afirmou que não costuma utilizar regularmente métodos anticoncepcionais. Destes, 20% nunca utiliza. Assim, os adolescentes com sintomas depressivos não só manifestam uma maior tendência para não ter parceiros fixos, como também evidenciam comportamentos de risco face ao uso de contracepção. É ainda de destacar que 10% destes adolescentes referiu que utiliza como método contraceptivo o “coito interrompido”.

Perante estes dados, correlacionaram-se as várias variáveis de forma a aferir se existiria ou não uma correlação entre comportamentos sexuais de risco e sintomas depressivos. Assim, o cruzamento de dados foi uma ferramenta de extrema importância nesta análise, de modo a perceber se os sintomas depressivos identificados nestes alunos se constituíam como a explicação de alguns comportamentos sexuais de risco desta amostra. A relação encontrada, em termos de correlação, não foi muito forte, o que significa que não há uma influência directa em ter um comportamento sexual de risco, promovido por eventuais sintomas depressivos. Porém, quando isolámos os grupos “com sintomas depressivos”/“sem sintomas depressivos” surgiram alguns comportamentos sexuais com diferenças significativas. Verificou-se que existem diferenças significativas no que respeita à opinião acerca da utilização do preservativo se estiver muito excitado, a utilização da contracepção numa relação sexual inesperada,

precauções em relação à SIDA, evitar uma gravidez não desejada e capacidade de utilizar eficazmente a contracepção.

Estas diferenças apelam para o facto de um próximo estudo se centrar num estudo comparativo. A dificuldade em estabelecer uma correlação não só decorre das contingências da aplicação de uma correlação, assim como da complexidade que existe na sexualidade adolescente e nos sintomas depressivos na adolescência. Apesar de outros estudos terem detectado uma associação entre comportamentos sexuais de risco na adolescência e sintomas depressivos, o facto é que não o fizeram nos mesmos termos e com os mesmos instrumentos que foram aplicados no nosso estudo. Acresce ainda a circunstância de que alguns estudos introduziram as variáveis álcool e drogas nos adolescentes com sintomas depressivos. Concretamente, é-nos apresentada uma relação directa entre o facto de não usar o preservativo e o nível de gravidade da depressão. Pelo exposto, podemos supor que sem as variáveis álcool e consumo de drogas, os comportamentos sexuais de risco podem não estar tão associados aos sintomas depressivos. Dever-se-á também referir que a nossa escala para aferir a sintomatologia depressiva não permite uma clara definição da gravidade da depressão. Assim, a ligação entre a gravidade dos sintomas e os comportamentos sexuais de risco não foi contemplada.

No contexto da depressão e da sexualidade adolescente, é importante referir que existem estudos que nos alertam para a dificuldade de estabelecer uma ordem na tríade sexo, drogas e depressão.⁴⁸ Esta dificuldade prende-se com a seguinte questão: será possível estabelecer umnexo causal entre o consumo de drogas e o comportamento sexual com a depressão, ou a depressão é que está na origem dos comportamentos sexuais de risco e no consumo de drogas.

Aqui, é importante salientar que ao elaborarmos uma correlação no nosso estudo, tornou-se difícil identificar o ponto de origem; acresce ainda o facto de que a correlação não se demonstrou estatisticamente significativa. Na realidade, a correlação de diversos factores constituiu-se como um “elemento de dispersão” difícil de ultrapassar. Em investigações futuras será mais prudente elaborar uma comparação. Uma conclusão parece clara: pode existir uma eventual relação entre os comportamentos de risco e a depressão na adolescência; porém, resta-nos perceber se um desses comportamentos de risco é o comportamento sexual de risco. O que pode surgir desta questão é o facto de que os comportamentos de risco podem ter que estar presentes nos adolescentes deprimidos para que haja uma tendência para ter comportamentos sexuais de risco.

De acordo com algumas investigações, a depressão e os comportamentos sexuais de risco surgem associados ao consumo de drogas. Assim, os adolescentes que não consomem drogas e não têm actividade sexual, apresentam baixos índices de depressão; por outro lado, os adolescentes que tiveram actividade sexual aliada ao consumo de droga, apresentaram um maior índice de risco e de depressão. Talvez os nossos resultados fossem diferentes se não tivéssemos optado por não introduzir as drogas e o álcool. Os autores do estudo citado apontam para um termo interessante: sugerem o termo mediação em vez do de causa, ou seja, os comportamentos sexuais e o consumo de drogas são elementos que assumem um papel mediador (*mediating role*) no desenvolvimento da depressão.

Existe também um outro elemento que pode tornar os adolescentes mais propensos à depressão- o envolvimento romântico. Alguns estudos, advertem-nos que o facto de haver um envolvimento romântico entre dois adolescentes pode torná-los mais propensos à experiência da depressão. ⁴⁹

Pelo exposto, somos mais uma vez impelidos a continuar a nossa investigação em torno deste tema. Apesar de não se ter verificado uma correlação entre comportamentos sexuais de risco e sintomas depressivos na adolescência, atingimos grande parte dos nossos objectivos. Foi possível caracterizar os comportamentos sexuais dos adolescentes, assim como os comportamentos sexuais dos adolescentes com sintomas depressivos. Do mesmo modo, foi importante termos dados actualizados face aos comportamentos sexuais de risco na adolescência.

Uma das conclusões mais importantes deste estudo é a necessidade de intervir junto dos adolescentes de modo a educar para a sexualidade. Esta educação e acompanhamento tornam-se ainda mais importantes quando estamos perante um adolescente com sintomas depressivos. Neste grupo de adolescentes estamos advertidos para o facto de que os sintomas depressivos não excluem a possibilidade da ocorrência de comportamentos sexuais de risco. Embora a ordem do aparecimento dos sintomas depressivos e dos comportamentos sexuais de risco não esteja clara, o facto é que este grupo constitui-se como um elemento de urgente intervenção.

Conclusão

Todos os comportamentos sexuais, sejam eles de risco ou não, parecem não estar directamente relacionados com o grau de instrução, a idade ou o género, embora, muitas vezes, as diferenças mais notadas ocorram ao nível do género.

Pelos resultados obtidos neste estudo, pode-se, portanto, concluir que continua a existir a necessidade formação e informação dos jovens no que diz respeito aos diversos contextos que envolvem a saúde sexual e reprodutiva.

As questões de partida foram assim respondidas pelos resultados das análises efectuadas, na medida em que foram feitas as relações e os cruzamentos entre as diversas variáveis de modo a chegar às conclusões procuradas. A caracterização dos comportamentos sexuais dos diversos alunos permitiu identificar os comportamentos sexuais de risco. Na análise dos testes efectuados para responder aos vários objectivos, encontra-se a resposta para as perguntas centrais deste trabalho.

Os comportamentos sexuais dos jovens de hoje em dia são influência da evolução da sociedade. De facto, comportamentos de certa forma impensáveis há alguns anos são hoje considerados normais e comuns. Mesmo que já fossem praticados antes, os tabus existentes não permitiam que o diálogo acerca dos mesmos ocorresse como acontece no mundo actual. Esta abertura responsabiliza-nos a todos face à Educação Sexual.

De acordo com os resultados obtidos, pode-se concluir que é necessário verificar e avaliar o efeito que as campanhas de formação e informação acerca da sexualidade têm nos adolescentes. Aqui, abre-se claramente o espaço para o desafio social que é a Educação Sexual. É nas idades escolares que começa a haver intervenção e é importante que assim seja, pois é nessa altura que os alunos começam a ter contacto com a sua

sexualidade. Não nos podemos esquecer que alguns dos adolescentes se encontram pouco motivados para tomar medidas de precaução quando mantêm relações sexuais (excepto em caso de relações com toxicodependentes ou com prostitutas).

Tal como já foi referido, uma das conclusões mais importantes deste estudo é a necessidade de intervir junto dos adolescentes de modo a educar para a sexualidade. No grupo dos adolescentes deprimidos, salienta-se o facto que os sintomas depressivos não excluem a possibilidade da ocorrência de comportamentos sexuais de risco. Embora a ordem do aparecimento dos sintomas depressivos e dos comportamentos sexuais de risco não esteja clara, o facto é que este grupo constitui-se como um elemento de urgente intervenção.

Referências Bibliográficas

-
- ¹ -Sampaio, D., “Sexualidade na Adolescência”, Sexualidade- Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa. 2000; 79-85.
- ² - LeVay, S., Valente, S., Human Sexuality, Sinauer Associates- Inc., Massachusetts, 2003.
- ³ -Marcelli, D. , Braconnier, A. , Adolescence et Psychopathologie, Masson, Paris, 2004; Tradução Portuguesa – Fernanda Fonseca e Rita Rocha, Clempsi Editores, Lisboa, 2005
- ⁴ -Marcelli, D., Braconnier, A., L’Adolescence aux Mille Visages, Odile Jacob, 1998; Tradução Portuguesa de Maria Margarida Cabral Fernandes, Clempsi Editores, Lisboa, 2000.
- ⁵ -Sousa, M. , Sexualidade na Adolescência : Comportamentos, conhecimentos e atitudes de adolescentes escolarizados. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Porto, 2000.
- ⁶ -Sprinthall, N., Collins, W, Psicologia do Adolescente. Uma Abordagem Desenvolvimentista. 2003 (3ª edição), Fundação Calouste Gulbenkian
- ⁷ - Silveira Nunes J., As Coordenadas Gerais da Sexologia. RFML 2004; Série III; 9 (Supl. 1) : 9-17.
- ⁸ -Zimmer-Gembeck M., Siebenbruner J., Collins W., A Prospective Study Intraindividual and Peer Influences on Adolescent’s Heterosexual Romantic and Sexual Behaviour, Archives of Sexual Behavior, 2004, 33: 381-394.

⁹ - L'Engle, K., Jackson, C., Brown, D., Early Adolescents Cognitive Susceptibility to Initiating Sexual Intercourse, Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2006, 38(2) : 97-105.

¹⁰ Cuffee J, Hallfors D, Waller M. Racial and Gender Differences in Adolescent Sexual Attitudes and Longitudinal Associations with Coital Debut. Journal of Adolescent Health. 2007;41(1):19-26.

¹¹ - Ott, M., Millstein, S., Ofner, S., Halpern-Felsher, B., Greater Expectations: Adolescents Positive Motivations for Sex, Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2006, 38 (2): 84-89.

¹² Fleming, M., Entre o Medo e o Desejo de Crescer- Psicologia da Adolescência, 2005, Edições Afrontamento.

¹³ -Matos, M. , (Projecto Aventura Social), Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses, Relatório Preliminar - HBSC- 2006.

¹⁴ -Sousa, M. , Sexualidade na Adolescência : Comportamentos, Conhecimentos e Atitudes de Adolescentes Escolarizados. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Porto, 2000.

¹⁵ -Dias, S., Matos, M., Gonçalves, A., Preventing HIV Transmission in Adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children- Study and focus- groups; European Journal of Public Health, 2005, 15(3): 300-304.

¹⁶ -Whitaker, D., Miller, K., Clark, L., Reconceptualizing Adolescent Sexual Behaviour: Beyond Did They or Didn't They ?; Familie Planning Perspectives, 200, 32(3):111-117

¹⁷ -Kotchick, B., Shaffer A. Forehand, R., Miller, K. (Center for Disease Control and Prevention), Adolescent Sexual Risk Behaviour: a Multi-System Perspective, *Clinical Psychology Review*, 2001; 21, 4: 493-519.

¹⁸ -Barone, C., Ickovics, J., Ayers, T., Katz, S., Voyce, C., Weissberg, R., High-Risk Sexual Behaviour Among Young Urban Students, *Family Planning Perspectives*, 1996, 28(2):69-74.

¹⁹ -Whathey, J., Thin, N., Blackwell, A., Problems of Adolescent Sexuality, *Journal of The Royal Society of Medicine*, 1989, 82: 124-132.

²⁰ -Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., Ferreira, M., Linhares, F., Comportamentos Sexuais, Conhecimentos e Atitudes face ao VIH/SIDA em Adolescentes Migrantes, *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2006 (7): 299-316.

²¹ Nodin, N., Os Jovens Portugueses e a Sexualidade em Finais do Século XX, 2001, APF.

²² Feldman, W., Hodgson, C., Corber, S., Quinn, A., Health Concerns and Health-Related Behaviours of Adolescents; *Can. Med. Assoc Jour*, 1986 ((34): 489-493.

²³ Gleib, D., Abma, J., Driscoll, A., Moore, K.; Young Women's Degree of Control Over First Intercourse na Exploratory Analysis. *Family Planning Perspectives*, 1998, 30(1): 12-18.

²⁴ -Manlove, J., Ryan, S., Franzetta, K., Patterns of Contraceptive Use Within Teenagers' First Sexual Relationships; *Perspectives Sexual Reproductive Health*, 2003; 35(6):246-255.

-
- ²⁵ -Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Morgarinho, R.; Gravidez na Adolescência: das Circunstâncias de Risco às Circunstâncias que Favorecem a Adaptação à Gravidez, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2006; 6(1): 97-125.
- ²⁶ Weiner, I., *Psychological Disturbances in Adolescence 1992* (2ª edição) John Wiley & Sons Inc., , Tradução portuguesa de Fátima Andersen, Fundação Calouste Gulbenkian, 1995.
- ²⁷ -Morton, P., Churchord, M., Kutchen, S., *Cognitive Distortion in Depressed Adolescents*, *Journal of Psychiatric Neuroscience*, 1993, 18(3):103-107.
- ²⁸ -Mazet, P., *Difficultés et Troubles à L'adolescence*, 2004, Masson
- ²⁹ -Hallstrom, C., McClure, N., *Anxiety and Depression- Your Questions Answered*, 1990, Wrightson Biomedical Publishing.
- ³⁰ Marcelli, D., *Les États Dépressifs à L'Adolescence*, Masson, 1990-2000, Tradução Portuguesa de Orlando Santos, Clempsi, 2002.
- ³¹ -Coelho R., Martins A., *Depressão na Adolescência - Da Investigação Comunitária à Clínica*, 2002- Bial.
- ³² -Félix da Costa, N. “ *Psiquiatria e Toxicodependências*” -Normalidade e Psicopatologia na Adolescência, *Manual de Psiquiatria Clínica*, 2002, Fundação Calouste Gulbenkian : 243-286
- ³³ -Passos, P., Machado, C., *Eventos Depressivos na Puberdade, Análise Psicológica*, 2002, 2(XX): 225-232.

³⁴ -Cardoso, P., Rodrigues, C., Vilar, A.; Prevalência de Sintomas Depressivos em Adolescentes Portugueses, *Análise Psicológica*, 2004, 4(XXII): 667-675.

³⁵ -Lopes, P., Barreira, D., Pires, A., Tentativa de Suicídio na Adolescência: Avaliação do Efeito de Género na Depressão e Personalidade; *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2001, 2(1): 47-57.

³⁶ Stiffman A., Dore P., Earls F. Cunningham R., The Influence of Mental Health Problems on AIDS- related risk behaviours in young adults, *J. Ment. Dis.* , 1992, 180: 314-320.

³⁷ -Romraka, S.; Caspi, A. ; Dickson, N. ; Moffit, T.; Paul, C.; Psychiatric Disorders and Risky Sexual Behaviour in Young Adulthood: a cross sectional study in birth cohort . *B. M. J.*, 2000; 321: 263.

³⁸ -Shrier L.; Harris S.; Sternberg M.; Beardslee W.; Associations of Depression, Self-Esteem, and Substance Use with Sexual Risk among Adolescents, *Preventive Medicine*, 2001; 33: 179-189.

³⁹ -Shrier L.; Harris S.; Beardslee W.; Temporal Associations Between Depressive Symptoms and Self-Reported Sexually Transmitted Disease Among Adolescents, *Arch. Pediatr Adolesc*, 2002(6), 156: 599-606.

⁴⁰ -Bennet, D., Bauman, A., Adolescent Mental Health and Risky Sexual Behaviour, *B.M.J.*, 2000. 32: 251-252.

⁴¹ - Donenberg, G., Emerson, E., Bryant, F., Wilson, H., Weber-Shifrin, E., Understanding AIDS-Risk Behaviour Among Adolescents in Psychiatric Care: links to

Psychopathology and Peer Relationships, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000, 40(6):642-653.

⁴² Tse W. , Bond A., The Impact of Depression on Social Skills- a review; *The journal of Nervous and Mental Disease*, 2004, 192 (4): 260-268.

⁴³ Maroco, J., *Análise estatística: com utilização do SPSS*, 2003, Lisboa: Edições Sílabo.

⁴⁴ Moreira, J., *Questionários: Teoria e Prática*, 2004, Almedina

⁴⁵ Cohen, M., *Metodologia da Investigação em Educação*, 2003, Instituto Superior de Ciências Educativas.

⁴⁶ Kovacs, M. , *Children's Depression Inventory, CDI, Manual Multy-Health Systems*, 1992, Ontário.

⁴⁷ Pestana, M. & Gageiro, J., (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais (3ª ed.)*, 2003, Edições Sílabo.

⁴⁸ Hallfors, D., Waller, M., Bauer, D., Ford, C., Halpern, C., Which Comes First in Adolescence- Sex and Drugs or Depression? *American Journal of Preventive Medicine*, 2005; 29 (3) : 163-170.

⁴⁹ Joyner, K., Lidry, J., You D'ont Bring me Anything But Down: Adolescent Romance and Depression, *J. health Soc. Behaviour*, 2000; 41: 369-391

Sites consultados:

BATISTA, Carlos A. & Golfeto, José H. (s.d.). “*Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos*”. Capturado em 20/03/07 no site [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/27\(5\)/artigos/art253.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/27(5)/artigos/art253.htm).

BAHLS, Saint-Clair *et al* (2006). “*Levantamento de sintomas depressivos em crianças e adolescentes com hemofilia*”. Retirado de [http://www.ipub.ufrj.br/documentos/jbp\(1\)2006_artigo1.pdf](http://www.ipub.ufrj.br/documentos/jbp(1)2006_artigo1.pdf) em 20/03/07.

FONSECA, Maria Helena G. ; Ferreira, Roberto A.; Fonseca, Sarah G. (2005). “*Prevalência de sintomas depressivos em escolares*”. Artigo acedido em <http://www.pediatriaopaulo.usp.br/index.php?p=html&id=1143> na data 20/03/07.

FORMIGA, Andréa S. C.; Dias, Mardonio R.; Saldanha, Ana Alayde W. (2005). “*Aspectos psicossociais da prevenção do enfarte: construção e validação de um instrumento de medida*”. Artigo capturado em http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712005000100005&lng=pt&nrm=is no dia 23 de Março de 2007.

KOVACS, Maria (s.d.). “*The Children’s Depression Inventory*”. Retirado em 20/03/07 de <http://www.pearsonassessments.com/tests/cdi.htm>.

KOVACS, Maria (1992). “*CHILDREN’S DEPRESSION INVENTORY*”. Acedido no dia 20 de Março de 2007 em <http://www.friendsnrc.org/download/outcomeresources/toolkit/annot/cdi.pdf>.

LUIZ, Andreia Mara A. G. *et al* (2005). “*Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas*”. Capturado em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000300005&lng=en&nrm=iso no dia 20 de Março de 2007.

ANEXOS
