



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **A sexualidade dos jovens estudantes universitários portugueses**

**Natália dos Santos Pissarra Nogueira Pacheco**

Tese para obtenção do Grau de Doutor em  
**Psicologia**  
(3º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Henrique Pereira

Covilhã, Outubro de 2012



# Dedicatória

Aos meus pais, Joaquim e Emília;

Ao meu marido João;

Aos meus filhos João Henrique e Guilherme.

A vocês, a minha admiração pela força, apoio, e amor!



# Agradecimentos

- Ao Professor Doutor Henrique Pereira, o meu reconhecimento e admiração pela orientação, apoio científico, disponibilidade, confiança e carinho demonstrado. Para além de uma referência científica constitui-se como uma referência humana;
  - A todos os estudantes universitários que se disponibilizaram a colaborar neste estudo;
  - Ao Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, por ter facultado as condições necessárias a implementação deste projecto de investigação e a elaboração da presente tese;
  - A todos os que gentilmente autorizaram a utilização dos seus instrumentos;
  - Aos amigos que comigo partilharam horas de trabalho, por tudo o que me ensinaram e apoiaram, especialmente à Dra. Marta Vilarinho;
  - À minha querida família, pelo apoio e amor!
- A todos os que me fazem acreditar, e que invariavelmente admiro, o sincero,

Muito Obrigado!



## Resumo

A sexualidade é um dos aspetos centrais das sociedades modernas, sendo assunto de interesse e investigação para uma melhor compreensão do comportamento humano.

O presente estudo tem como objectivos caracterizar a sexualidade dos jovens estudantes portugueses, descrevendo os comportamentos, atitudes e crenças destes jovens, perceber quais os assuntos que despertam maior interesse e averiguar que dúvidas existem face a este tema. Pretende-se também, construir um Modelo Explicativo da Sexualidade, de base empírica, nos jovens do Ensino Superior, através da análise dos modelos de equação estruturais.

Foi elaborado no âmbito do presente estudo um questionário on-line, a fim de permitir uma maior abrangência da população estudantil. O tempo médio para responder ao questionário foi de 30 minutos. O pedido de colaboração dos participantes preservou todas as condições tradicionais da pesquisa científica, nomeadamente o consentimento informado, o anonimato e a confidencialidade. A amostra foi recolhida entre Setembro de 2010 e Setembro de 2011.

Participaram nesta investigação 526 jovens estudantes que frequentam qualquer estabelecimento de Ensino Superior do nosso país. São alunos de variados cursos e diferentes anos. A idade média da amostra é de aproximadamente 22 anos, havendo heterogeneidade na representatividade entre géneros, sendo 72.1% do sexo feminino.

Para o efeito foram utilizados: Um questionário sócio-demográfico, Questionário sobre as Práticas Sexuais Actuais, Escala de Fantasias Sexuais (Wilson 1978) adaptada por Freire, 2008, Grelha de Orientação Sexual de Klein (Pereira, Leal & Marroco, 2009), Questionário de Crenças e Informação Sexual (Adams e col, 1996, adaptado de P. Nobre, 2001), Questionário de Problemas Sexuais e Inventário de Saúde Mental (Ribeiro, P., 2001)

Os principais resultados evidenciam que 86.9% dos jovens já iniciaram a sua vida sexual, com uma idade média da primeira relação sexual que se situa por volta dos 17.28 anos. Utilizaram o preservativo masculino (81.2%). São as mulheres que maior importância atribuem à primeira relação sexual. O casamento aparece para 51,5% dos jovens inquiridos, como sendo a melhor forma de compromisso. A maioria destes jovens gostava de ter filhos (89.4%).

33% referem já ter tido relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas, apesar destes jovens estudantes apresentarem uma boa informação sexual, assim como um bom nível de saúde mental.

**Palavras-chave:** jovens universitários, sexualidade



# Abstract

Sexuality is one of the central aspects of modern societies, being subject of interest and research for better understanding of human behavior.

The present study aims to characterize the sexuality of young Portuguese students, describing the behaviors, attitudes and beliefs of these young people, to understand what matters most interest and find out that there are doubts to face this issue. We also intend to build a Explanatory Model of Sexuality, empirically based, youth in Higher Education, through the analysis of structural equation models.

It was prepared as part of this study a questionnaire online in order to allow a broader student population. The average time to complete the questionnaire was 30 minutes. The request for cooperation from all participants preserved the traditional conditions of scientific research, including informed consent, anonymity and confidentiality. The sample was Collected between september 2010 and september 2011.

526 youth participated in this research students attending any institution of higher education in our country. They are students of various courses and different years. The mean age of the sample is approximately 22 years, with heterogeneity in gender representation, being 72.1% female.

For this purpose we used: A socio-demographic questionnaire, the Questionnaire on Current Sexual Practices, Scale of Sexual Fantasies (Wilson 1978) adapted by Freire, 2008, Sexual Orientation Grid Klein (Pereira Leal & Morocco, 2009), Beliefs Questionnaire and Sex Information (Adams et al, 1996, adapted from P. Noble, 2001), Sexual Problems Questionnaire and the Mental Health Inventory (Ribeiro, P.,2001)

The main results show that 86.9% of young people have started their sexual life, with a median age of first sexual intercourse which is situated at around 17:28 years. Used condoms (81.2%). It is women who attach greater importance to the first sexual intercourse. The marriage appears to 51.5% of young respondents as being the best compromise. Most of these young people would like to have children (89.4%). 33% reported ever having had sex under the influence of psychoactive substances, although these young students presenting a good sexual information, as well as a good level of mental health.

**Keywords:** University students, sexuality



# Índice

1 Introdução	1
<b>PARTE I. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS</b>	<b>7</b>
2. A Sexualidade	9
2.1 O que é a sexualidade	11
2.1.1 Mitos, tabus e crenças	12
2.1.2. Novos paradigmas vigentes associados à sexualidade em Portugal	14
2.2 Perspetiva histórica da sexualidade	16
2.2.1 Antiguidade	16
2.2.2. Cristianismo	18
2.2.3. Amor romântico	20
2.2.4. Patologização da sexualidade	20
2.2.5. Revolução sexual	21
2.2.6. A crise da Sida	23
2.2.7. Cybersexo	23
2.2.8. Problemas éticos do Novo Milénio	25
2.3 Contributo das diferentes teorias para a compreensão da sexualidade	26
2.3.1. Contributo da psicanálise	26
2.3.2. Contributo da psicologia cognitivo-comportamental	29
2.3.3. Contributo da psicologia social	33
2.3.4. Contributo das ciências antro-po-psicológicas	36
2.3.5. Contributo das ciências biomédicas	38
3. Os jovens e a sexualidade	43
3.1. Conceito de juventude	45
3.1.1 Formação da identidade	47
3.1.2 Identidade sexual	50
3.1.3. Mudanças na sexualidade dos jovens	52
3.2. Resultados de pesquisas no âmbito da sexualidade nos jovens	53
3.2.1. Vivências e práticas sexuais	54
3.2.1.1. O início da vida sexual	54
3.2.1.2. Doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e uso de método anticoncepcional e de proteção	57
3.2.1.3. Informação e comunicação interpessoal na área da sexualidade	60
3.2.1.4. Masturbação	61
3.2.1.5. Consumo de substâncias psicoativas	63
3.2.2. Conjugalidade	65

3.3.Saúde sexual e saúde mental	66
3.4.Duplo padrão	67
3.5.Vivências académicas dos estudantes portugueses	69
<b>PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO</b>	71
4. Metodologia de investigação	73
4.1.Objectivos	75
4.2.Tipologia do estudo	75
4.3.Método	75
4.3.1Participantes	75
4.3.2.Instrumentos	79
4.3.2.1. Avaliação de informação referente às vivências sexuais	79
4.3.2.2. Avaliação das práticas sexuais atuais	80
4.3.2.3. Avaliação das fantasias sexuais	80
4.3.2.4.Avaliação da orientação sexual	82
4.3.2.5.Avaliação das crenças e informação sexual	82
4.3.2.6.Avaliação de problemas sexuais	83
4.3.2.7.Avaliação da saúde mental	83
4.4.Procedimentos	84
4.4.1.A internet na investigação	84
4.5.Análise estatística	85
4.5.1. Análise descritiva, inferencial e fatorial.	85
4.5.2. Análise de Modelos Estruturais	86
4.5.3. Operacionalização do Modelo de Medida	88
5. Resultados	95
5.1. Resultados dos questionários	97
5.1.1 Sexualidade	97
5.1.2. Práticas Sexuais Atuais	114
5.1.3. Escala de Fantasias Sexuais	126
5.1.4. Grelha de Orientação Sexual	128
5.1.5. Crenças e Informação Sexual	128
5.1.6. Problemas sexuais	131
5.1.7. Inventário de Saúde Mental	132
5.2. Proposta de Modelo Empírico	136
6. Discussão dos resultados	142
7. Bibliografia	161
Anexos	184

# Lista de Figuras

Figura 1. Lista de mitos e crenças sexuais (adaptado por Nobre, 2003)

Figura 2. Problemas éticos do Novo Milénio (adaptado de Eli Coleman, 1998)

Figura 3. Estádios Psicossociais de desenvolvimento de Erikson (1959)

Figura 4. Modelo de Identidade Sexual de Shively e DeCecco (1977;1993)

Figura 5. 1º Modelo de Medida operacionalizada a partir da Análise Fatorial e Exploratória.

Figura 6. Definição do Modelo de Equações estruturais

Figura 7. Definição do Modelo de Equações Estruturais com estimativas



## Lista de Tabelas

- Tabela 1. Principais doenças sexualmente transmissíveis (DST's) Rocha, Horta, Cruzeiro, & Cruz, 2007)
- Tabela 2. Caracterização demográfica da amostra.
- Tabela 3. Caracterização da amostra por tipo de instituição frequentada.
- Tabela 4. Caracterização demográfica da amostra por área científica frequentada e por género
- Tabela 5. Caracterização da amostra por ano frequentado.
- Tabela 6. Caracterização da amostra por situação profissional.
- Tabela 7. Caracterização demográfica da amostra por tipo de residência na zona universitária.
- Tabela 8. Caracterização da amostra por zona de residência de origem.
- Tabela 9. Índices de Adequabilidade aos dados ao Modelo (Browne & Cudeck, 1993).
- Tabela 10. Operacionalização das variáveis latentes e das variáveis manifestas no modelo de medida.
- Tabela 11. Correlações do modelo de medida
- Tabela 12. Assuntos habitualmente mais abordados pelos jovens
- Tabela 13. Resultados para o “Aborto” enquanto assunto abordado por género (n=526)
- Tabela 14. Resultados para os “Abusos sexuais” enquanto assunto abordado por género (n=526)
- Tabela 15. Resultados para a “Gravidez na adolescência” enquanto assunto abordado por género (n=526)
- Tabela 16. Resultados para a “Gravidez indesejada” enquanto assunto abordado por género (n=526)
- Tabela 17. Resultados para as “DSTs” enquanto assunto abordado por género (n=526)
- Tabela 18. Resultados para o “Namoro” enquanto assunto abordado por género (n=526)
- Tabela 19. Resultados para as “Relações interpessoais” enquanto assunto abordado por género (n=526)
- Tabela 20. Resultados para as “Relações sexuais” enquanto assunto abordado por género (n=526)
- Tabela 21. Resultados para a “Prevenção” enquanto assunto abordado por género (n=526)
- Tabela 22. Resultados para os “Preservativos” enquanto assunto abordado por género (n=526)
- Tabela 23. Resultados para a “Pílula” enquanto assunto abordado por género (n=526)
- Tabela 24. Resultados para os “Afetos/amizade” enquanto assunto abordado por género (n=526)
- Tabela 25. Resultados para a “Pornografia” enquanto assunto abordado por género (n=526)
- Tabela 26. Resultados para a “Higiene e saúde” enquanto assunto abordado por género (n=526)

Tabela 27. Resultados para o “Menstruação” enquanto assunto abordado por género (n=526)

Tabela 28. Resultados para a “Puberdade” enquanto assunto abordado por género (n=526)

Tabela 29. Resultados para a “Prostituição” enquanto assunto abordado por género (n=526)

Tabela 30. Resultados para a “Homossexualidade” enquanto assunto abordado por género (n=526)

Tabela 31. Resultados para a “Masturbação” enquanto assunto abordado por género (n=526)

Tabela 32. Resultados para a “Contraceção” enquanto assunto abordado por género (n=526)

Tabela 33. Resultados para o “Circunstâncias para iniciar a sua vida sexual” por género (n=526)

Tabela 34. Resultados para a idade considerada a mais acertada para iniciar a vida sexual. (n=343)

Tabela 35. Resultados para o “Se concordam com o casamento” por género (n=526)

Tabela 36. Resultados para a melhor forma de compromisso (N=526)

Tabela 37. Resultados” para a questão se gostariam de ter filhos por género (n=526)

Tabela 38. Resultados” para a questão quantos filhos gostariam de ter por género (n=331)

Tabela 39. Resultados para “Idade em que gostaria de ter o 1º e último filho”

Tabela 40. Resultados para a idade para ter primeiro filho (n= 405)

Tabela 41. Resultados para a idade para ter último filho(n= 395)

Tabela 42. Resultados para a idade da primeira ejaculação nos homens e da primeira menstruação nas mulheres (n= 443)

Tabela 43. Resultados para a questão se já iniciaram a sua vida sexual (n=526)

Tabela 44. Resultados para a idade em que iniciaram a sua vida sexual por género (n=441)

Tabela 45. Resultados para a idade em que iniciaram a sua vida sexual por grupos de idade (n=441)

Tabela 46. Resultados para a duração deste relacionamento em meses (por género).(N=431)

Tabela 47. Resultados para as razões pelas quais iniciaram a sua vida sexual (por género).(N=441)

Tabela 48. Resultados para a importância da primeira relação sexual (n=457)

Tabela 49. Resultados para o local onde ocorreu a primeira relação sexual (n=457)

Tabela 50. Resultados para se usou método anticoncepcional por género na primeira relação sexual (n=457)

Tabela 51. Resultados para “Quem tomou a iniciativa da primeira relação sexual” (n=386)

Tabela 52. Resultados para “Se se masturba” (n=526)

Tabela 53. Resultados para “A idade em que começou a masturbar-se” (n=314)

Tabela 54. Resultados para ”Quantas vezes se masturbou nos últimos sete dias” (n=311)

Tabela 55. Resultados para ”Como se sente com o facto de se masturbar” (n=356).

Tabela 56. Resultados para ”Em que situação lhe apetece masturbar-se” (n=311)

Tabela 57. Resultados para “Se se preocupa por masturbar excessivamente” (n=360)

Tabela 58. Resultados para “A pessoa por quem sentiu atração sexual” por género (n=526).

- Tabela 59. Resultados para “Se já sentiu atração por alguém do mesmo sexo” (n=526)
- Tabela 60. Resultados para “Se já teve fantasias por alguém do mesmo sexo” (n=526)
- Tabela 61. Resultados para “Se já teve contacto sexual com alguém do mesmo sexo” (n=526)
- Tabela 62. Resultados para a idade em que começaram a namorar por género (n=468)
- Tabela. 63. Resultados para o “Número de namorados(as) que já tiveram” por género (n=496)
- Tabela 64. Resultados “Qual anticoncepcional, usaram na última relação sexual,” por género (n=406)
- Tabela 65. Resultados para o “Número de vezes que tiveram relações sexual no último ano” por género (n=307)
- Tabela: 66. Resultados para o “Número de parceiros sexuais que já tiveram” por género (n=351)
- Tabela: 67. Resultados para as “Razões para se ter relações sexuais” (n=526)
- Tabela 68. Resultados para “Práticas sexuais” da amostra (n=526)(%).
- Tabela 69. Resultados para “Práticas sexuais” por género (n=526)
- Tabela 70. Resultados à questão de terem tido sexo sob efeito de álcool por género (n=526)
- Tabela 71. Resultados à questão de terem tido sexo sob efeito de cannabis por género (n=526)
- Tabela 72. Resultados à questão de terem tido sexo sob efeito de heroína por género (n=526)
- Tabela 73. Resultados à questão de terem tido sexo sob efeito de cocaína por género (n=526)
- Tabela 74. Resultados à questão de terem tido sexo sob efeito de ecstasy por género (n=526)
- Tabela 75. Resultados à questão de terem tido sexo sob efeito de ácidos por género (n=526)
- Tabela 76. Resultados à questão “O que é ter sexo seguro, por género (n=526)
- Tabela 77. Resultados para as medidas de fantasias comparando com a variável género (n=526)
- Tabela 78. Resultados para as medidas de fantasias comparando com a variável idade (n=526)
- Tabela 79. Resultados para as medidas de fantasias comparando com a variável ter iniciado a vida sexual (n=457)
- Tabela 80. Resultados para as medidas de fantasias comparando com a variável masturbação (n=365)
- Tabela 81. Resultados para “Orientação sexual” por género (n=526)
- Tabela 82. Resultados para “Crenças e informação sexual” por género (n=526)
- Tabela 83. Resultados para as medidas de Crenças e informação sexual comparando com a variável início de vida sexual (n=457)
- Tabela 84. Resultados para as medidas de Crenças e informação sexual comparando com a variável idade(n=526)
- Tabela 85. Resultados para as medidas de Crenças e informação sexual comparando com a variável género (n=526)
- Tabela 86. Resultados de Quão satisfeitos estão com a sua vida sexual nas últimas 4 semanas. (n=91)

Tabela 87. Resultados da média de Quão satisfeitos estão com a sua vida sexual nas últimas 4 semanas. (n=91)

Tabela.88. Apresentação das fantasias e comportamentos relacionados com parafilia. (n=526)(%)

Tabela 89. Representação dos resultados obtidos na avaliação da saúde mental (n=526)

Tabela 90. Resultados para as medidas de saúde mental comparando com a variável género (n=526)

Tabela 91. Resultados para as medidas de saúde mental comparando com a variável início de vida sexual (n=457)

Tabela 92. Resultados para as medidas de saúde mental comparando com a variável idade (n=526)

Tabela 93. Relações de variância do modelo final

Tabela 94. Correlações do modelo final

## Lista de Acrónimos

$\alpha$	Alfa
AEE	Análise de Equações Estruturais
cf.	Confronte com, confira
CV	Coeficiente de variação
Dp	Desvio padrão
DST	Doença sexualmente transmissível
ed	Edição
et al.	Entre outros
EUA	Estados Unidos da América
F	Frequência
GRP	Gabinete de Relações Públicas
GTES	Grupo de Trabalho para a Educação Sexual
HIV	Human Immunodeficiency Virus
INE	Instituto Nacional de Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
K	Kurtosis
Lda	limitada
Máx	Máximo
Min.	Mínimo
N	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	Página
P	Probabilidade
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Sk	Skewness
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UBI	Universidade da Beira Interior
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
vol.	Volume
WHO	World Health Organization
X	Média
x <sup>2</sup>	Qui quadrado
%	Percentagem



# 1. Introdução



Explorar a sexualidade na sua integralidade, abarcando as questões ligadas à vida sexual e reprodutiva implica a complexa tarefa de um conhecimento aprofundado do contexto biológico, psicológico e social do ser humano. A sexualidade é um fenómeno humano peculiar, que toma a sua feição própria porque existem nos seres humanos fenómenos psicológicos fundamentais, uns básicos, outros mais elaborados que estão na génese, na manutenção e na perpetuação dos comportamentos de natureza sexual (Palha, 2003).

A sexualidade é considerada nos seus múltiplos aspetos uma área de grande importância no desenvolvimento do ser humano, componente fundamental no relacionamento afetivo, referindo-se ao modo como cada um se relaciona consigo próprio e com os outros, na procura do afeto influenciando a saúde física, a saúde mental, a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos (Nodin, 2001; Matos, 2006).

“Contudo, a sexualidade não se circunscreve às situações românticas ou amorosas. A conjugação amor/sexo não é uma necessidade biológica, nem um imperativo social, mas, apenas uma das possíveis soluções histórico-culturais para o problema da articulação entre reprodução biológica e vinculação social” (Alferes, 2002, p19).

Nessa perspetiva é sabido que é nos adolescentes e nos jovens em geral que ocorrem algumas primeiras experiências típicas nesta fase das suas vidas, tais como sair de casa dos pais, arranjar emprego e criarem relações amorosas (Brown, Feiring & Furman, 1999). Do mesmo modo, é na adolescência que muitos jovens iniciam a sua vida sexual (Avery & Lazdane, 2008; Borges & Schor, 2005; Altmann, 2007; Nodin, 2007; Matos, 2010), pelo que importa perceber quais as variáveis intervenientes na sexualidade dos jovens e como elas se interligam e articulam entre si.

Os jovens que ingressam no Ensino Superior encontram-se nesta faixa etária. Mesmo os mais velhos poderão deparar-se com a responsabilidade de estar fora de casa, sem controlo externo, nomeadamente por parte dos pais. A multiplicidade de ofertas de experiências novas pode ser encarada de forma tentadora e aliciante, sendo considerados os primeiros anos de ensino superior como o período em que ocorrem as primeiras relações sexuais (Cooper, 2002, Patrick, Maggs, 2007; Patrick, Maggs & Aban, 2009). Desse modo, comportamentos sexuais de risco entre estudantes universitários são comuns e podem levar a consequências, tais como gravidezes indesejadas e infeções sexualmente transmissíveis (Turchik, Garske, Probst, & Irvin, 2010).

De certo modo, o ingresso na universidade é uma nova etapa de autonomização e crescimento, em particular para os jovens oriundos de outras regiões do país e que saíram de casa para estudar.

O número cada vez maior de adolescentes a ingressarem no ensino superior, tem vindo a produzir o aparecimento de um novo estágio de desenvolvimento, situado entre o final da adolescência e o início da vida adulta: a juventude (Keniston, 1971; Arnett, 2000).

Para Erikson (1972) esta fase de desenvolvimento é de facto uma fase muito complexa para o jovem, é o momento da construção de valores e de escolha das direcções que deseja seguir pela vida. O autor entende que a identidade é uma concepção de si mesmo, composta de valores, crenças e objetivos com os quais a pessoa está comprometida.

Embora a juventude seja banalmente considerada pela comunicação social como a melhor fase de desenvolvimento, em que se adquire a independência e se tem o futuro todo à sua frente, ela é ao mesmo tempo considerada uma fase de grande risco. Algumas abordagens, muito difundidas pelos mass média referem-se aos jovens como frágeis, vulneráveis e com dificuldades em gerir as suas vidas. Prevalece a ideia de que existem comportamentos exagerados e de risco, com relacionamentos frequentes e breves, cheios de preconceitos que a investigação procura esclarecer.

A decisão de iniciar as relações sexuais acontece paralelamente a inúmeras modificações na sua vida, podendo gerar situações indesejadas como a ocorrência de gravidez, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e outras. O exercício da sexualidade traz implicações no processo reprodutivo e na saúde bio-psico social dos jovens. A antecipação das idades feminina e masculina para a iniciação sexual nas últimas décadas, a utilização pouco consistente dos métodos anticoncepcionais e os consumos de substâncias psico-ativas por exemplo são questões preocupantes muito atuais. Tais acontecimentos têm repercussões não apenas na fase da adolescência como também na vida futura.

A sexualidade nos jovens foi abordada durante muito tempo sob o aspeto biológico e reprodutivo. Hoje, porém, não podemos ignorar a importância da componente psicossocial, considerando a sua importância na formação da identidade e no comportamento do jovem nas mais diferentes situações que enfrenta no seu quotidiano.

A evolução da pesquisa ao nível da compreensão e trato da problemática da sexualidade tem sido notável a partir do primeiro quartel do século passado e a tendência previsível é a de que, no atual, tal momento se acentue - daí o imperativo duma permanente atualização dos conhecimentos (Nunes, 2003).

Diversas pesquisas realizadas apontam para as profundas transformações que têm vindo a ocorrer, desde os anos 60, do século XX, no que diz respeito à família, ao género e à sexualidade, como a democratização da vida íntima, a uma pluralidade da vida familiar ou o reconhecimento da diversidade sexual (Weeks, 2007). Tal vastidão obriga a uma multiplicidade de perspetivas gerais úteis na abordagem da sexualidade.

“As diferentes abordagens que nos últimos anos trouxeram valiosas contribuições para o estudo da sexualidade têm que ser tomadas em conta, na medida em que proporcionam um

olhar multidimensional necessário quando se pretende estudar os fenómenos sexuais” (Pereira, Leal & Maroco, 2009, p 68).

Considerando a literatura existente pudemos perceber uma rede de interações, mas também de vazios que necessitam ser colmatados, além de indagações que merecem respostas para o aprimoramento e redimensionamento de futuros trabalhos.

Algumas questões persistem perante as mudanças ocorridas ao nível das vivências da sexualidade nos jovens, e perante as controvérsias em relação aos mesmos. Afinal, que representação podemos fazer dos jovens estudantes universitários do nosso país? Que perspectiva possuem em relação à sua vida sexual e reprodutiva futura? Que experiências vivenciaram ou vivenciam do ponto de vista da sua sexualidade? Como poderão ser caracterizados na sua orientação sexual, nas suas práticas, nas suas fantasias? Podemos considerar que os jovens portugueses adotam comportamentos saudáveis e evitam comportamentos de risco? Possuem informação suficiente e correta acerca da sexualidade? Podemos considerá-los saudáveis do ponto de vista da saúde mental? Estas são algumas das questões que irão nortear este estudo e às quais iremos tentar dar resposta.

Assim, o comportamento sexual dos jovens é uma das maiores preocupações de saúde pública nacional e internacional, pela sua associação com consequências negativas que podem afetar a sua saúde e bem-estar (WHO, 2006), pelo que se torna essencial a investigação que esclareça alguns fatores de risco, com o intuito de contribuir para a elaboração de programas de prevenção e intervenção, promovendo em simultâneo os fatores de proteção e a própria saúde dos jovens.

Neste sentido, o estudo da sexualidade dos jovens estudantes universitários portugueses reveste-se de grande pertinência, procurando-se com este trabalho, uma contribuição científica para a compreensão e explicação deste fenómeno.

A presente tese de doutoramento procura, a partir de uma investigação empírica, descrever as experiências ao nível da sexualidade dos estudantes do Ensino Superior. Mais especificamente, esta investigação tem como propósito estudar algumas variáveis tais como as atitudes sexuais, os comportamentos sexuais, os comportamentos sexuais de risco, o comportamento sexual desviante, a satisfação sexual, a informação sexual, as fantasias sexuais e as crenças sexuais, entre outras, utilizando como amostra populacional estudantes do ensino superior em Portugal.

Como último objetivo, pretende-se criar um modelo explicativo de base empírica da sexualidade dos jovens com as dimensões do seu “mundo”.

Ao nível estrutural, este trabalho encontra-se dividido em duas partes.

Uma primeira parte, de natureza teórica, onde se fará no capítulo I, uma revisão da literatura científica sobre o conceito de sexualidade, com os mitos associados e os paradigmas vigentes acerca da mesma. Num primeiro subcapítulo abordar-se-á a perspetiva histórica da sexualidade até à atualidade, perspetivando de igual modo, os problemas éticos do novo milénio. Num segundo subcapítulo, recapitular-se-á a contribuição das teorias psicológicas para a compreensão da sexualidade e da sua evolução. No capítulo II, far-se-á uma abordagem ao conceito da sexualidade nos jovens. A divisão em subcapítulos permite-nos revermos conceitos, tais como a formação da identidade, identidade sexual e género e as mudanças ocorridas na sexualidade dos jovens. Referimos de seguida, as investigações realizadas no âmbito nacional e internacional ao logo das últimas décadas, dando relevo a áreas como as vivências e práticas sexuais, expectativas, informação e crenças, saúde sexual e saúde mental e finalmente a noção de duplo padrão.

Na segunda parte, de âmbito prático e depois de uma revisão da literatura anteriormente realizada, é apresentada a investigação empírica, onde se procurou descrever a sexualidade dos jovens nos diferentes domínios, assim como comparar diferenças nas variáveis em estudo, homens/mulheres, faixas etárias, entre outros. Esta parte é composta por capítulos dedicados à metodologia, aos participantes, aos instrumentos, que avaliam as vivências sexuais, as práticas sexuais atuais, as fantasias sexuais, a orientação sexual, as crenças e informação sexual, os problemas sexuais e a saúde mental. Apresenta-se a análise estatística utilizada, seguida da apresentação dos resultados e discussão dos mesmos. Por fim, também apresentamos uma proposta de Modelo Explicativo Teórico da sexualidade dos jovens universitários portugueses.

# Parte I: Considerações teóricas



## **2. A sexualidade**



## 2.1. O que é a sexualidade?

Embora a palavra sexualidade já existisse na linguagem da biologia e da zoologia por volta de 1800, foi apenas nos finais do século XIX, que passou a ser usada num sentido próximo do que hoje tem a qualidade de ser sexual ou de ter sexo (Foucault, 1994, Giddens, 1996).

A sexualidade tornou-se um dos assuntos mais discutidos nos tempos modernos, embora, Freud (1905, 1915) já nos fins do século passado, tenha escrito e debatido muitas questões relativas à sexualidade e ao comportamento sexual. Falar sobre sexualidade não implica apenas explicar o biológico, trata-se de algo bem mais complexo, porque tal assunto engloba crenças e valores existentes em diferentes contextos culturais. A sexualidade humana está sujeita a variações culturais, sociais e de grupos da sociedade, daí a pertinência de se rever alguns conceitos existentes sobre sexualidade.

Segundo Laplanche (1988), para a teoria psicanalítica a sexualidade não diz respeito só às atividades e ao prazer ligados ao funcionamento do aparelho genital, mas refere-se a toda uma rede de atividades e excitações que estão presentes nos seres humanos desde a tenra idade. De fato, a forma como a sexualidade se expressa varia ao longo da vida do ser humano e está presente ao longo de todo o ciclo vital.

Segundo Foucault (1997), o termo sexualidade passou a ser utilizado no início do século XIX enfocando o corpo, a questão biológica e reprodutiva, as relações individuais ou sociais do comportamento. Para este autor, a sexualidade é um dispositivo de poder, ou seja, é uma relação que se estabelece entre discursos, instituições, leis, enunciados científicos, proposições morais, filantrópicas e filosóficas que tem a finalidade de controlar as populações.

Na impossibilidade de distinguir claramente os aspetos sexuais dos não sexuais, consideremos três ideias fulcrais para a compreensão da sexualidade humana (Martinez & Sánchez, 1997):

1. A sexualidade é algo inerente ao nosso ser;
2. Existe uma mútua e contínua inter-relação entre os aspetos sexuais e os aspetos não sexuais;
3. A sexualidade está mediatizada por tudo o que somos enquanto pessoas o que, por sua vez, influencia o modo como pensamos e agimos.

“A sexualidade, como todas as realidades complexas, não pode ser definida a partir de um único ponto de vista, uma só ciência ou umas quantas palavras. O que hoje sabemos sobre a sexualidade é o resultado de múltiplas aproximações feitas a partir de diferentes ciências. Por isso, o Estudo da

Sexualidade Humana é, provavelmente, mais do que nenhuma outra, um ramo do saber interdisciplinar”. Lopez & Fuertes (1999, p.8).

### **2.1.1. Mitos, tabus e crenças**

A sexualidade tem sido vista como tabu durante várias gerações, cercada de mitos e de difícil discussão dentro da sociedade. Segundo Gauderer (1994), os mitos e tabus apareceram sob forma de regras para controlar e estabelecer limites ao sexo. Por exemplo, o tabu do incesto teria como objetivo evitar a mistura genética de pessoas consanguíneas, o que poderia levar à deterioração da espécie. De igual modo, o uso de roupas cobrindo partes eróticas e sensuais do corpo tinham como objetivo não estimular eventuais parceiros. Também os tabus e mitos a respeito da masturbação, sexo anal e homossexualidade apareceram exatamente por não se tratar de atividades com fins reprodutivos, e ainda persistem nos jovens (Béjin, 1993; Nascimento & Gomes, 2009 e Kaestle & Allen, 2011).

A concepção religiosa é carregada de tabus que influenciam a maneira como o ser humano encara a sexualidade. O primeiro dos tabus refere-se ao “pecado” de Adão e Eva, a partir do qual, tudo o que respeita ao relacionamento sexual está carregado de um sentimento “de vergonha”. O peso dessa herança judaico-cristã ainda se encontra bastante presente na nossa sociedade, começando no próprio seio familiar. A sexualidade não é algo uniforme, tem vários aspetos, sendo uma constante descoberta. Ela está diretamente ligada ao exercício da cidadania, pelo respeito por si e pelos outros, nas questões de género, saúde e no direito à informação e ao conhecimento, pois a informação sexual procura desvincular a sexualidade de mitos, tabus e preconceitos.

As instituições sociais reforçam os papéis tradicionalmente reservados a cada género: o homem como provedor, sempre preferencial para o mercado de trabalho (lugar que discrimina a mulher, onde esta ainda não conseguiu o seu lugar e igualdade de direitos), a mulher como reprodutora, cuidadora dos filhos, objeto sexual e perpetuadora dos bons costumes. Na ideologia capitalista, de procura da beleza e da perfeição, as mulheres continuam de certa forma a sofrer preconceitos, sendo excluídas ainda do mercado de trabalho, da participação na vida cultural, educacional e de lazer (Souza, 1997).

Zilbergeld (1999)	Hawton (1985)	Heiman e LoPiccolo (1988)
Mitos masculinos	Mitos masculinos e femininos	Mitos femininos
Os homens não devem expressar certos sentimentos	Um homem está sempre pronto para o sexo	Sexo é só para menores de 30 anos
No sexo como noutras situações, o que conta é o desempenho	O sexo só deve ocorrer por decisão do homem	As mulheres normais têm orgasmo sempre que fazem amor
O homem deve assumir a condução do ato sexual	O sexo equivale a penetração: tudo o resto não conta	Todas as mulheres podem ter orgasmos múltiplos
Um homem quer e está sempre pronto para o sexo	Quando um homem tem uma ereção, deve usá-la para atingir o orgasmo o mais depressa possível	A gestação e o parto reduzem a capacidade de resposta feminina aos estímulos sexuais
Todo o contato físico deve levar ao sexo	O sexo deve sempre ser natural e espontâneo	A vida sexual da mulher para com a menopausa
Um homem deve ser capaz de durar toda a noite	Todo o contacto físico deve levar à penetração	Os orgasmos vaginais são mais femininos e maduros do que os clitorianos
Masturbação em excesso é negativa	Os homens não devem expressar os seus sentimentos	Uma mulher capaz de reagir sexualmente pode sempre ser excitada pelo parceiro
Quando se tem um parceiro sexual não se deve necessitar de masturbação	Os homens devem saber como dar prazer a qualquer mulher	Mulheres decentes não ficam excitadas com estímulos eróticos
O sexo equivale a penetração	O sexo é realmente bom apenas quando os parceiros têm orgasmos simultâneos	Mulheres que não gostam de formas exóticas de sexo são frígidas
O sexo requer uma ereção	Se os parceiros se amam saberão como satisfazer-se mutuamente	Mulheres que não atingem o orgasmo rápida e facilmente têm problemas
Bom sexo é uma progressão linear de excitação que termina necessariamente com o orgasmo	Os parceiros sabem instintivamente o que o outro pensa ou quer	As mulheres femininas não procuram sexo nem se tornam desenfreadas e selvagens durante o sexo
Ter fantasias sexuais significa que não estou satisfeito com o meu parceiro sexual	A masturbação é suja e perigosa	As mulheres são frígidas se não tiverem fantasias sexuais e devassas se as tiverem
O sexo centra-se num pénis rijo e o que com ele se faz	Qualquer mulher que inicie a atividade sexual é imoral	A contraceção é responsabilidade da mulher
	A masturbação no âmbito de uma relação sexual é errada	
	Se um homem perde a sua ereção isso significa que ele não acha o seu parceiro sexual atrativo	
	É errado ter fantasias sexuais durante uma relação	
	Um homem não pode dizer não ao sexo/uma mulher não pode dizer sim ao sexo	
	Existem certas regras universais acerca do que é normal no sexo	

Figura 1. Lista de mitos e crenças sexuais (adaptado por Nobre, 2003)

Mas não é só no ambiente familiar que a discussão sobre sexualidade é negada e interdita, assim também acontece nas instituições de ensino, em sua grande maioria pouco preparadas para tratar de tal tema.

As manifestações da sexualidade afloram principalmente na adolescência e é comum que a sociedade, família e escola fechem os olhos para isso. A família, que é responsável por uma

boa parte da educação sexual das crianças e jovens, tende a impor proibições e valores associados à sexualidade que, nos seus discursos, gestos e expressões, são aprendidos pelas crianças e jovens.

Além da família e da escola, fontes como *os média*, os livros, a internet e pessoas externas à família como por exemplo os grupos de pares, também influenciam direta e decisivamente na formação sexual das crianças e dos jovens (Figueiredo & Bandeira, 2000).

É sabido que a informação é necessária, mas ela só por si é insuficiente para se poder deduzir que provoca mudanças de atitudes e de hábitos. Existe um conjunto de crenças que podem constituir um obstáculo à prevenção desses comportamentos.

Na medida em que foi ficando clara a complexa dimensão social da relação entre sexualidade e saúde, as pesquisas e as intervenções relacionadas com temas como violência sexual, gravidez não planeada e risco de infeção pelo VIH, entre outros, tornaram-se preocupações centrais dos pesquisadores em todo o mundo.

### **2.1.2. Novos paradigmas vigentes associados à sexualidade em Portugal.**

À luz da pesquisa levada a cabo, verificámos que a primeira referência à Saúde Escolar em Portugal data de 1901. Evoluiu até aos nossos dias, continuamente sujeita a várias reformas e passou por etapas diversas. Ao longo deste percurso, salientam-se, como momentos relevantes, nalgumas escolas, a existência de um médico, a preocupação com o exercício físico e o desporto, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável dos alunos, o combate à droga, tendo como meta a promoção da saúde de todos os alunos inseridos na escolaridade obrigatória e, mais recentemente, a educação para a sexualidade, inserida na Educação para a Saúde, tendo como primordial preocupação o bem-estar físico, intelectual, mental, psicológico e social das crianças e jovens (Rocha, A.; Marques, A.; Figueiredo, C.; Almeida, C.; Batista, I. & Almeida, J., 2011). Todavia, e apesar de aprovada, não foi regulamentada, o que levou à não generalização da mesma por todas as escolas do país. Cada uma começou a desenvolver os seus próprios projetos à sua maneira. Ao fim de tantos anos, os Programas de Educação para a Saúde Escolar ainda têm muito que evoluir (Piscalhoo, Serafim e Leal, 2000).

Através de legislação e disposições legais consultadas, infere-se que as áreas prioritárias de intervenção da saúde escolar têm vindo a sofrer várias alterações desde o seu prelúdio até à atualidade, nomeadamente a nível das áreas: da Saúde Mental, Saúde Oral, Alimentação Saudável, Atividade Física, Ambiente e Saúde, promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes, Saúde Sexual e Reprodutiva e Educação para o Consumo.

A nível da educação foi aprovada em 1984, uma Lei que abordou a necessidade, com carácter obrigatório, com o apoio do Estado para a implementação de Programas de Educação para a Saúde Escolar.

Em 2005, foi criada uma Comissão, liderada pelo Professor Daniel Sampaio e pela Professora Margarida Matos, para avaliar a necessidade do ensino de Educação Sexual nas escolas. Existindo alguma insuficiência nesta matéria, o objetivo da comissão, foi de avaliar, propor e acompanhar as matérias relativas à Educação Sexual nas escolas.

Em 2009, foi estabelecido o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, na rede pública e privada e em 2011, a portaria n.º196-A de 9 de abril estabeleceu a implementação da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e secundário, alicerçada num Gabinete de Educação Para a Saúde, e definiu as respetivas orientações curriculares para cada nível de ensino. A afetividade e a dimensão ética da sexualidade foram um dos baluartes desta nova visão do ser humano em crescimento.

Numa visão global, aferimos que a Saúde Escolar tem vindo a adaptar-se às necessidades das crianças e jovens e às preocupações dos formadores ao longo dos tempos. Para isso, a educação e a saúde agregam parcerias que conduzem à promoção de estilos de vida saudáveis e alertam para comportamentos de risco com implicações na saúde e na qualidade de vida de todos os intervenientes.

A nível da saúde, a medicina contribuiu no controlo normativo e tecnológico da sexualidade feminina e da reprodução. As questões de saúde sexual e reprodutiva levaram a novos enquadramentos legais e novas políticas no contexto da educação e da saúde. Embora muitas mudanças sociais e culturais tenham ocorrido nas últimas décadas no campo da sexualidade e das relações de género (Bozon, 2004), o exercício sexual na adolescência e juventude ainda continua a ser tratado por muitos como uma atividade de risco (Shoveller & Johnson, 2006), frequentemente associado às DSTs e gravidezes imprevistas. Essas mudanças no cenário sociocultural que moldam o comportamento sexual estão relacionadas a muitas transformações sociopolíticas, derivadas do movimento feminista, no âmbito das relações familiares. Assim, o domínio e a utilização dos cuidados contraceptivos e de proteção contra DSTs tornam-se cada vez mais centrais, tendo em vista a multiplicidade de experiências afetivo-sexuais que podem integrar uma trajetória juvenil (Brandão, 2009).

A nível político, as mudanças nas relações de género e nas relações sexuais, refletem sempre mudanças políticas, económicas e culturais mais amplas (Lancaster & di Leonardo, 1997). Segundo os autores, a incorporação da economia política social e cultural sobre sexualidade está assente em quatro movimentos ocorridos desde os anos 1960: a revolução sexual, o feminismo, a libertação gay e o movimento por direitos civis. De notar que, da pesquisa realizada não foi possível encontrar um corpo sólido que nos permitisse descortinar esta estrutura paradigmática em Portugal.

A nível do direito, o direito penal é o campo normativo que, de certa forma, restringe a sexualidade. As proibições penais são essencialmente de dois tipos: as que proíbem certas formas de atividade sexual e as que modelam a responsabilidade de outros crimes que violam outros interesses, mas com motivações de natureza sexual. Os crimes sexuais são atos que atentam contra a liberdade, na esfera sexual. Distinguem-se “crime contra a liberdade sexual” propriamente ditos de “crimes contra a autodeterminação sexual” - de crianças, adolescentes ou menores dependentes. O modelo liberal democrático adotado pelo Código Penal, com poucos desvios (é o caso da punição autónoma dos atos homossexuais com adolescentes) e a evolução no sentido de reconhecer efeitos jurídicos a uniões de facto homossexuais são sinais de abertura do legislador a uma visão pluralista de valores e comportamentos (Beleza, 2003). Atualmente, o direito acompanha as mudanças sociais ocorridas, nomeadamente a lei da liberalização do aborto em 2007, a lei que permite o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo em junho de 2010.

Assistiu-se a mudanças de paradigmas ao longo do tempo. Atualmente e devido às circunstâncias históricas, vivemos num paradigma onde se integraram diferentes domínios tais como a educação, a saúde sexual, o movimento político, social, económico.

## **2.2. Perspetiva histórica da sexualidade**

No início da civilização, as atividades sexuais eram livres, sem qualquer conotação de promiscuidade. Os filhos eram descendentes da linhagem materna, sem certezas de quem seria o pai (Engels, 1982). Assim, formavam-se os clãs a partir dos grupos familiares. O surgimento das primeiras propriedades privadas levou a uma nova forma de organização social, o relacionamento sexual passou a ser atividade do casal, para que seus filhos legítimos pudessem herdar os bens desse clã. Os casamentos levaram à organização de famílias em sistema patriarcal, com linhagem sanguínea paterna. O sexo passou a ter como objetivo a reprodução; as mulheres tornaram-se submissas aos maridos, a quem se mantinham fiéis sexualmente, contrariamente aos homens que podiam manter atividades sexuais fora do casamento. A partir daí, o exercício da sexualidade passou a ter outras finalidades além da reprodução. Podemos praticá-lo por prazer, por amor e por muitas outras motivações, tais como razões económicas, proteção, aliança, etc...(Mottier, 2010).

### **2.2.1. Antiguidade**

Durante a Antiguidade, a moralidade sexual era extremamente regulada por regras morais e legais. Os antigos não se definiam em termos de identidades sexuais e existiam variações regionais e históricas (Mottier, 2010).

Baseando-nos em Atenas e Roma antigas, podemos avaliar que a moralidade sexual era regulada por regras morais e legais.

Na sociedade grega, o governo político e social estava nas mãos de uma pequena elite de cidadãos adultos do sexo masculino. As mulheres atenienses eram consideradas inferiores e estavam sempre à guarda legal de um familiar do sexo masculino.

A cultura sexual estava organizada à volta do prazer do homem, adotando-se uma noção falocêntrica do sexo. Os homens eram encorajados a usar o sexo de penetração para dominar e controlar o parceiro submisso. Desta forma o sexo refletia relações de poder sociais e políticas.

As mulheres eram consideradas passivas, fracas, húmidas e frias, que perderiam calor corporal através das perdas da menstruação. Roubavam aos homens, o seu calor e energia através do sexo. O seu sexo era considerado perigoso para os homens, se praticado em grandes quantidades, porque se arriscavam à feminização ao perder calor corporal. Estava presente a ideologia patriarcal, concedendo autoridade e prestígio ao homem e considerando a mulher como inferior, por lhe faltar o “calor vital” necessário para atingir a perfeição metafísica do corpo masculino (Costa, 1995).

Os objetos adequados para penetração eram as mulheres, rapazes, estrangeiros e escravos. A posição social era definida com base na diferenciação ativo/passivo. Os atenienses consideravam naturais e honrados os casos amorosos entre adultos e rapazes adolescentes, desde o início da puberdade até ao final da adolescência. O termo usado para descrever a procura de rapazes adolescentes por homens adultos era “pederastia”, a qual era considerada uma relação de orientação pedagógica e erótica entre um homem adulto, o “erastes” (amante) e um “pais” (rapaz), jovem e passivo chamado “eromenos” (amado), normalmente entre os 12 e os 17-20 anos. Frequentemente encarada como parte da educação de um jovem, a pederastia institucionalizava uma relação em que o mentor instruía o rapaz em matérias filosóficas e de conhecimento geral, preparando-o para o papel de cidadão (Mottier, 2010).

Em Roma, a posição cívica das mulheres era mais elevada do que em Atenas. As mulheres tinham uma maior independência, pelo menos as que pertenciam a classes altas. Roma e Atenas não formavam uma cultura unitária no que respeita à sexualidade. A sodomia não era tão geralmente aceite na cultura romana, nem as relações pederastas.

Na cultura greco-romana existiam ansiedades culturais relativamente ao sexo e à alimentação. Inspirando-se na medicina hipocrática em Platão e Aristóteles, médicos romanos como Galeno realçaram ainda mais os perigos dos “Excessos” e os benefícios da frugalidade nutricional e sexual (Garton, 2009).

O sexo comercial era bastante difundido no mundo antigo. Em algumas cidades gregas e romanas, as prostitutas contribuíam com impostos para a economia local. Os clientes eram exclusivamente do sexo masculino, mas as pessoas que se prostituíam eram mulheres, e também homens jovens e adolescentes (ex-escravos e não cidadãos). O acesso sexual aos corpos submissos de mulheres e rapazes adolescentes por homens sexualmente assertivos tinha uma grande importância para a ordem da Atenas clássica (Mottier, 2010). A prostituição masculina demonstra o elo estreito entre sexo, género e política na Antiguidade; embora a prostituição masculina não fosse ilegal, os homens livres eram vistos como rebaixando-se ao aceitarem o papel de objeto sexual. Qualquer ateniense masculino que tivesse praticado prostituição na sua juventude punha em causa os seus direitos futuros de cidadania social e política.

### **2.2.2. Cristianismo**

A história do Cristianismo refere-se com frequência à sexualidade, sendo o objetivo da igreja consolidar e expandir o seu poder político (Dantas, 2010).

Inicialmente, o Cristianismo incorporou algumas das ideias de autodomínio do final da Antiguidade, promovendo a virgindade e a abstinência. Caracterizou-se pela intensa repressão à sexualidade e extrema valorização da virgindade e da castidade, sendo os principais pensadores, São Paulo, São Tomás de Aquino e Santo Agostinho. O Concílio de Elvira, celebrado em Espanha em 305, decretou o celibato para todos os clérigos, medida oficializada posteriormente para toda a igreja. Esta medida foi revogada em Niceia (325). E apesar de várias reuniões ulteriores defenderem a posição expressa em Elvira, foi apenas no século XIII que a Igreja conseguiu impor o conceito de celibato clerical (Bullough & Brundage, 1994). O desejo era visto como impedindo o homem de se concentrar na espiritualidade. As exigências inicialmente restringidas à vida monástica nos séculos XVI e XVII tornaram-se universais.

Os tratados teológicos elogiavam a virgindade feminina e a literatura monástica era destinada aos homens isolados em mosteiros, para combater a tentação e o desejo carnal. O que mais preocupava a igreja era o pensamento que podia perturbar os monges e ameaçava a santidade e a castidade da alma e não tanto a castidade física “ Parece ser mais o imaginário do desejo do que o perigo do ato sexual o que atrai a atenção dos monges” (Vainfas, 1986, p.18). Para tal, práticas de mutilação corporal foram adotadas, visando inibir os instintos. (Dantas, 2010).

O Sexo foi relacionado a carnalidade, ao pecado do corpo, em contraposição à sacralidade do Espírito. Estabelece-se aí a base de entendimento, que se replicará em muitas outras correlações e aplicações, especialmente a determinação de condutas adequadas às diferentes categorias, geralmente critérios ligados ao género e limites etários (Lenoir, 2003).

Durante a Idade Média, o cristianismo passou por um cisma. Vários religiosos em toda a Europa puseram em causa diversos conceitos católicos, iniciando-se um movimento de

protesto e rebelião contra a Igreja Cristã: a Reforma Protestante. Estes protestantes vão criar novas orientações religiosas, nomeadamente em relação ao comportamento sexual. O movimento Protestante originou inúmeras ramificações religiosas, sendo atualmente, na sua maioria, conhecidos como evangélicos.

O cristianismo traz uma conceção baseada na repressão, em que sexualidade significa deveres conjugais. A dimensão espiritual toma um grande lugar na conceção da sexualidade, deixando pouco lugar à dimensão erótica. A sexualidade tem por único objetivo a reprodução sendo outro objetivo do ato sexual considerado pecado. Castiga-se o corpo para se santificar, fala-se dos pecados da carne, valoriza-se a virgindade. As afeções são provocadas pelo diabo ou bruxas. O padre é quem cura os males. A igreja penaliza o discurso sobre sexualidade, sendo este assunto abordado no confissãoário, onde o pecador poderá desculpabilizar-se dos seus pensamentos e atos “contra natureza” (Mottier, 2010).

Após autorizar o ato sexual no casamento, a igreja resolveu controlá-lo por meio de legislação canônica, para poder regular a instituição matrimonial. Os códigos jurídico-teológicos relatavam os atos proibidos e permitidos de forma detalhada. “O ato sexual foi proibido nos dias sagrados, nas celebrações religiosas, aos domingos, nos períodos de menstruação, gravidez, amamentação e nos quarenta dias após o parto. Até ao século XVI, os conjugues não podiam relacionar-se sexualmente em 273 dias do ano, o que tornava os restantes dias, uma obrigação para os conjugues” (Dantes, 2010). Os códigos canônicos também se referiam à posição sexual, admitindo somente que o homem estivesse sobre a mulher, para reforçar a superioridade do homem. Foi assim elaborada uma classificação das luxurias, ou seja das transgressões e das suas respetivas penas.

A sodomia também ganhou relevo nas práticas confessionais medievais, em particular nos séculos XIII e XIV. Esta prática representava o descontrolo sexual contrário à natureza. As condenações de tais atos, passavam da castração até à condenação à morte na fogueira. Apesar de moralista, certas cidades renascentistas tinham, tal como Florença, (criado em 1432), um departamento para lutar contra os crimes de sodomia. De facto, eram frequentes as relações entre homens adultos, em geral com menos de trinta anos e jovens dos 12 aos 18 anos, assumindo estes, a posição passiva/feminina no ato sexual. A maioridade para os crimes era 16 anos enquanto para a sodomia eram os 18 anos, o que mostra uma certa tolerância à esta prática sexual. Acreditava-se que os jovens eram especialmente suscetíveis à sodomia e à sensualidade em geral e que entre os 14 e os 25 anos, os rapazes perdiam toda a capacidade de autocontrolo devido à sua conpuscência sexual. A cidade aceitava de forma natural a construção da masculinidade que passasse por uma fase homossexual passiva na adolescência, outra homossexual ativa na idade adulta jovem e uma heterossexual no casamento (Rocke, 1996).

### 2.2.3. Amor romântico

A partir do século XVIII, na Europa, surge o amor romântico, que transporta a ideia de liberdade para a busca do parceiro ideal, considerado um aspeto desejável no matrimónio. O amor romântico, juntamente com outras mudanças sociais, afeta a visão sobre o casamento até então, e suscita a questão de compartilhar, de intimidade do casal e ajuda a separar o relacionamento destes outros aspetos da organização familiar. O sexo une-se ao amor e começa a fazer parte do casamento, dada a possibilidade de escolha do parceiro.

Durante muitas décadas, o amor romântico manteve-se associado ao casamento e à maternidade, reforçando a ideia de que o verdadeiro amor uma vez encontrado é para sempre (Giddens, 1993).

A era vitoriana ocupa um lugar de destaque no puritanismo, na austeridade e na repressão excessiva. A insistência da rainha Vitória no decoro e respeitabilidade pareceu, aos reformistas morais do século XIX definir a era que veio a ter o seu nome (Garton, 2009). Ao mesmo tempo que se tornava tabu as discussões sobre sexo, sexualidade e funções do corpo, floresciam simultaneamente a pornografia e a prostituição, num submundo sexual, como escape no crescente comércio dos vícios (Marcus, 1966).

No final do século XIX e princípio do século seguinte, um conjunto de influentes académicos como Havelock Ellis, Margaret Sanger Richard von Krafft-Ebing, Sigmundo Freud diagnosticou as consequências da repressão sexual e definiu a época vitoriana como pouco saudável do ponto de vista sexual.

### 2.2.4. Patologização da sexualidade

As questões relacionadas com o corpo e o comportamento sexual eram preocupações da religião e da filosofia moral. No século XIX, a sexologia entrou em cena, estabelecendo conceitos e critérios que tornaram a sexualidade foco da existência humana (Weeks, 2000). O marco para a patologização da sexualidade deu-se com a publicação, em 1886, da obra *Psychopathia Sexualis*, de Richard von Krafft-Ebing. Todas as formas de expressão sexual que não correspondiam ao modelo reprodutivo eram consideradas pecado contra a natureza, ideia muito difundida pelas influências judaico-cristãs e creditada pelas correntes biomédicas enquanto perversão. A palavra *perversão* serviu para impor um valor moral-normativo e não terapêutico, reforçando a ideia de uma sexualidade vinculada à genitalidade e à heterossexualidade (Toniette, 2009). As exigências da vida moderna afetariam o sistema nervoso, fazendo subir o número de doenças mentais que podiam ser transmitidas à descendência, embora alguns fatores ambientais tivessem importância, como a sedução e a masturbação (Vaz, 2003).

Em Portugal, Egas Moniz, dedicou parte da sua carreira médica ao estudo da sexualidade. Foi Egas Moniz que introduziu as ideias freudianas e a teoria da degeneração de Krafft-Ebing em Portugal. A sua tese de Medicina - *Vida Sexual, Fisiologia e Patologia* (Coimbra, 1900) - foi publicada inicialmente em dois volumes, um primeiro que saiu em 1901 e um segundo em 1902. No seguimento do seu mestre Daniel de Matos, Egas Moniz procurou instruir a população portuguesa sobre a sexualidade, a natalidade, a fisiologia e as psicopatias sexuais. Este movimento de medicalização da sexualidade, numa perspetiva higienista levou ao estabelecimento de uma conceção saneadora da sociedade, a partir de focos de doença e de desordem, moralizando a sociedade.

### **2.2.5. Revolução sexual**

A opinião social era até então muito importante para as decisões dos jovens. O noivado era um compromisso formal para o casamento, o casal podia avançar nas intimidades, mas sem esquecer a manutenção da virgindade até às núpcias (Bassanezi, 1997). As jovens tinham receio de ficar solteiras, e se aos 20 anos não tivessem ainda casado ou com casamento marcado, era vista como “encalhada” e aos 25 anos, como “solteira”, enquanto o jovem aos 30 anos, se fosse financeiramente estável, era considerado como um bom partido (Bassanezi, 1997). Se os pais não fossem a favor do casamento dos filhos, dificilmente esse casamento se realizava. As revistas da época mostravam as jovens como “raparigas de família” e “raparigas levianas (Bassanezi, 1997). As raparigas de família tinham o respeito da sociedade, casando e sendo donas de casa, todavia, deveriam manter-se virgens até ao casamento (Ribeiro & Martins, 2007). Até então, a sociedade defendia a virgindade até ao casamento, e a fidelidade a um só parceiro ao longo de toda a vida.

Desde a segunda Guerra Mundial, constatou-se uma nítida evolução da sexualidade, sobretudo nos jovens. Após a Revolução sexual (1950-1970), e com o final da censura nos meios de comunicação existentes, a dimensão erótica ficou cada vez mais presente na vida dos jovens. Considera-se neste contexto o erotismo como aquilo que provoca desejo. Assim, acentuou-se o aumento de imagens, reportagens, situações sobre a sexualidade humana, em especial na televisão e nas manifestações artístico-culturais, em especial na música com grande impacto na infância e juventude.

O Movimento Feminista, na década de 1960, veio denunciar a desigualdade e questionar os papéis de mãe, educadora e esposa, promovendo uma nova imagem de mulher, participativa na vida familiar, social e do trabalho (Pacheco, 2003).

Assistiu-se a uma “pornografização” da sexualidade. As atividades corporais e eróticas foram sobrevalorizadas e negou-se a dimensão espiritual da pessoa. No período pós guerra,

promoveu-se a capacidade orgásmica das mulheres, assistindo-se ao nascimento do movimento hippy que defendia o amor livre, isto é, o sexo pelo prazer. A descoberta da pílula anticoncepcional, na década de 1960, bem como o aprimoramento de outros métodos contraceptivos, foram fenômenos determinantes para novas práticas sexuais, principalmente as femininas. A partir daí e com o apoio dos diversos movimentos sociais (feminista e gay, entre outros) que surgiram nessa mesma década, deu-se novo significado à sexualidade. O aperfeiçoamento dos anticoncepcionais deu a oportunidade às mulheres de separar reprodução de prazer. Também gerou, na maioria delas, um sentimento de confiança e de poder sobre si mesmas, sobre os seus corpos e sobre as suas vidas. A existência de métodos anticoncepcionais mais discretos e seguros auxiliou muito a libertação sexual da mulher (Beauvoir, 1949).

Também ocorreram transformações ligadas à conjugalidade. Até aqui, o casamento civil e religioso eram a regra. As mulheres ficavam resignadas às relações matrimoniais e aceitavam naturalmente a infidelidade dos maridos. O relacionamento entre pessoas do mesmo sexo era rotulado como doença. Atualmente, é cada vez menor o número de casais heterossexuais que se casam oficialmente, seja no civil ou no religioso, verificando-se a sua ocorrência, com maior frequência, numa idade mais avançada. O número de divórcios também tem vindo a aumentar proporcionalmente (Mottier, 2010).

A homossexualidade, apesar de ainda sofrer discriminações, principalmente no que se refere à conjugalidade, é uma prática aceita e difundida, devendo-se, em parte, à influência de mudanças tal como o movimento gay.

As modernas técnicas reprodutivas também têm gerado transformações sociais, principalmente porque envolvem uma série de questões ligadas à bioética. Essas novas tecnologias reprodutivas questionam verdades e realidades até há pouco imutáveis; a fertilização in vitro, a barriga de aluguer, o útero artificial, a clonagem, cada vez mais desvinculam a relação sexual da procriação.

Durante os anos de 1970 e 1980 a produção de filmes com a "exploração sexual" de adolescentes foi grande. Hollywood investiu nos adolescentes por serem o maior grupo da população que frequenta os cinemas. Inúmeros filmes apresentam o sexo na adolescência, por vezes de forma inadequada, uma vez que, a relação sexual é apresentada natural, na ausência de um anticoncepcional, além de favorecer a banalização do ato sexual. Estes filmes podem ser vistos como incentivadores ao início da vida sexual do adolescente sem medidas contraceptivas, favorecendo, a gravidez na adolescência (Stasburger, 1999).

A revolução sexual veio assim legitimar uma nova forma de conceitualizar o sexo e a sexualidade, no sentido de permitir novas práticas sexuais mais liberais do socialmente aceitável, mais desligadas da ideia de procriação e com maior liberdade de escolha no domínio sexual.

### **2.2.6. A crise da Sida**

O surgimento do VIH/Sida (Síndrome de imunodeficiência adquirida) no início da década de 1980, abriu a reflexão sobre a necessidade de modificar o comportamento sexual; a liberdade dos anos 1960 - 1970 é substituída por uma liberdade mais consciente, mais cautelosa. Renascem associações anteriores ao risco e ao perigo, reaparecendo os medos das doenças sexualmente transmissíveis, acerca da prostituição e outras minorias étnicas ou sexuais. Isso levou a uma reaproximação dos conceitos religiosos como intervenientes na política da sexualidade. “Acreditava-se que a nova doença decorria da anarquia sexual e do colapso dos valores morais. Profetas do apocalipse definiam o final do século XX como um período de horror, marcado pela falência da instituição familiar, pela ruína da religião e pela instauração do caos sexual com a revolução proclamada pelos movimentos feministas e homossexuais” (Dantas, 2010, p722).

São promovidas campanhas a favor da abstinência sexual, como resultado do crescimento do número de casos de Sida e gravidezes entre as adolescentes. O sexo aparece como algo perigoso, provocando doenças e gravidezes precoces.

“As epidemias de doenças venéreas são a forma apocalítica de anarquia sexual, e a sífilis e a Sida ocuparam posições semelhantes nos finais dos séculos XIX e XX, como doenças que parecem resultar de transgressões sexuais e que geraram pânico moral. Ambas as doenças deram margem a campanhas de castidade sexual e social e caracterizaram o recuo na liberalização das atitudes sexuais” (Showalter, 1993, p. 245).

Esta geração, que hoje vive na infância e na adolescência, nasceu sob o impacto da última revolução sexual do século XX. Assim, o surgimento do VIH e o aparecimento da Sida levou a um fenómeno que obrigou a uma mudança comportamental, do "amor livre" para o "sexo seguro" (Hebert, 1991). Apesar de tudo, o VIH/SIDA levou à necessária discussão no seio da sociedade, dos assuntos ligados ao sexo e à sexualidade, tornando visível e explícita a informação que até então não estava disponível.

### **2.2.7. Cybersexo**

A Internet cresceu rapidamente e os jovens utilizam-na cada vez mais para fins tanto informativos, académicos ou de entretenimento, principalmente quanto à sexualidade (Salmon & Zdanowicz, 2007). Os autores realizaram uma revisão da literatura dos últimos anos para investigar a influência da Internet sobre a sexualidade do adolescente em França. Observaram que 44% dos jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, procuravam informação sobre sexualidade na Internet, todavia, não existia uma comunicação direta com um adulto ou profissional na obtenção de informação. Parece também que o nível de risco da sexualidade (sexualidade compulsiva, perversão, hipersexualidade), mas também em termos de saúde (falta de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis) possam estar presentes e em parte devido a algum uso da Internet. A depressão entre adolescentes às

vezes parece correlacionada com uma solicitação sexual traumática na rede. No entanto, os autores afirmam poder esse instrumento servir para tentar desenvolver formas efetivas de proteger os jovens, sem privá-los do potencial desses meios de comunicação.

Nesse sentido, no âmbito de umas jornadas, com o tema “A saúde sexual dos jovens do Québec (Canada), realizadas no Québec em Dezembro de 2011, Bluza (2011), defendeu a utilização da internet como forma de dar a conhecer aos jovens, informação clara, real e de qualidade em relação à sexualidade.

Outros autores têm uma posição mais rígida em relação aos perigos da internet. As mensagens de apelo sexual nos meios de comunicação e como apontam Lopes & Maia (1993) o corpo e a sexualidade têm sido usados exaustivamente para divulgar e vender “desde sabão em pó até toalhas de banho”, tornando-se produto consumível. Essa banalização da sexualidade tem dificultado a tarefa de educar, de associar sexo a afeto, responsabilidade e promoção da saúde.

Atualmente, existe uma infinidade de formas de explorações artísticas e comerciais do sexo em programas televisivos, revistas, filmes, linhas telefónicas eróticas, vídeos, etc. Mas provavelmente o mais poderoso meio de comunicação que explora os temas sexuais é hoje a Internet. Os avanços na área da comunicação propiciaram o aparecimento do chamado “sexo virtual”.

A masturbação, evidentemente, está muito presente na prática do sexo virtual. Considerando que na base da masturbação estão as fantasias sexuais, no sentido do senso comum, entende-se que a Internet é de facto um contexto predileto para criar e mergulhar numa fantasia sexual, onde os sujeitos estão protegidos pelo anonimato. Segundo Civiletti e Pereira (2002), podem ser considerados dois tipos de internautas: os que consideram a Internet como um prolongamento da vida real tendem a levar para a cama os seus relacionamentos afetivo-sexuais “virtuais”. Por outro lado, os que consideram a Internet como uma espécie de “universo paralelo”, diferente da “vida real”, tendem a manter seus relacionamentos apenas no campo do virtual. No primeiro grupo, os internautas vão criando as relações sociais entre eles, nos “chats”, através das afinidades e o relacionamento pode vir a desenvolver-se consoante a vontade de cada participante. Por vezes, a relação passa do campo do virtual para o real, progredindo através de troca de mensagens e fotos para os telefonemas até chegar aos encontros. Estes internautas consideram os encontros amorosos que se restringem apenas ao contato virtual como uma fantasia, “brincadeira”.

Outro tipo de internauta seria o que busca o *cybersexo* como o objeto para realização do desejo. Este internauta tende a ver a Internet como uma espécie de “universo paralelo”, alheio à realidade, onde ele pode realizar os seus desejos mais reprimidos.

O *cybersexo* é uma nova modalidade potencializadora da exploração de certos campos da sexualidade que habitualmente são socialmente e moralmente reprimidos. O anonimato liberta o indivíduo do seu papel social, possibilitando-lhe vivências de diversas personagens, permitindo-lhe a expressão dos seus desejos mais reprimidos (Civiletti & Pereira, 2002). Conforme refere Amorim (1998), esses são novos canais de sociabilidade que aparecem tanto na Internet quanto nos serviços virtuais oferecidos à população.

“Independentemente do que os desenvolvimentos científicos e tecnológicos trouxeram aos nossos corpos e relações, os significados futuros do sexo serão moldados pela sociedade e pela política” (Mottier, 2010, p 148).

Se por um lado, o recurso à internet neste contexto, facilita o isolamento das pessoas, por outro, também cria novas formas de comunidades, de se encontrarem, de partilha, as quais permitem a ausência do contato físico, reduzindo desse modo o risco das DST's.

### 2.2.8. Problemas éticos do Novo Milénio

Algumas considerações gerais podem ser retiradas desta perspetiva histórica, nomeadamente, que as necessidades, valores e emoções sexuais são produtos de contextos históricos específicos. Nessa ótica, apresenta-se uma seleção de uma lista de questões éticas apresentada por Eli Coleman (1998).

- Proteção de minorias sexuais
- Casamentos homossexuais
- Separação da fertilidade do sexo
- Coabitação não marital
- Alteração da dicotomia masculino/feminino - géneros múltiplos
- Reprodução intencional baseada no desejo-progenituras do mesmo sexo
- Mudança do casamento e das relações - o par mantém-se, mas com opções diversas
- Moralidade sexual deixa de ser baseada nos atos genitais
- Avanços das terapêuticas sexuais médicas e cirúrgicas
- A sexualidade dos idosos e dos “handicaped”
- O cybersexo

Figura 2. Problemas éticos do Novo Milénio  
(adaptado de Eli Coleman, 1998)

Obviamente que a problemática acima apresentada, toda ela presente de forma mais ou menos enraizada, terá um impacto diferente consoante as condicionantes culturais, podendo-se no entanto antever a globalização, pelo menos nos países ocidentais dessas questões.

Perante essa realidade atual e tendo o presente estudo como finalidade a compreensão da sexualidade, em particular dos jovens, a sexualidade aparece como um tema para ser discutido e debatido entre profissionais de saúde, tendo como objetivo encontrar maneiras de informar e orientar os jovens para que protejam ao máximo a sua iniciação sexual, tenham responsabilidade, autoestima e pratiquem sexo com segurança.

## **2.3- Contributo das diferentes teorias para a compreensão da sexualidade.**

A sexualidade é hoje perspectivada como uma das principais interações humanas. Ao longo do tempo, foi tema de registo e referenciada pela arte, através dos poetas, da pintura, da escultura e das crenças religiosas, através da igreja, até passar para a medicina, convertendo-se em ciência: sexologia, legitimadora da moral sexual, fazendo com que as crenças morais fossem questionadas, levando aos avanços científicos na sociedade atual (Vaz, 1993). A sexualidade não é entendida como uma ciência, mas sim como uma área de conhecimento onde exercem várias influências todas as ciências.

De forma a clarificar a apresentação, optou-se por agrupar um conjunto de contribuições científicas as quais influenciaram a evolução do estudo da sexualidade sendo elas: a psicanálise, a psicologia cognitiva, a psicologia social, as ciências antrópo-psicológicas e as ciências biomédicas.

Essa classificação visa essencialmente contribuir para o aprofundamento da compreensão da complexidade multidimensional que a sexualidade humana encerra, e estabelecer o nosso quadro de leitura.

### **2.3.1. Contributo da psicanálise**

A sexualidade é segundo o vocabulário de psicanálise “toda a série de excitação e de atividades presentes desde a infância e que procuram prazer irredutível na satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental” como ocorre com a respiração e a fome (Lewisky, 1995). De acordo com a psicanálise, o organismo psíquico possui uma organização estrutural dinâmica e económica, onde está presente a energia sexual como determinante do comportamento.

Ao contrário de muitos psicanalistas, Freud não limitou as suas atenções ao diagnóstico e tratamento de neuroses e perversões, tendo usado as análises destes problemas para avançar uma teoria geral do funcionamento da mente. Assim, criou uma rica linguagem do

inconsciente, ego, superego, repressão, sublimação, projeção, fixação e complexo de Édipo, que influenciou as teorias modernas da sexualidade e do desenvolvimento psicosssexual.

A teoria de Freud de que toda a vida sexual - e não só as perversões e doenças nervosas - era produto de conflitos inconscientes entre instintos e sociedade, influenciou as teorias da sexualidade. A psicanálise tem demonstrado que a evolução psicosssexual ocorre mediante uma sequência de etapas até atingir a sexualidade adulta.

Sigmund Freud (1902) apresenta um modelo de desenvolvimento psicosssexual introduzindo tanto o conceito biográfico da sexualidade, isto é que começa no nascimento, como a ideia de separar o sexual, do genital e o prazer, da reprodução. Dois momentos são considerados importantes no desenvolvimento da sexualidade, sendo eles a primeira infância e a puberdade. Durante o primeiro ano de vida, na fase oral, o sugar no seio da mãe causa sensação de prazer. A partir do segundo e terceiro ano de vida, na fase anal, os estímulos do prazer situam-se na região terminal do tubo digestivo, com o controlo gradual dos esfíncteres. Por volta dos quatro anos, ocorre a fase fálica, com a descoberta dos órgãos genitais e do prazer que a manipulação dos mesmos acarreta. Aos sete e oito anos de idade, inicia-se o período de latência durante o qual os impulsos sexuais estão adormecidos. As atenções da criança estão voltadas para o mundo exterior, para o relacionamento com as outras crianças. Com o começo da adolescência, surge de novo a curiosidade pelo próprio corpo e pelo do outro. Nesta fase, a fase genital, o prazer é genital, manifestando-se frequentemente através da masturbação.

Assim, a maturidade sexual do adolescente levá-lo-á a reviver o conflito edípiano, originando assim mecanismos de culpabilidade. Simultaneamente, o jovem reorganiza as relações com os pais, rejeitando as imagens parentais da infância, levando a um processo de luto e oposição face aos pais. Também ocorre na mesma altura, um investimento libidinal em si, levando à descoberta do objeto sexual. Por fim, ao terminar este período, realizar-se-á a substituição dos pais, como objeto de amor, por relações heterossexuais estáveis (Sampaio, 1991).

O luto resultante deste processo, representa, na adolescência o esforço em aceitar a perda do objeto investido, ao mesmo tempo que faz o desinvestimento libidinal do objeto perdido (Cordeiro, 1988).

Freud (1902) atribui às pulsões sexuais um cariz energizante num determinado sentido (sublimação) com vista à manutenção de um equilíbrio individual e social. A existência de desejos sexuais inconscientes, entrando em choque com as normas sociais permitidas, colocariam o indivíduo numa situação de crise interna, levando-o a assumir comportamentos defensivos, canalizando a energia sexual para comportamento socialmente aceites ou mantendo os comportamentos secretos destoantes da sua prática social. Tais reações possibilitam o surgimento da culpa e a instauração do conflito.

Assim, as pulsões sexuais inatas provenientes do *id* deveriam ser controladas e canalizadas pelo superego para a realização de atividades de valor pessoal e social. Ao confronto entre repressão e liberalização, Freud propõe a sublimação (encaminhamento da energia para um conjunto de atividades socialmente valorizadas).

Por outro lado, Freud concebe aspetos sexuais como estando umbilicalmente associados às manifestações patológicas. Assim, a neurose histérica não seria mais do que o resultado de um conflito intrapsíquico caracterizado por acontecimentos de abuso sexual durante a infância ou complexos de Édipo não resolvidos (e tornados inconscientes - recalçados).

Segundo Freud, a resposta não estava nem na repressão nem na liberalização, mas no equilíbrio entre as estruturas intrapsíquicas (que acabam por representar aquelas tendências: *id* - liberalização, *superego* - repressão), promovido eventualmente por fenómenos como a sublimação. Podemos, pois, afirmar que Freud foi reformista ao naturalizar os impulsos sexuais, como próprio dos seres humanos e moralista ao defender a importância do seu controlo com vista ao equilíbrio individual e social.

Apesar do reconhecimento amplamente atribuído a Freud e ao movimento psicanalítico pela libertação da sexualidade, a teoria freudiana apresenta em diversas facetas um cariz mais repressivo que liberal. Ao contrário dos autores do movimento reformista, com quem partilhou ideias, Freud foi mais um estudioso e teórico da patologia mental do que um investigador do sexo. Bullogh (1994), afirma que Freud se afastou do estudo do sexo propriamente dito e se dedicou ao desenvolvimento do seu modelo teórico do funcionamento psíquico e da patologia mental.

Alguns historiadores consideram Freud como o ponto de viragem crucial da história da sexualidade. A psicanálise veio apontar a repressão vitoriana existente, mostrando que a repressão excessiva era prejudicial. A teoria dinâmica de desenvolvimento sexual de Freud apresenta-se como uma rutura positiva e fundamental com o essencialismo biológico de Havelock Ellis (Weeks, 1989). Desta forma, podemos afirmar que a psicanálise proporcionou um avanço considerável em relação ao determinismo biológico e ao moralismo da psiquiatria darwiniana (Showalter, 1991).

Em Portugal, as questões da sexualidade também tomam lugar no domínio da psicanálise (Alvim, 1979; Vaz, 1993; Fleming, 1993; Dias, 1993). Coimbra de Matos (Matos, 2004, 2011) propõe uma abordagem do processo de identificação construído em três etapas: numa primeira fase (primeiro ano de vida), dá-se a identificação imagóica-imagética, que consiste na assimilação por parte do bebé da identidade inconscientemente atribuída pelos outros, através dos comportamentos inter-relacionais; uma segunda fase (dos dezoito aos trinta e seis meses), refere-se à identificação idiomórfica, relacionada com a forma como a criança se vê a si própria, como pensa de si mesma auto-centradamente. Aqui, ela começa a reconhecer o seu corpo sexuado, como também distingue a existência de dois sexos diferentes. Por fim,

numa terceira fase (aos cinco ou seis anos), atualiza-se um modelo alotriomórfico, onde a identificação ocorre através do modelo do outro, em particular na procura de investigar a natureza da cópula, não de forma semelhante, mas de forma complementar (Pereira & al, 2009).

Atualmente na experiência e na teoria psicanalíticas, a "sexualidade não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância que proporcionam um prazer irreduzível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, função de excreção etc.), e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do "Amor sexual" (Laplanche, 2006).

### **2.3.2. Contributo da psicologia cognitivo-comportamental**

Na psicologia cognitiva, a emoção e o comportamento são determinados pela forma como o indivíduo interpreta o mundo.

Os modelos cognitivo-comportamentais baseiam-se nos princípios da psicologia da aprendizagem, oriundos da experimentação animal e humana: condicionamento clássico e operante da aprendizagem social. No condicionamento clássico, considera-se que a aprendizagem ocorre consoante a contiguidade dos acontecimentos ambientais; a pessoa irá associá-los quando se produzem num breve espaço de tempo. No condicionamento operante, a aprendizagem é resultado das consequências de uma ação da pessoa e dos seus efeitos sobre o ambiente. A teoria da aprendizagem social engloba ambos os modelos, defendendo que existe uma interação recíproca entre pessoa e ambiente. Os processos cognitivos são essenciais para a modelação e a resposta da pessoa aos acontecimentos externos.

Relativamente às contribuições da psicologia cognitiva para o estudo da sexualidade, podemos afirmar que ela é inspirada na teoria do desenvolvimento da inteligência de Piaget. De acordo com a perspetiva de Piaget (1990), existe a evidência que as conquistas próprias da adolescência asseguram ao pensamento e à afetividade um equilíbrio superior àquele que existia na infância. Todas as perceções neste estágio de desenvolvimento serão claramente postas em causa e substituídas por outras consideradas mais consistentes.

As modificações emocionais e cognitivas, "igualmente dramáticas, mas menos óbvias para a maior parte das pessoas, são as transformações nas capacidades de pensar, raciocinar e de resolução de problemas" Sprinthall & Collins (2003, p. 87).

Sendo um dos principais contributos da psicologia cognitivo-comportamental a noção de género, Kohlberg (1966) concebe a construção da identidade de género como sendo o resultado de uma construção interna, nascida da própria atividade do sujeito, com ênfase na evolução das capacidades intelectuais. Na sua teoria, Kohlberg (1984) refere o raciocínio moral que permitem os juízos que se fazem em relação a determinados dilemas morais. Distingue seis etapas hierárquicas ou estádios no desenvolvimento do raciocínio moral,

definidas em três níveis de juízo. Estas etapas refletem a crescente interiorização dos princípios. Podemos esquematizar a teoria de Kohlberg (1984) da seguinte maneira:

*Nível 1 (Moralidade Pré-Convencional)*

As pessoas sob controlo externo obedecem às regras a fim de evitar os castigos, para receber prémio ou para interesse próprio. Este nível ocorre nas crianças dos 4 aos 10 anos.

*Estágio 1 - Orientação para a punição e a obediência. (Como eu posso evitar a punição?)*

Neste estágio, a moralidade é definida em termos das suas consequências físicas para o indivíduo. “Se a ação é punida, está moralmente errada; se não for punida, está moralmente correta” (Kolberg, 1971, p.164)

*Estágio 2 - Hedonismo instrumental relativista. (O que eu ganho com isso?)*

A ação moralmente correta é definida em termos do prazer ou da satisfação das necessidades da pessoa.

*Nível 2 (Moralidade Convencional)*

*Os padrões das figuras de autoridade são interiorizados. Este é o nível atingido em geral por volta dos 10 anos.*

*Estágio 3 - Acordo interpessoal e conformidade. (Orientação “bom menino”/”boa menina”)*

Moralidade do bom menino, da aprovação social e das relações interpessoais. O comportamento moralmente certo é o que ganha a aprovação de outros. Trata-se da moralidade de conformismo a estereótipos. Neste estágio, surge a concepção de equidade através da qual há a concordância de que é justo dar mais a uma pessoa mais desamparada.

*Estágio 4 - Orientação para a lei, a ordem social e autoridade (Moralidade “Lei e Ordem”)*

Há grande respeito pela autoridade, por regras fixas e pela manutenção da ordem social. Deve-se cumprir o dever. A justiça não é mais uma questão de relações entre indivíduos, mas entre o indivíduo e o sistema. A justiça tem a ver com a ordem social estabelecida e não é uma questão de escolha pessoal moral.

*Nível 3 (Moralidade Pós-Convencional)*

O indivíduo reconhece os conflitos entre os padrões morais e o próprio julgamento, baseando-se nos princípios de certo e errado, igualdade e justiça. Este nível de raciocínio moral é habitualmente atingido na adolescência ou início da idade adulta.

### *Estágio 5.- A orientação para o contrato social democrático*

Este é o primeiro estágio que pertence ao nível pós-convencional. As leis não são mais consideradas válidas pelo mero fato de serem leis. O indivíduo admite que as leis ou costumes morais podem ser injustos e devem ser mudados se necessário.

### *Estágio 6 - Princípios éticos universais. (Consciência principiada)*

Neste estágio, o pensamento pós-convencional atinge o seu nível mais alto. O indivíduo reconhece os princípios morais universais da consciência individual e age de acordo com eles. Se as leis injustas não puderem ser modificadas pelos canais democráticos, o indivíduo ainda resiste a elas.

Segundo este modelo, os comportamentos sexuais e a aquisição da identidade de gênero ocorrem por estádios. A criança deve compreender que é rapaz ou rapariga, de forma estável e fixa ao longo da sua vida, isto é o que o autor chamou de constância de gênero (Pereira, Leal & Maroco, 2009). A criança deverá também estabelecer estereótipos ligados aos papéis sexuais e por fim aderir aos papéis apropriados à sua identidade de gênero. A partir daí, a criança começa a organizar as suas atitudes sexuais, valorizando mais aquelas que correspondem à sua própria identidade. Segundo a teoria de Kohlberg (1969), o adolescente situa-se em termos de desenvolvimento moral entre o nível II e o nível III.

Martin & Halverson (1981) propõem a noção de “esquema” para a aparição da identidade e dos papéis de gênero. O esquema do gênero apresenta-se como uma forma de representação mental acerca do conjunto de objetos, atributos, comportamentos, etc., que se associam a um gênero ou outro numa dada cultura (Pereira, Leal & Maroco, 2009). O esquema permite memorizar e organizar as experiências sociais de acordo com uma divisão em dois esquemas específicos: o esquema inter e intra-grupal (Martin & Halverson, 1981).

Segundo os autores, o esquema inter-grupal permite ao indivíduo classificar os seus comportamentos e os papéis em femininos ou masculinos. Por exemplo as meninas brincam com bonecas. O esquema intra-grupal permite à criança adotar os comportamentos em função do seu grupo de pertença; por exemplo se for um rapaz, pensará: os rapazes não brincam com bonecas, eu sou rapaz, por isso, não brinco com bonecas. Para Bem (1981), a tipificação sexual poderá ser mais ou menos rígida consoante o grau de organização da experiência do indivíduo, e de acordo com algumas categorias associadas ao gênero. Assim, quem possuir um esquema de gênero mais rígido irá estruturar o seu comportamento e autoconceito baseando-se no seu gênero; enquanto quem tiver um esquema mais flexível, pensará e atuará com maior liberdade. Isso significa que as pessoas que desenvolvem esquemas mais rígidos processam a informação baseando-se nas categorias sexuais mais espontaneamente (Freeman, 1993).

Alguns estudos revelaram que para os rapazes, os esquemas são mais normativos do que para as raparigas (Sokal, 2002) e que os esquemas estão estreitamente influenciados pela opinião dos pais em relação à identidade sexual dos filhos (Tenenbaum & Leaper, 2002).

Desde os anos 1980, estudos têm sido realizados acerca do papel de variáveis cognitivas no funcionamento sexual. Destacam-se os estudos nas áreas da distração cognitiva e foco da atenção, expectativas de desempenho, atribuição causal, esquemas cognitivos, crenças sexuais, pensamentos automáticos, ansiedade e afeto deprimido (Nobre, 2006). Além da diversidade de estudos que demonstram a importância dos fatores cognitivo-emocionais na resposta sexual, alguns modelos conceituais são referência neste domínio.

Estes modelos teóricos, apesar do seu enfoque diferencial, defendem que o comportamento sexual resulta de um complexo conjunto de influências, nomeadamente a maneira como os indivíduos dão significado aos acontecimentos sexuais e como respondem cognitivamente, emocional e comportamentalmente face aos mesmos.

Assim, o modelo de Barlow diferencia os sujeitos com predisposição cognitiva para a disfunção, daqueles que a não apresentam (Farré & Lasheras, 2002). A ativação fisiológica aumenta o foco atencional em relação a estímulos eróticos, ajudando nos sujeitos funcionais; por outro lado, dificulta a resposta sexual na pessoa disfuncional, uma vez que aumenta a atenção nos aspetos negativos. À medida que aumenta a ativação fisiológica, aumenta o foco atencional para aspetos eróticos, mantendo ou aumentando a disfunção (Barlow, 1986).

No modelo cognitivo-comportamental de Baker, são as aprendizagens prévias que influenciam a aprendizagem de crenças acerca da sexualidade. Nos indivíduos com disfunções, essas crenças são mais rígidas, o que leva a expectativas de desempenho não reais. Os pensamentos do indivíduo são por vezes influenciados por acontecimentos negativos, vividos como fracassos, que ficam relacionados com o desempenho negativo e as suas consequências. Esse pensamento pode levar a uma discrepância entre o seu “eu ideal” e o seu “eu real”, existindo uma auto crítica negativa do seu desempenho (Baker 1993).

Segundo Byrne (1983), existem características de personalidade intervenientes na resposta sexual, sendo seis as variáveis preditoras do comportamento - afeto, avaliação, cognição, expectativas, imaginação e ativação fisiológica. Os estímulos externos interagem com estas variáveis internas, produzindo uma resposta sexual e respetivo feedback.

O mais recente modelo cognitivo emocional apresentado por Nobre e Pinto Gouveia dá ênfase à influência dos fatores cognitivos e emocionais no funcionamento sexual. Neste âmbito, os indivíduos com disfunções, devida às suas crenças, interpretam as situações de insucesso como um fracasso, utilizando com frequência os esquemas cognitivos negativos. Desse modo,

os pensamentos automáticos levam-nos a encarar situações futuras como propensas ao fracasso (Nobre, 2006).

O modelo cognitivo foi amplamente utilizado no contexto da terapia sexual, tendo como principais elementos: as crenças centrais (esquemas), as crenças intermediárias, os pensamentos automáticos e as distorções cognitivas. As crenças centrais ou esquemas são pensamentos absolutos sobre a forma como a pessoa se vê a si mesma, aos outros e ao mundo. Representam o nível mais fundo das crenças de alguém e nem sempre são reconhecidas pelo próprio. Estes esquemas são pensamentos globais e rígidos. São estruturados desde a infância, a partir das experiências com a família, pais, irmãos e outros modelos. Os esquemas funcionam como orientações para a seleção e organização da informação, para evocar memórias e para interpretar as diferentes situações.

O processamento da informação do mundo interno e externo, geralmente torna-se automático e fora da consciência, atendendo a funções básicas do organismo, como a sobrevivência e a reprodução (Beck & Weishaar, 1989).

### **2.3.3. Contributo da psicologia social**

Até ao século XIX, existiu na maioria dos países ocidentais, uma interpretação católica da sexualidade. De acordo com Foucault (1994), as práticas da confissão levaram uma grande parte dos católicos a considerar toda a relação sexual como uma falta de controlo, todo o prazer sexual com um erro, incluindo o prazer conjugal. A confissão permitia assim regular a vida sexual dos crentes. Na sociedade assistiu-se a um movimento de repressão da sexualidade. A teoria da degenerescência e as especulações acerca dos efeitos nocivos, para a saúde, da masturbação dominaram todo o pensamento médico (Foucault, 1994; Giddens, 1996).

Os investigadores, principalmente os da segunda metade do século XX, interessaram-se pela sexualidade, desde Michel Foucault a Jean-Pierre Peter, de Yvonne Kuiebiehler a Jean-Paul Aron, todos lhe dedicaram parte significativa da sua obra, numa perspetiva distinta do que existia anteriormente.

A separação de sexualidade e reprodução biológica da espécie, a partir do desenvolvimento dos métodos contraceptivos hormonais, nos anos 1960, e o aparecimento da epidemia de VIH/SIDA, na década de 1980, propulsionaram as investigações sobre as práticas e representações sociais ligados à sexualidade, tornando-a um campo de investigação em si, dotado de legitimidade. Essa postura só pode ser entendida no contexto da sociedade ocidental do final do século XX, que lançou as questões afetas à intimidade, à vida privada, à sexualidade como centro da reflexão sobre a construção da pessoa moderna (Giddens, 1992).

As posições críticas em relação aos procedimentos de objetivação das práticas sexuais e dos valores a elas relacionados advogam que as pesquisas sociológicas sobre sexualidade, em verdade, seriam mais um dos dispositivos de incitação ao sexo, como afirmava Foucault (1993) sobre as características da modernidade.

George Mead (1934) afirmava, no início do século XX, que separados da sociedade seríamos ao mesmo tempo "mudos" e "desprovidos de mente". Um indivíduo será sempre produto da interação recíproca de muitos outros. Enquanto *self*, o ser humano age construindo a sua ação ao mesmo tempo que interage com outros indivíduos. "A sua atividade mental permite ao indivíduo imprimir o desenvolvimento do seu *self* e, em certo grau, modificar, nos termos do seu *self*, o padrão geral do comportamento social do grupo nos termos dos quais o seu *self* foi originalmente constituído" (Mead, 1992, p.262).

O desenvolvimento social, como o desenvolvimento físico e cognitivo envolve crescimento. À medida que o indivíduo cresce, torna-se cada vez mais ciente de que as pessoas diferem umas das outras. Ao mesmo tempo, ele adquire uma concepção mais clara do seu eu e da sua própria personalidade, o que realmente é, aos seus olhos e aos dos outros.

Em 1973, Gagnon e Simon publicam "Sexual conduct: The source of human sexuality". Nesta obra, os autores rompem com a visão freudiana no estudo da sexualidade. Defendem que as atividades sexuais devem ser conceptualizadas como o resultado de um processo de construção psicossocial.

Por um lado, a ênfase é dada aos processos de socialização, com o desenvolvimento sexual progressivo pela interiorização dos modelos socioculturais; por outro lado, dá-se importância a determinadas circunstâncias estruturantes do devir humano, em particular os rituais de passagem e de iniciação (Alferes, 2002).

Para as ciências sociais, a conduta sexual é fundamentalmente uma conduta social: ela é social no sentido em que participam duas ou mais pessoas. Os conceitos aqui mais utilizados para explicar o carácter social da conduta sexual são: a socialização, controlo social, as leis e normas, os "scripts", papéis e ciclo vital (Martin & Sánchez, 1997).

A socialização é o processo de aprendizagem que leva os indivíduos a pensar e comportar-se dentro de uma determinada sociedade. A socialização sexual é um dos aspetos mais importantes deste processo e inclui as instituições e formas de relações básicas da sociedade: o par, a família e os iguais. Os conteúdos da socialização sexual incluem atitudes, valores, normas e papéis de género que regulam a conduta do indivíduo. Os agentes da socialização, família, escola, igreja, mass média etc. propõem e regulam as condutas, premiando ou castigando.

O controlo social, as normas, as leis e os costumes permitem pautar e controlar de forma mais ou menos normativa os comportamentos sexuais, proibindo alguns tais como a violação

ou o incesto e incentivando a outros, tais como o cuidar dos filhos. Atualmente, na sociedade ocidental, a regulação é mais flexível, admitindo uma maior variabilidade nas condutas sexuais.

Os “scripts” sociais são outra forma de regular a sexualidade: definem a situação de forma precisa indicando o que se pode ou não fazer; etiquetam os atores atribuindo-lhes um papel específico; indicam as condutas concretas apropriadas para cada agente, a sua sequência e o seu significado. Assim, os “scripts” definem a situação, os atores e as condutas sociais orientando e regulando de forma muito concisa a conduta sexual das pessoas (Martin & Sánchez, 1997). Os scripts sexuais, que constituem um caso particular dos scripts sociais, podem ser definidos como esquemas (socialmente construídos) de atribuição de significação e de orientação (direção) da ação (Alferes, 2002).

A conduta sexual está socialmente baseada em papéis sexuais. Os seres humanos são homens ou mulheres e os seus pensamentos, ações e comportamentos são definidos consoante o seu género. Pertencer a um determinado género implica ter um nome sexuada, com determinada forma de vestir, forma de estar... Atualmente, as sociedades modernas mais liberais tendem a possuir um modelo menos rígido dos papéis sexuais.

O ciclo vital influencia a conduta do ser humano. Assim, o comportamento vai mudando ao longo da nossa vida, o que significa que o nosso comportamento muda consoante as mudanças sociais associadas à idade. A sociedade orienta e regula a sexualidade definindo o que é ou não adequado para cada uma das etapas da vida. Estas etapas da vida são maioritariamente construções sociais. O conceito de ciclo vital implica que a sexualidade tenha que ser estudada no contexto de determinado ciclo vital e tendo em conta o que a sociedade considera apropriado para esta etapa da vida.

O modelo dos scripts sexuais de Gagnon e Simon (1987), embora considerado um modelo de conceptualização cognitiva, postula que para além dos esquemas cognitivos, as dimensões social e interpessoal interferem no comportamento sexual. Os autores postulam que a conduta sexual humana é socioculturalmente determinada. Não é o órgão sexual que determina a ação, mas sim os aspetos sociais (Ramos, Carvalho & Leal, 2005). As aprendizagens sociais formam os scripts relativos a fantasias sexuais, planos sexuais (que são o comportamento sexual e a sua sequência), guias contingenciais (utilizados durante a atividade sexual), estruturas mnemónicas (memorizar acontecimentos). No caso de pessoas disfuncionais, estas apresentam menos parceiros, motivos, ocasiões e sítios para se entregar a uma relação sexual, devido às suas crenças conservadoras, acabando por se sentir insatisfeitas com os seus scripts (Gagnon & Simon, 1987).

No ponto de vista psicológico, a ligação entre sexo e amor apresenta três formas principais - conjugal, passional, libidinal. Entre as diferentes abordagens salientam-se os modelos de

amor de Kelley (1979), e dando-se relevo ao caso particular do amor passional. Mantendo o foco no estudo das relações interpessoais, Kelley (Kelley, 1979; 1983) estendeu a sua abordagem à compreensão das relações íntimas como as do amor, amizade e camaradagem. Nestes casos, dá-se uma transformação muito particular na matriz relacional de consequências. Quer dizer, as relações de interdependência ao evoluírem para uma relação de intimidade acarretam modificações especiais na natureza das trocas que se verificam entre os parceiros. É que a satisfação das necessidades e desejos do parceiro passam a ser também uma necessidade e um desejo do outro - os desejos dos parceiros tornam-se menos distinguíveis dos nossos e os conflitos potenciais entre ganhos individuais e conjuntos diluem-se (Kelley, 1979).

No que se refere à abordagem dos processos de interpretação e leitura da sexualidade, admite-se a dicotomia instinto/norma. Esta dicotomia diz respeito à análise dos comportamentos sexuais sob a perspectiva dos princípios biológicos (instinto) e também à luz dos processos da regulação social da sexualidade (norma).

#### **2.3.4. Contributo das ciências antropológicas**

Historicamente, as primeiras interpretações antropológicas da sexualidade humana basearam-se no que passou a ser rotulado de naturalismo.

A ideia básica da interpretação naturalista é que um dado padrão de sexualidade é inerente à constituição humana, seja criada por Deus (naturalismo religioso), regida pelas hormonas, ou resultado da evolução (naturalismo científico). O que está por trás destas interpretações é a ideia de que a nossa sexualidade seria fundamentalmente pré-social. A sociedade controla, canaliza, restringe, mas não conseguiria alterar os fundamentos da sexualidade.

Desta forma, o sexual não se restringe à dimensão reprodutiva, tampouco à psíquica, estando impregnado de convenções culturais acerca do que consistem a excitação e a satisfação eróticas, constructos simbólicos que modelam as próprias sensações físicas (Parker, 1994), nem se restringe ao adulto.

B. Malinowski (1983), “pai fundador” da moderna antropologia social britânica - reconheceu “*Totem e Tabu*” de Freud como demonstrativo da importância do sexo na sociedade. Tentou resolver a tensão epistemológica entre o sociologismo de Durkheim e a psicanálise Freudiana, acabando por se afastar da última pelo carácter transcultural da teoria do complexo de Édipo. Malinowski procurava características gerais da natureza humana que pudessem assumir diferentes formas culturais (Pacheco, 2003). No que respeita à sexualidade nos jovens, Malinowski refere que existem civilizações primitivas com liberdade total. Refere concretamente a população das ilhas Tobriand onde os adolescentes tinham uma liberdade sexual completa antes de contraírem matrimónio.

O método comparativo de Malinowski questiona universais de base biofisiológica e psíquica, enquanto Margaret Mead (1972) procurou na comparação a fonte para a transformação e pedagogia sociais no Ocidente. A antropologia culturalista americana teve origem numa clara rejeição da teoria dos instintos e de explicações biológicas para fenómenos sociais. Em “Coming of Age in Samoa”, a autora concluiu que a adolescência não é igual em todas as civilizações, daí não se poder falar em universalidade da adolescência.

Também a sexualidade nos jovens era diferente, Mead (1972) refere que os Arapesh, povo da Nova Guiné, proibiam as relações sexuais do adolescente antes de ter sido sujeito a determinada iniciação sexual, porque consideravam o sexo perigoso para os que ainda não são homens.

A antropóloga norte-americana Carole Vance (1995) propõe dois modelos para categorizar o construtivismo social aplicado à sexualidade. O primeiro, chamado de modelo de influência cultural, tem como pressuposto que existe uma partilha fundamental entre corpo e razão, na qual o corpo permanece como uma espécie de substrato ao qual a cultura se sobrepõe, modificando os comportamentos, as experiências e as significações relativas à experiência sexual. Seja a sexualidade universal ou biologicamente determinada, considera-se que a sociedade irá modelar o impulso ou pulsão sexual.

O segundo modelo postula que o domínio do sexual, do erótico ou das sensações do corpo é resultado de construções culturais. Assim, é preciso identificar as relações que, em cada momento histórico, definem o que é sexual e de que maneira esse significado se articula com as classificações de género, com a reprodução e com o sistema de parentesco.

De acordo com a autora, a teoria do construtivismo social desafiou os modelos antropológicos tradicionais, originando um aumento de pesquisas sobre a sexualidade a partir de meados dos anos setenta (Vance, 1991). Tem como ponto de partida a distinção entre sexo e género, baseada na separação criada pela antropologia entre biologia e cultura.

Oriundo da teoria crítica feminista, dos anos sessenta, a separação conceptual entre sexo e género defende que o segundo é a elaboração cultural do primeiro. A mudança cultural e histórica dos papéis femininos e masculinos, assim como as suas respetivas características traz o determinismo cultural para o campo da sexualidade. A teoria da construção social defende que a sexualidade é construída de forma diferente através do tempo e das culturas.

A autora, numa revisão publicada em 1991, contrasta essa teoria com o modelo da “influência cultural”, onde a sexualidade é vista como um estado universal, imutável, mediado em maior ou menor extensão pelo contexto cultural (Vance, 1995; Parker e Easton, 1998). Embora o modelo da “influência cultural” concorde com a existência de variação transcultural, na expressão da sexualidade, a sua manifestação e a sua função reprodutiva são vistas como universalmente consistentes (Almeida, 1996, 2004).

### 2.3.5. Contributo das ciências biomédicas

Embora se considere geralmente que a proto-sexologia começou na segunda metade do século XIX, ela tem raízes anteriores, como por exemplo os tratados sobre a masturbação de Tissot (1768) (século XVIII) ou (Daston, 2000). Os proto-sexólogos iniciaram uma nova disciplina próxima da medicina e da psicologia, mas carecia de conceitos ou ideias filosóficas, religiosas ou antropológicas. Médicos e cientistas assumiram o ensino da sexualidade, encarada sob o ponto de vista das ciências médicas e biológicas. O sexo era visto como uma função biológica, tal como o comer.

Enquanto campo de estudo, a sexualidade passou a ser delimitada a partir do século XVIII, quando passaram a proliferar discursos específicos a respeito dos corpos e do sexo (Foucault, 1979). Este movimento funcionou como um dispositivo de poder, “conjunto decididamente heterogéneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetónicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (Idem, p. 243, 244).

Podemos considerar dois momentos instituintes da sexualidade (Béjin, 1982). O primeiro, corresponde à sexualidade, enquanto reprodução biológica, ligada ao coito heterossexual. O segundo momento, com início na segunda metade do século XIX, dá origem à sexologia contemporânea, permitindo a separação entre a sexualidade com fins reprodutivos e a reprodução/prazer. Iniciaram-se pesquisas dando relevo aos aspetos biológicos, psicológicos e ético-sociológicos da sexualidade. Alguns investigadores deram relevo ao estudo da sexualidade.

A partir dos meados do século XIX, vão progressivamente sendo postas em causa as posições escolásticas em matéria de amor, sexualidade e casamento que, desde a idade média, reduziram o casamento à procriação e à fidelidade. As ideias médicas, contra a rígida moral de então, começam a levantar-se, afirmando, entre outras ideias, que a masturbação não produz doenças físicas, podendo apenas levar a perturbação a nível das relações sexuais heterossexuais. A limitação progressiva do conceito biológico de degeneração permitiu o estudo de fatores psicológicos como influência etiológica dos transtornos psiquiátricos em geral e entre eles, sexuais.

O padrão médico-normativo criado no final do século XIX procurou enquadrar a sexualidade em critérios diagnósticos, mas sem procurar compreender o significado da dificuldade sexual de uma pessoa ou mesmo visando melhorar a interação dessa pessoa com o meio ambiente.

Na época, critérios como a reprodução eram vistos como normais, enquanto outros como a masturbação e a homossexualidade eram encarados como anormais.

Richard von Krafft - Ebing (1886), como já foi dito atrás, fez uma abordagem aos distúrbios sexuais, como a que é utilizada para transtornos psiquiátricos em geral, isto é, um ponto de vista médico. Krafft-Ebing considera que a reprodução é a finalidade da sexualidade e que qualquer forma de sexo recreativo representa uma perversão do desejo sexual. Daí, ele concluiu que homossexuais padecem de perversão sexual, porque as práticas homossexuais não podem levar à reprodução. Em alguns casos, a libido homossexual foi classificada como um vício moral induzido pela prática precoce de masturbação. Propõe uma teoria da homossexualidade como biologicamente anômala com origem na fase embrionária e fetal de gestação, que evoluiu para uma "inversão sexual" do cérebro. Em 1901, num artigo no "Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen", substitui o termo biológico de anomalia por diferenciação. A primeira edição em 1886, de *Psychopathia Sexualis* introduz uma delimitação do campo das perversões sexuais e nomenclaturas - que incluem termos que seriam posteriormente consagrados como sadismo, masoquismo e fetichismo, e um rigor classificatório que a tornarão uma referência incontornável para todos os estudos posteriores nesse campo, incluindo a obra freudiana. A aversão pelos crimes sexuais é desviado para os desvios e a extrapolação para toda a manifestação sexual é correlativa. É desse modo fácil passar da criminalização do sexo para a sua condenação e por conseguinte, à sua repressão.

Psicólogo e médico, Havelock Ellis (1966), no entanto, apresenta os desvios sexuais, mas para melhor compreender qualquer expressão sexual (sexualidade "normal" ou corrente). Ellis foi o primeiro a realizar um estudo objetivo sobre a homossexualidade, sem cair na tendência da época, de a caracterizar como doença, imoralidade ou crime. A sua obra apresenta o amor homossexual como transcendendo os tabus de idade, bem como os tabus do género. Sete dos vinte e um casos de estudo, são casos de relacionamento inter-geracional. A grande inovação deste precursor da sexologia é a introdução do relativismo individual (não-egocêntrica) e cultural utilizando exemplos da antropologia ou da história cultural e mais tarde, da zoologia.

Os modelos biológicos de sexualidade abundaram durante os séculos XIX e XX. O comportamento sexual era visto como o resultado de impulsos naturais e biológicos, que estão na base de uma série de experiências sociais (Mottier, 2010). A normalidade sexual e o desvio da norma passaram a ser definidos relativamente à natureza biológica dos instintos reprodutores humanos essenciais. Enquanto força instintiva e potencialmente avassaladora, o sexo era ao mesmo tempo visto como uma fonte possível de desordem social. Geddes e Thomson (1914), biólogos escoceses do século XIX, alertaram para o "elemento vulcânico no sexo, quase subjacente ao resto da nossa natureza e por esse motivo a abalá-la nas suas fundações com tremores e até catástrofe." Assim, concluíram que os instintos tinham que ser mantidos na ordem pela sociedade através do controlo moral, da educação sexual e da legislação. Reich (1927) limita ainda a sexualidade a uma mera função biológica, definindo a potência orgástica como o centro da sexologia reichiana.

No início do século XX, ocorreu uma mudança de perspectiva, dando-se mais ênfase ao comportamento sexual enquanto atividade, do que à reprodução em si. Assim, são considerados o desejo, o prazer, o orgasmo, dando lugar a uma panóplia de literatura relativa às terapias sexuais. Alguns autores tais como Kinsey nos anos 1940-1950, Masters e Johnson nos anos 1960 ou ainda Hite nos anos 1970-1980 são o reflexo deste investimento.

Mais tarde, no relatório de Kinsey, o autor entrevistou americanos de raça branca. Tentou pôr em causa algumas preocupações contemporâneas sobre os desvios sexuais provocando “uma onda de histerismo sexual” (Kinsey, Pomeroy & Martin al., 1948, 1953). O autor desenvolveu a sua análise do comportamento sexual segundo modelos redutores do biológico, argumentando que o sexo era algo natural e saudável. Kinsey defendia que o impulso sexual era uma força biológica e que a expressão deste impulso para obter prazer era aceitável e desejável. Pôs em causa algumas preocupações sobre o sexo pré-marital, defendendo que não deveria haver diferença entre o sexo antes ou depois do casamento. Enfatizou também as semelhanças entre o comportamento sexual dos homens e das mulheres.

A sua investigação mostrava que inúmeras expressões sexuais eram aceitáveis, dando importância ao papel do prazer sexual, tanto através da relação sexual como através da masturbação.

Masters e Johnson também enfatizaram a importância da atividade sexual. Os seus estudos, realizados em laboratórios, com heterossexuais de raça branca e classe média (Masters & Johnson, 1966) analisaram mais de 10000 orgasmos femininos e masculinos. Analisaram as contrações e secreções corporais, a pulsação e as mudanças de cor dos tecidos; e descreveram o ciclo da resposta sexual em termos das seguintes fases: 1). Excitação; 2). Platô ou plateau; 3). Orgasmo; e 4). Resolução. Demonstraram semelhanças entre homens e mulheres, e realçaram que os casamentos estáveis dependiam de relações sexuais satisfatórias. O prazer sexual podia assim ser melhorado através da educação e da terapia sexual. Também os autores referiram a masturbação como algo essencial à sexualidade, promovendo o sexo como fonte de prazer e não como reprodução.

Hite (1976,1981,1987) dedicou 20 anos à investigação sobre a sexualidade feminina e masculina. A principal conclusão é que a maioria das mulheres (70%) não atinge o orgasmo no ato sexual, mas sugere que elas podem aprender a aumentar a estimulação do clitóris no ato sexual, para aumentar o prazer. Hite explica o prazer das mulheres, não tanto pela penetração, mas sim, pela estimulação física.

O lançamento dos potencializadores de ereção, a partir de 1998, como por exemplo o Viagra, aponta para dois pontos importantes: primeiro, a influência do discurso sexológico na percepção da sexualidade; segundo, do quanto a sexualidade está a ser medicalizada para fortalecer a ideia de bom funcionamento sexual (Bozon, 2004).

O impacto da infecção do vírus da SIDA juntamente com outros riscos ligados à atividade sexual, tal como as gravidezes indesejadas, leva a considerar-se a sexualidade como uma urgência social e epidemiológica (Ogden, 1999), que traz impacto negativo na saúde.

Analisar a perspectiva histórica permitiu-nos compreender que a sexualidade acontece num dado contexto histórico-social, consoante as normas vigentes e influências particulares. Neste sentido, ela é dinâmica e construtivista, maleável e flexível. Ficou demonstrado que a sexualidade é uma área de estudo e interesse, multidimensional, particularmente relevante e pertinente, sendo uma entidade fundamental no funcionamento das pessoas.



### **3. Os jovens e a sexualidade**



### 3.1. Conceito de juventude.

Historiadores como Philippe Ariès (1981), referem que não existia na Idade Média, uma conceção nítida de infância nem de adolescência. As crianças eram percebidas como rapidamente independentes e logo que possível, eram integradas no mundo dos adultos. Os adolescentes eram desse modo, considerados adultos.

A adolescência enquanto estágio de desenvolvimento foi um produto tanto da fisiologia como da cultura. A sua origem advém em parte da industrialização ocorrida no final do século XIX e no princípio do século XX, provocando grandes mudanças a nível da estrutura familiar. Assim, os adolescentes deixaram de transitar da infância para a vida adulta. Começaram a passar por um estágio de crescimento intermédio, chamado adolescência.

É a fase de descobertas e busca de uma identidade pessoal, período em que estão presentes todas as fases da maturação e que não pode ser confundido com a puberdade, que é parte da adolescência, período em que ocorre maturação sexual, em que se dão mudanças biológicas que tornam o indivíduo apto à procriação. No geral a fase da puberdade está completa por volta dos 18 anos - as modificações físicas relacionadas com esta fase implicam a interrupção do crescimento ósseo, desenvolvimento dos órgãos reprodutivos e caracteres secundários como o surgimento de pelos, seios, tom de voz, entre outras.

A adolescência é considerada um período de duração variável em que a pessoa se prepara para assumir as responsabilidades da vida adulta e procurar a sua autonomia.

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), a adolescência corresponde ao período que vai dos 10 aos 19 anos, e a juventude situa-se entre os 15 e os 24 anos aproximadamente.

Segundo Keniston (1971), estão em curso mudanças psicológicas e culturais, pelo que os anos referentes ao período do ensino superior sejam considerados um novo estágio: a juventude.

O termo juventude de Keniston considera o período entre a adolescência e o adulto jovem, integrando a ideia de mudança, de dinamismo, de liberdade e ambivalência em relação à sociedade em geral. Este período é considerado um tempo de experimentação e de busca em relação ao papel social e estilo de vida (Arnett, 2000; Keniston, 1971).

Ao examinar os vários temas propostos por Keniston, verificamos que o termo juventude não foi popularizado. Isto provavelmente devido à sua natureza ambígua. Todavia, não deixa de existir semelhanças entre os conceitos propostos por Keniston nos anos 1960 e a juventude definida por Jeffrey Jenson Arnett na sua teoria de “Idade adulta emergente” (Arnett, 2000).

O autor cunhou a expressão "*emerging adulthood*" – pois acreditava que estávamos a assistir ao surgimento de uma nova fase (analogamente ao "surgimento" da adolescência, há um século). Segundo o autor os "adultos emergentes" surgiram uma vez que:

- 1) Se exige mais educação para a sobrevivência na "sociedade de informação";
- 2) As vagas para "recém-formados" só diminuem;
- 3) Os jovens de hoje sentem menos pressa para casar, pela liberação do sexo, o controlo de natalidade e o "morar juntos";
- 4) E as mulheres sentem menos pressa para engravidar, dadas as opções de carreira – e a tecnologia que lhes permite a procriação mais tarde. Neurocientistas explicam os "adultos emergentes" justificando que o cérebro humano, ao contrário do que se pensava, continua em desenvolvimento após os 20 anos (até os 25, no mínimo).

Desta forma, os termos "adolescência", "jovens" e "juventude" são utilizados no âmbito deste estudo num sentido amplo, uma vez que os jovens universitários ingressam no ensino superior por volta dos 17/18 anos, idade essa contemplada nas definições de adolescência mas também de juventude.

Numa visão social, tratar da juventude é considerar o processo de construção social e histórica que estabelece os limites, as características e os significados atribuídos a essa fase da vida. A juventude é uma categoria socialmente manipulada e manipulável e, como refere Bourdieu (1980, p.145), o facto de se falar dos jovens como uma "unidade social", um grupo dotado de "interesses comuns" e de se referirem esses interesses a uma faixa constitui, já de si, uma evidente manipulação. Nas representações correntes da juventude, os jovens são tomados como pertencendo a uma cultura juvenil unitária.

Do ponto de vista antropológico, o estudo da adolescência e da juventude em diferentes culturas revela uma pluralidade de ritos associados à entrada do indivíduo no mundo adulto. O fenómeno da juventude no âmbito da sociedade ocidental é visto como a representação de uma construção coletiva, com características particulares como a contestação social e a liberdade de escolha.

O jovem adulto encontra-se numa fase de conquista da autonomia psicológica e emocional. Assim, as relações íntimas, sejam elas de amizade ou namoro, desenvolvem-se particularmente, neste período, criando laços afetivos promotores de segurança, ao mesmo tempo que se afastam das relações parentais. Neste período, é essencial o jovem ser capaz de construir e manter relações íntimas, sendo esta capacidade, sinal de saúde mental.

Bandura (1979) afirma que as modificações biológicas do adolescente são importantes, mas o seu desenvolvimento psicológico é determinado mais pelo ambiente sociocultural em que vivem, sendo este o foco de análise do comportamento. A maior contribuição das mudanças biológicas, do ponto de vista cultural, é a "transformação do estado não reprodutivo ao

reprodutivo", porque o amadurecimento do sistema reprodutivo impõe os limites para cada sexo.

A tarefa básica da adolescência é a construção da própria identidade, e isso dá-se através de muita instabilidade física e emocional. Portanto, a adolescência caracteriza-se por mudanças de caráter psicológico do ser "a procura de si mesmo" que já deixou de ser criança, sem chegar a ser adulto (Knobel, 1992). A adolescência é um período, por excelência, associado à formação da identidade, integração da história passada do indivíduo e da maturação das capacidades de pensar acerca dos acontecimentos, das pessoas e das relações, sobre o presente e o futuro (Sprinthall & Collins, 2003); é nesta explosão de informação e nas reações emocionais despoletadas, que surge a noção de crise de identidade (Erikson, 1968, citado por Sprinthall & Collins, 2003).

Assim, abordaremos de seguida, alguns pontos considerados essenciais no desenvolvimento sexual do jovem: a formação da identidade, identidade sexual, género e orientação sexual.

### 3.1.1. Formação da Identidade

Erikson (1987) optou por distribuir o desenvolvimento humano em fases, criando alguns estágios, que ele chamou de psicossociais, onde descreveu algumas crises pelas quais o ego passa, ao longo do ciclo vital. Estas crises seriam estruturadas de forma que, ao sair delas, o sujeito sairia com um ego (no sentido freudiano) mais fortalecido ou mais frágil, de acordo com sua vivência do conflito, e este final de crise influenciaria diretamente o próximo estágio, de forma que o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo estaria estreitamente ligado ao seu contexto social, palco destas crises.

Os estádios estão descritos na figura 2:

Pequena infância (estádio oral)
Primeira infância (estádio anal)
Idade do jogo (estádio fálico)
Idade escolar (período de latência)
Adolescência (genitalidade)
Jovem adulto
Maturidade
Velhice

Figura 3. Estádios Psicossociais de desenvolvimento de Erikson (1959)

A construção da identidade pessoal é considerada a tarefa mais importante da adolescência, o passo crucial da transformação do adolescente em adulto produtivo e maduro.

Construir uma identidade, para Erikson (1972), implica em definir quem a pessoa é, quais são os seus valores e quais as direções que deseja seguir na sua vida. O autor entende que a identidade é uma concepção de si mesmo, composta por valores, crenças e metas, com os quais o indivíduo está solidamente comprometido. A formação da identidade recebe a influência de fatores intrapessoais (as capacidades inatas do indivíduo e as características adquiridas da personalidade), de fatores interpessoais (identificações com outras pessoas) e de fatores culturais (valores sociais a que uma pessoa está exposta, tanto globais quanto comunitários). Este sentimento de ter uma identidade pessoal dá-se de duas formas: a primeira é perceber-se como sendo o mesmo e contínuo no tempo e no espaço; e a segunda é perceber que os outros reconhecem essa semelhança e continuidade.

O autor defende que o adolescente precisa de segurança perante todas as transformações - físicas e psicológicas - desse período. Essa segurança advém na forma da sua identidade, que terá sido construída pelo seu ego nos estágios anteriores. Esse sentimento de identidade expressa-se nas seguintes questões que o adolescente se põe: *sou diferente dos meus pais? O que sou? O que quero ser?* Respondendo a essas questões, o adolescente pretende enquadrar-se num papel na sociedade. Ocorre também o surgimento do envolvimento ideológico, que condiciona a formação dos grupos na adolescência. O ser humano precisa de sentir-se apoiado pelo seu grupo nas suas ideias na sua identidade.

Erikson (1972) propõe a expressão de “moratória psicossocial” como o período de espera em que o adolescente procura compromissos, para a sua vida futura. Mas toda a preocupação do adolescente em encontrar um papel social provoca uma confusão de identidade, porque a preocupação com a opinião dos outros faz com que o adolescente modifique constantemente as suas atitudes, redefinindo a sua personalidade, muitas vezes num curto período de tempo, em simultâneo com as transformações físicas que ocorrem nele.

Nesta confusão de identidade, o adolescente pode sentir-se incapaz de encontrar o seu lugar no mundo adulto, o que pode muitas vezes levar a uma regressão.

Marcia (1966) apresenta duas dimensões essenciais na formação de qualquer identidade pelo adolescente: uma crise ou exploração e um comprometimento ou compromisso.

Por crise ou exploração, Marcia (1966) entende o período de tomada de decisão, quando antigos valores e antigas escolhas são reexaminados, podendo ser de forma tumultuosa ou ocorrer gradualmente.

Na segunda dimensão, comprometimento ou compromisso, Marcia (1966) admite que a pessoa tenha realizado uma escolha relativamente firme, servindo como base para a sua ação. O resultado desejado da exploração é o compromisso com algum papel específico. O

compromisso corresponde ao grau de investimento pessoal que o indivíduo expressa (Marcia, 1966, 1967).

Marcia (1966) propôs quatro estados de identidade: execução, moratória, difusão e construção. No estado de Execução, o adolescente persegue metas ideológicas e profissionais escolhidas por outros (pais, figuras de autoridade, etc.). Não experimenta uma crise de identidade. Pode ser o estado inicial do processo de formação da identidade adulta, partindo dos valores infantis (Stephen, Fraser & Marcia, 1992).

No estado de Moratória, o adolescente debate-se com temas profissionais ou ideológicos. Está a passar por uma crise de identidade e não definiu ainda as suas escolhas.

No estado de Construção de identidade, o jovem faz as suas opções de escolha e visa metas profissionais ou ideológicas. Atravessou a crise e chegou ao comprometimento.

No estado de Difusão de identidade, o adolescente não está numa crise, embora possa ter passado por uma no passado, e não chegou a nenhum comprometimento. A difusão de identidade pode representar um estágio inicial no processo de aquisição da identidade, no período da adolescência, ou o fracasso em chegar a um comprometimento depois de um período de exploração.

Marcia (1966, 1967) considerou os estados de moratória e construção de identidade como sendo os mais elevados no processo de desenvolvimento da identidade pessoal. Estão associados a características positivas, tais como uma elevada autoestima ou maior autonomia, e, principalmente, “abertura para as mudanças na sociedade e as mudanças nas relações” (Stephen, Fraser & Marcia, 1992, p. 285).

Segundo Matteson (1972), na adolescência não ocorre uma única crise de identidade. Os jovens vão se confrontando com diversas alternativas e preocupações; numa fase inicial da adolescência, mais viradas para as mudanças corporais e, numa fase final, mais de encontro às ideologias. Matteson (1972) alerta para o efeito de três fatores no processo de formação de identidade: a época em que ocorre a exploração e o comprometimento, o tipo de alternativas que foram exploradas e o grau de comprometimento do indivíduo.

Kimmel e Weiner (1998) resumem os compromissos com que os jovens se deparam, em três atitudes: atitudes ideológicas (valores e crenças que guiam as ações); atitudes ocupacionais (objetivos educativos e profissionais); e atitudes interpessoais (orientação de género que influencia as amizades e relacionamentos amorosos). Os autores afirmam que, quanto mais desenvolvido for o sentimento de identidade, mais o indivíduo valoriza o modo em que é parecido ou diferente dos demais, e mais claramente reconhece as suas limitações e habilidades. Quanto menos desenvolvida está a identidade, mais o indivíduo necessita do apoio e de opiniões externas para avaliar-se e menos ele compreende as pessoas como distintas.

Assim o desenvolvimento da identidade pessoal pode seguir caminhos diferentes de acordo com características individuais e sociais (Meeus, Iedema, Helsen, & Vollebergh, 1999).

### 3.1.2. Identidade sexual

A identidade sexual foi estudada por diversos autores, os quais tentaram integrar no conceito uma série de variáveis.

Shively e DeCecco (1977; 1993) apresentam um dos modelos de Identidade Sexual mais completo (Pereira, Leal & Maroco, 2009), propondo que o constructo deve compreender quatro componentes distintos:

- O sexo biológico (tal como é geneticamente determinado);
- A Identidade do Género (a convicção de cada indivíduo como sendo homem ou mulher);
- Os papéis Sexuais-Sociais (definidos pelo conjunto de características socialmente associadas ao feminino e ao masculino);
- A Orientação Sexual (inclinação afetivo-sexual que um sujeito exerce face a outro de sexo oposto ou do mesmo sexo, tendo em consideração dimensões importantes, mas distintas como a fantasia, o desejo e o comportamento).

Este modelo pode ser esquematizado na seguinte figura (Pereira, & al, 2009):

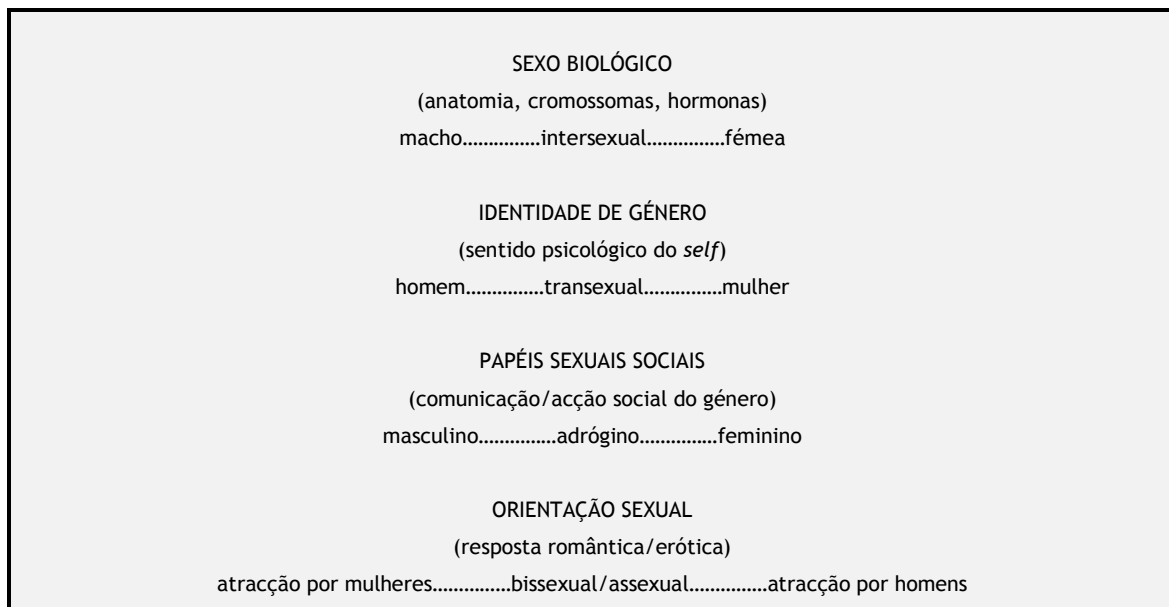


Figura 4. Modelo de Identidade Sexual de Shively e DeCecco (1977;1993)

Segundo Knobel (1992), a partir do seu nascimento, a criança já começa a ser diferenciada sexualmente pela família através de roupas, cores, brinquedos e objetos. Os pais de forma natural, impõem, durante a infância, as diferenças entre meninos e meninas e a sociedade

trata de acentuá-las mediante elementos meramente externos. Mas, a definição da identidade sexual só se dará ao longo de um complexo processo biopsicológico e social, no qual as atitudes da família influem de maneira determinante.

Apesar de desde o nascimento, meninos e meninas já receberem mensagens sobre o seu papel sexual na sociedade e construirão a sua identidade, Knobel (1992) aponta que é a partir do instante em que o indivíduo integra a sua genitalidade, que esta passa a dominar a sua conduta e as suas aspirações.

As mudanças físicas correlacionadas com as mudanças psicológicas levam o adolescente para uma nova relação com os pais e com o mundo, mas isto só será possível se o adolescente puder elaborar lentamente os vários lutos pelos quais passa, ou seja, o da perda do corpo infantil, a perda dos pais idealizados na infância e a perda da identidade infantil. Quando o adolescente vive todo esse processo, integra-se no mundo com um novo corpo já maduro e uma imagem corporal formada, que altera a sua identidade, e é esta a grande função da adolescência, a busca da identidade que ocupa grande parte de sua energia.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento social ocorre em simultâneo com o desenvolvimento dum sentido de identidade pessoal, tal como a identidade sexual. O significado psicológico da identidade sexual refere-se a três aspetos: a identidade de género, que é o nosso sentimento interior de sermos homem ou mulher; o papel do género, que representa toda uma série de normas de comportamento exterior que uma dada cultura considera apropriadas para cada sexo; a orientação sexual, que é a escolha de um parceiro sexual. Identidade de género, papel do género e orientação sexual são importantes determinantes da existência social da pessoa (Stoller, 1968).

A orientação sexual é um componente da sexualidade que se distingue por uma atração emocional, romântica ou afetiva prolongada a indivíduos de um género particular. Existem três orientações comumente reconhecidas: a homossexual, com atração por indivíduos do mesmo género; a heterossexual, com atração por indivíduos do género oposto; e a bissexual, com atração pelos dois géneros. Pode referir-se às pessoas com uma orientação homossexual como sendo gays ou lésbicas. A orientação sexual é diferente do comportamento sexual porque se refere aos sentimentos e ao autoconceito. As pessoas podem ou não expressar a sua orientação sexual nos comportamentos que adotam (*American Psychological Association*, 2000). A orientação sexual é a preponderância de sentimentos, pensamentos, fantasias e/ou comportamentos sexuais ou eróticos de um indivíduo que está presente desde uma idade muito precoce, talvez desde a concepção (Savin-Williams, 1990; Vrangalova & Savin-Williams, 2010).

Em 1973, a Associação Psiquiátrica Americana considerou que a homossexualidade não é uma doença; em 1975, a Associação de Psicologia Americana chegou à mesma conclusão.

Em 1987, a terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais já não referia a homossexualidade como uma parafilia. Em 1993, a Organização Mundial de Saúde no ICD-10 não contemplava a homossexualidade como doença. Este processo de despatologização da homossexualidade não está todavia erradicada da nossa sociedade; como afirma Leal (2004), esta celebrada despatologização da homossexualidade não foi capaz de resolver todas as questões que longos anos de perversões e um repertório nosológico cientificamente estipulado, tinham instalado. Apesar da aparente abertura relativamente à homossexualidade, ainda persistem estereótipos e mitos enraizados na nossa cultura. Um dos mitos questiona se as crianças educadas em famílias homossexuais, irão no futuro ter orientação homossexual. Este mito é contrariado entre outros pelos estudos de Golombock e Tasker (1996), outro mito também aponta para que filhos que crescem com pais homossexuais poderão sofrer os estigmas sociais ligados à homossexualidade. No entanto, os estudos realizados vão no sentido de que as crianças de pais homossexuais têm relações satisfatórias com os seus pares e adultos (Perrin, 2002; Stacey & Biblarz, 2001). Existe de igual forma, a ideia preconcebida que estas crianças se tornarão socialmente desadequadas por falta de modelos parentais, por não terem contacto com o sexo oposto no seio familiar, ou que estarão mais sujeitas a situações de abusos sexuais. Mais uma vez, os estudos contradizem esta ideia (Clarke, 2001, Stevenson, 2000). Apesar de estarem cientificamente refutados, verifica-se ainda o preconceito de se ser homossexual (Matias, 2007). Como referem Pereira, Leal e Maroco (2009) “Infelizmente, ainda nos deparamos com uma forte ignorância social e científica acerca das questões da sexualidade humana em geral e da homossexualidade em particular. Isto pode fazer com que os indivíduos que se identificam como homossexuais estejam sob forte pressão familiar e social, próprias dessa falta de informação e intolerância, muitas vezes traduzidas na discriminação.”(p 13).

### **3.1.3. Mudanças na sexualidade dos jovens**

A evolução dos costumes sofreu em menos de uma geração, uma transformação radical, o que levou a que a sexualidade como objeto de repressão e de interdição, tenha passado a ser aceite, mostrada, e até em certos casos exibida (Vasconcelo, 1999; Roque, 2001). Segundo os mesmos autores, o adolescente vê-se assim, perante contradições difíceis de solucionar, por um lado, a sociedade que é cada vez mais permissiva com os seus comportamentos e, por outro lado, os pais, o grupo de pares, o sistema educativo, o sistema de saúde e a sociedade em geral, mais repressivos.

A sexualidade, apesar de poder envolver um percurso variável de pessoa para pessoa, não deixa de ser um dos aspetos fundamentais, nomeadamente na fase da vida do adolescente e do jovem adulto.

Com a adolescência aparecem várias transformações corporais no próprio corpo, e agora o corpo de outras pessoas, passa a ser alvo de máxima atenção, sendo a fonte de investigação e de prazer, muitas vezes através da masturbação. A adolescência, que significa crescer para a maturidade, é um período de transição que acarreta mudanças físicas e psicológicas no indivíduo.

O comportamento sexual dos jovens tem vindo a alterar-se ao longo das duas últimas décadas. Iniciam a sua atividade coital cada vez mais cedo, integrando de igual modo todo um conjunto de comportamentos, no qual se incluem condutas tais como: consumo de substâncias psicoativas, tabaco, álcool e drogas, intimamente ligadas a fatores sócio culturais. A precocidade no início da atividade sexual tem sido associada a um conjunto de consequências negativas e de comportamentos de risco.

Em relação ao comportamento sexual, estudos apresentam a antecipação das idades feminina e masculina para a iniciação sexual nas últimas décadas, a utilização mais precoce de métodos anticoncepcionais (Domingues, 1997), sendo os rapazes que iniciam a sua sexualidade mais cedo que as raparigas (Dias, 2009).

Segue-se a apresentação de resultados de pesquisas realizadas no âmbito da sexualidade nos jovens, estando elas agrupadas por áreas de interesse para o presente estudo, sendo elas: vivências sexuais, início de vida sexual, anticoncepção, DST's, a informação e crenças, práticas sexuais, a masturbação, as fantasias, a orientação sexual, a saúde mental dos jovens e por fim o duplo padrão sexual.

### **3.2. Resultados de pesquisas no âmbito da sexualidade nos jovens**

Tem-se verificado desde 1980 aproximadamente, um aumento significativo na investigação e estudo académico em relação à sexualidade (Parker e Easton, 1998), em particular, na sexualidade na juventude, com grande interesse na área da intervenção (Altmann, 2007).

Os fatores para tais interesses advêm das mudanças nas normas sociais; os movimentos políticos feministas, gays e lésbicos; o impacto do aparecimento do VIH e as preocupações crescentes com questões de saúde sexual e reprodutiva (Parker & Gagnon, 1995).

A investigação tem vindo a abranger áreas cada vez mais vastas, desde o antropológico, psicológico, social e tem demonstrado que os comportamentos sexuais dos jovens têm vindo a mudar ao longo do tempo. Segundo Zani (1991), ocorreram três mudanças significativas a ter em conta na nossa sociedade:

- Os modelos reguladores da conduta sexual modificaram-se, dando lugar a uma maior igualdade entre os sexos; as relações sexuais passam a ser aceites em contextos mais ou menos estáveis;
- As atitudes face à sexualidade mudaram, havendo uma maior liberalização da mesma. Fala-se mais sobre o sexo, valorizando-se a sexualidade nas relações do casal;
- Maior precocidade nas relações sexuais, com aumento da atividade sexual, maior frequência das relações, maior número de parceiros.

### **3.2.1. Vivências e práticas sexuais**

#### **3.2.1.1. O início da vida sexual**

O início da vida sexual é considerado, historicamente, como um dos importantes marcos da passagem da infância para a vida adulta (Reith, 2002; Bozon, 2004). Este início tem sido regra geral, associado à primeira relação sexual com penetração (coito) entre pessoas de sexos opostos (Borges & Schor, 2005). Todavia, alguns autores alargaram este conceito a todo o processo de experimentação física e relacional que começa nas primeiras manifestações da puberdade até depois da primeira relação sexual (Bozon, 2004).

Altmann (2007) entrevistou em São Paulo, Brasil, 20 raparigas e 10 rapazes acerca das suas expectativas sexuais. Os entrevistados tinham entre 12 e 15 anos, sendo a sua idade média de 14 anos. O estudo demonstra que a primeira relação sexual, (não ocorrida ainda para a maioria dos entrevistados), era motivo de grande atenção, a qual era diferente para raparigas e rapazes. Percebeu-se que eles não construíam grandes expectativas em torno dessa experiência, mas mostravam -se ansiosos para que essa ocorresse o quanto antes. Por outro lado, a maioria das raparigas planeava a maneira como iria viver esse importante momento nas suas vidas. O parceiro deveria ser atencioso e compreensivo para com ela, a relação deveria ser preferencialmente de namoro, já durar algum tempo e perdurar após a relação sexual. Apesar de não saberem definir a idade ideal, ainda se consideravam muito novas para isso. Por fim, a primeira relação sexual deveria ser um ato consciente e planeado, para o qual o preservativo e, em alguns casos, também a pílula anticoncepcional eram indispensáveis. Os rapazes também faziam referência à utilização de preservativo. Esses resultados apontam para a diferença de conceção da primeira relação nos dois géneros.

Ao lado de questões como a Sida e as doenças sexualmente transmissíveis, a sociedade, em crescente transformação de valores e padrões culturais, está a tomar consciência de uma iniciação sexual cada vez mais precoce entre os jovens. Segundo Rappaport (1995), “por muitas razões (falta de comunicações, cobrança dos grupos, mensagens transmitidas e

incentivadas pelos meios de comunicação de massa, falta de diálogo com os pais, solidão, etc.), é frequente o início de uma vida sexual precoce” (p. 48).

Outros autores referem a quantidade ou qualidade da informação como possível causa da precocidade das relações.

As duas maiores preocupações acerca da atividade sexual precoce são os riscos de DST's e a gravidez (Papalia, Olds & Feldman, 2006)

Lopes & Maia (1993) referem-se a uma tendência na diminuição da idade da primeira relação sexual. No Brasil, a idade média era de 16.9 anos para raparigas e 15 anos para os rapazes, sendo que essa iniciação precoce não vinha acompanhada de cuidados com a anti concepção. Segundo esses autores, 26% da população feminina de 15 a 24 anos já viveu uma gravidez, sendo que a mesma foi indesejada para 40% dessas jovens.

No entanto, Paiva, Calazans, Venturi & Dias (2008), analisaram no Brasil a idade e o uso do preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros em dois períodos: 1998 e 2005. Dentre os entrevistados, 670 jovens (16 a 19 anos) sexualmente ativos foram selecionados para o estudo, 312 de 1998 e 358 de 2005. Em 2005, 61.6% dos jovens entrevistados tinham-se iniciado sexualmente, cuja idade média foi 14.9 anos, sem diferenças significativas para os jovens entrevistados em 1998. O uso de preservativo na primeira relação sexual aumentou significativamente em relações estáveis (48.5% em 1998 vs. 67.7% em 2005) e casuais (47.2% em 1998 vs. 62.6% em 2005). A diminuição no uso de preservativo entre os jovens que se iniciaram sexualmente antes dos 14 anos, em todos os contextos de parceria, foi expressiva entre os jovens mais escolarizados, entre os 15 e os 19 anos. Quanto à diminuição da vulnerabilidade ao VIH, é relevante e significativo o incremento no uso de preservativo na iniciação sexual, observando também uma tendência à estabilização da idade da iniciação sexual.

Outro estudo realizado em França em 1990 (Deschamps, 1993) demonstrou que 12% dos jovens dos 15 aos 24 anos tinham iniciado a sua vida sexual antes dos 15 anos, 50% entre os 16 e os 18 anos e 12% entre os 19 e 21 anos.

Rebello & Gomes (2009) realizaram um estudo visando analisar narrativas de homens jovens universitários sobre a sua experiência de iniciação sexual. Dentre os significados da iniciação sexual, destacam-se os de coito, demarcação de uma etapa da vida, despertar para o género oposto e descoberta do corpo. Como ponto de partida para uma contextualização do cenário da iniciação sexual destes jovens, consideramos como critério etário, terem nascido entre 1981 e 1987, sendo a média de idade entre eles de 21 anos. Estes indicaram que a iniciação sexual ocorreu nos anos noventa. A idade apontada para a primeira relação sexual foi de catorze anos.

Epou, Guembi, Anza, Gbale & Ali, (2004) realizaram um estudo chamado “Comportamento sexual dos estudantes da universidade de Bangui” (Africa central). Ao longo do ano lectivo 98/99, investigaram 422 estudantes, sendo 218 rapazes e 204 raparigas, com idades médias

de 26.1 e 24.9 respetivamente. Mais de metade dos inquiridos tinha iniciado a sua vida sexual entre os 15 e os 19 anos, verificando-se que os rapazes eram os que verbalizavam estar mais satisfeitos com a sua primeira relação sexual.

Reis e Matos (2008), em Portugal, no seu estudo com jovens estudantes universitários concluíram que a idade da primeira relação sexual dos inquiridos foi que 59.4% dos rapazes e 80.6% das raparigas tiveram a sua primeira relação aos 16 anos ou mais tarde, sendo que 39.6% dos rapazes e 1.1% das raparigas iniciaram entre os 13 e os 15 anos.

Lillian Rubin realizou um estudo em 1989, nos Estados Unidos, com cerca de 1000 pessoas heterossexuais, com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos. Concluiu que existiam mudanças nas relações sexuais entre homens e mulheres nas décadas anteriores. A vida sexual dos mais velhos tinha começado muito mais tarde do que nos sujeitos mais novos. Concluiu também que as alterações de comportamento e de atitudes sexuais eram mais evidentes nas mulheres do que nos homens.

Um estudo foi levado a cabo por Oswalt, Cameron & Koob (2005) nos EUA, junto de 348 estudantes universitários, dos 18 aos 32 anos, com uma média de idade de 19.74 anos, sendo 71.1% mulheres e 28.3% homens. Verificaram que 270 alunos tinham uma vida sexual activa e que 194 (71.9%) estavam arrependidos por já terem iniciado a sua vida sexual. As razões referidas por esse arrependimento foram que a sua decisão não era consistente com a sua moral (37%), o desconhecimento que o álcool influenciasse a sua decisão (31.7%), a certeza de que não queriam o mesmo que o parceiro (27.9%), o não uso de preservativo (25,5%), a pressão do parceiro (23%) e o seu desejo de ficar virgem até ao casamento (15.4%).

Em termos de idade da primeira relação sexual, Borges e Schor (2007), com base numa ampla revisão da literatura, apontam que no Brasil, "o início da vida sexual de homens ocorre basicamente ao redor dos 15 anos de idade". As pesquisas indicam que, entre rapazes e raparigas, a idade em que ocorre a primeira relação sexual vem diminuindo e a atividade sexual, aumentando. No entanto, ainda persiste uma dupla moral sexual, determinando normas e expectativas sociais em relação à idade e circunstâncias adequadas para as primeiras práticas sexuais, que diferenciam homens e mulheres.

A iniciação sexual na adolescência é abordada por autores de diferentes nacionalidades, o que reforça a ideia de ser este um tema comum à realidade de diferentes países, independente do seu grau de desenvolvimento (Martinez & Pascual, 1998; Stern & Medina, 2000; Lescano, 2002), tendo acarretado uma preocupação cada vez maior entre profissionais de saúde, pais e professores pela falta de conhecimentos sobre concepção e uso de contraceptivos.

Os jovens iniciam a sua vida sexual cada vez mais cedo (Nodin, 2001; Calazans, 2000, 2005; Domingues, 1997), o que leva a que os estudos na área dos comportamentos sexuais tenham sido considerados prioritários (Reis & Matos, 2008). Esta problemática tem sido abordada por diferentes países de todo o mundo, sendo ela comum às realidades portuguesa, europeia, mas

também de todo o mundo (Martinez & Pascual, 1998; Stern & Medina, 2000, Weller,2000; Lescano 2002; Matos,2010). Portugal é o país da Europa onde a diferença entre os sexos, quanto ao início da atividade sexual, é mais acentuada (Monteiro & Raposo, 2005). Na mesma linha de ideias, um estudo comparativo de vários países da Europa referia que 30.2% dos rapazes portugueses e 20.3% das raparigas se afirmavam como sexualmente ativos aos 15 anos de idade (Avery & Lazdane, 2008).

### 3.2.1.2. Doenças sexualmente transmissíveis (DST'S) e uso de método anticoncepcional e de proteção.

O crescente interesse dos investigadores sobre a sexualidade dos jovens está ligada em parte às DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis), sendo estas geralmente bacterianas (gonorreia ou clamídia) e virais (herpes genital ou VIH/SIDA) (Pereira, Morais & Matos, 2008). As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são doenças que afetam os países industrializados tal como os países em vias de desenvolvimento, sendo o grupo etário 15-45 anos, o mais exposto ao risco (WHO, 2000). Sabe-se que nos EUA, 1 em 4 pessoas tem probabilidade de contrair uma DST (Papalia, Olds & Feldman, 2001). As DSTs têm sintomas e consequências diferentes, assim como se apresenta na seguinte Tabela 1.

Tabela 1. Principais doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) (Rocha, Horta, Cruzeiro,& Cruz, 2007)

DOENÇA	SINTOMAS	PROGNÓSTICO
Gonorreia	Inflamação do colo do útero, transtornos menstruais, uretrite no homem, secreção amarelada.	H: esterilidade. M: inflamação da pélvis, esterilidade e possível cegueira do recém nascido.
Sífilis	Inicialmente úlceras genitais que não curam. Posteriormente lesões na pele e mucosas.	Lesões no sistema circulatório e nervoso. Malformação ou morte do recém-nascido.
Uretrite e vulvovaginite	Corrimento acinzentado, espumoso, com cheiro a peixe. Nos homens, dor ao urinar.	Artrites. Infecções nos olhos, pele e boca.
Herpes genital	Lesões vesiculares nos órgãos genitais externos.	Pode contagiar o feto. Aumenta o risco de cancro do colo do útero.
Hepatite B	Lesões hepáticas, hepatite, cirrose.	Produz graves problemas no fígado. Pode causar a morte.
SIDA	Anemia, febre, perda de peso, alterações imunitárias.	Transmite-se ao feto. Infecções generalizadas e morte.
Candidíase	Picadas ao urinar, comichão, fluxo vaginal muito abundante.	Mais frequente na mulher. Não têm consequências.
Tricomoníase	Ardor, comichão, fluxo vaginal amarelo.	Infeção urinária na mulher e uretrite no homem.
Pediculose púbica	Lesões na pele, picadelas na zona púbica.	Sem consequências se desparasitar a pele e desinfetar a roupa em água fervente.

Os comportamentos de risco têm vindo a diminuir entre os adolescentes portugueses. A utilização do preservativo aparece associada ao género feminino, a uma idade mais avançada, à facilidade em falar com o pai, à não utilização de bebidas alcoólicas e ao não envolvimento em lutas com os pares. Quanto às crenças e atitudes perante as pessoas infetadas, as raparigas e os alunos que se encontram no final da adolescência têm mais facilidade em aceitar o indivíduo infetado (Dias, Matos & Gonçalves, 2005; Matos e al., 2003).

Se algum mérito se pode descortinar como resultado de epidemias de doenças transmissíveis sexualmente é o de terem desencadeado, senão mesmo forçado, uma revalorização, uma sobre atenção ao fenómeno da sexualidade, ou melhor, das sexualidades humanas, um exercício sistemático de descrição e de compreensão (Lucas, 1993).

Suplicy et al. (1995), referem que o VIH é uma epidemia mundial e o seu combate só será possível através de um trabalho de prevenção e conscientização da mudança de comportamentos sexuais. Segundo os autores, a população e principalmente os adolescentes precisam de perceber que o vírus da Sida não está limitado aos chamados grupos de risco, mas envolve todos, independente de classe social, raça, sexo, idade, crença religiosa, desde que não se protejam nas suas relações sexuais. Os autores consideram que muitos obstáculos culturais e emocionais ainda dificultam o trabalho de prevenção, não apenas do VIH, como também das outras doenças sexualmente transmissíveis. A maior dificuldade reside no sentimento de “omnipotência”, próprio dos adolescentes e que os levam a imaginar que com eles “nunca vai acontecer” e que estão imunes a qualquer perigo.

Alguns investigadores sugeriram que as campanhas dos média não modificavam o comportamento sexual dos jovens (Sherr, 1987) e que houve recentemente um aumento na prevalência das doenças sexualmente transmissíveis dentro deste grupo etário, nos EUA (Boyer e Kegles, 1991).

No Reino Unido, os dados indicam que houve um aumento da Clamídia e que a redução drástica da gonorreia observada na população idosa não é vista nos mais jovens. Richard & Van der Plicht (1991) estudaram o uso do preservativo num grupo de adolescentes holandeses e concluíram que 50% dos que tinham múltiplos parceiros usavam sempre preservativo.

Num estudo americano, 30 % das adolescentes, das quais 16% usavam sempre o preservativo, foram consideradas em risco de contraírem uma DST (Weisman, Plichta, Nathanson, Ensminger, & Robertson, 1991).

Adhhiri & Tamang (2009) exploraram os comportamentos sexuais de 573 estudantes universitários de género masculino no Nepal. Concluíram que apesar das restrições religiosas e culturais, 39% tinham relações sexuais pré maritais, com comportamentos sexuais de risco, com profissionais do sexo, múltiplas parceiras sexuais e com uso inconsistente do preservativo. Concluem que apenas 57% usou preservativo na sua primeira relação sexual.

Rest (1986), num estudo realizado com jovens universitários, concluiu que cerca de 80% dos indivíduos de ambos os sexos eram sexualmente ativos. O Women's Risk and AIDS Project (WRAP) (Holland, Ramazanoglu, Scott, Sharpe & Thomson, 1990) realizou entrevistas e aplicou questionários a mulheres heterossexuais com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos. O projeto chegou à conclusão que 16% das jovens usavam preservativo, 13% tinha usado o preservativo e tomava a pílula, 2% usava preservativo e espermicidas e 3% tinham usado preservativo e o diafragma. No total, somente 30% da amostra usou preservativo enquanto 70% nunca tinham usado preservativo.

Em 1992, Fife\_Schaw e Breakwell realizaram uma revisão da literatura sobre o uso do preservativo e concluíram que entre 24% e 58% dos jovens entre os 16 e os 24 anos tinham usado preservativo durante a sua última relação sexual. Em França, um estudo demonstrou com jovens que um terço dos adolescentes entre os 15 e os 19 anos não utilizou qualquer método contraceptivo na primeira relação (Deschamps, 1993).

Em 1994, Alferes realizou um estudo junto de 587 estudantes do ensino superior, em Portugal, com idades compreendidas entre os 18 e 34 anos. Os homens revelam ter tido a sua primeira relação sexual em cerca de um ano antes das mulheres, referem ter tido mais parceiros sexuais, quer no último ano, quer em toda a sua vida. A taxa de virgindade feminina foi, em todas as idades, mais alta do que a masculina. Os homens mostraram-se mais favoráveis ao sexo sem compromisso e ao sexo ocasional. O estudo apresentou a adesão à heterossexualidade em ambos os sexos.

O estudo de Brigitte Lhomond em 1997, "Sexualidade e juventude", em França, sobre o comportamento sexual de jovens entre 15 e 18 anos, identifica uma aproximação entre os calendários e práticas sexuais masculinas e femininas, onde uma marcante assimetria de gênero produz trajetórias sexuais e afetivas muito díspares. No entanto, a autora destaca, entre os jovens franceses, expressivas divergências no que concerne às expectativas, representações e estruturação tanto do núcleo de amigos quanto das relações com os parceiros sexuais. Na pesquisa mencionada, a compreensão do que seja atividade/relação sexual ou amorosa foi alargada, permitindo incorporar diferentes percepções juvenis sobre atos e práticas vinculadas à experiência da sexualidade.

Todavia, a investigação, a nível nacional tem vindo a demonstrar que os jovens tendem a utilizar o preservativo na sua primeira relação sexual (Reis & Matos, 2008; Matos, 2010; Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo & Polónia, 2008), num estudo acerca da contraceção em jovens universitários portugueses, verificaram que 79.2% de rapazes e 93% das raparigas usaram um método contraceptivo na sua primeira relação sexual, sendo ele o preservativo, com 82.1% e 77% respetivamente, no entanto, os rapazes (9.5%) optaram mais frequentemente pelo coito interrompido do que as raparigas (2.9%). O aumento do uso do preservativo tem vindo a verificar-se entre os jovens portugueses desde 2002, passando de

71.8% para 82.5% (Matos, 2010, p 172) As mulheres mostraram-se mais conhecedoras dos métodos contraceptivos (Alferes, 1994; Matos, 2010).

### **3.2.1.3. Informação e comunicação interpessoal na área da sexualidade**

Alguns adolescentes relataram não conversar sobre sexualidade, mas a maioria aponta os amigos como principal fonte de informações sobre sexo. Frente ao exposto, fica claro que, apesar de terem a sua primeira relação sexual cada vez mais precocemente, o diálogo sobre prevenção tem surtido efeito, o que é reforçado pelo uso expressivo do preservativo entre os adolescentes (Gubert & Madureira, 2009).

A cognição com conteúdos sexuais é mais presente nos rapazes do que nas raparigas. Tanto os rapazes como as raparigas falam preferencialmente com um(a) amigo(a), do mesmo sexo e com aproximadamente a mesma idade (Ramos et al. 2008). As autoras acrescentam que os temas menos debatidos pelos rapazes são a “homossexualidade” e a “gravidez”. No caso das raparigas, são os temas da “pornografia” e também da “homossexualidade” os menos falados. Os mais falados foram o “namorar” nas raparigas e nos rapazes as “relações sexuais”.

É importante não esquecer as diferenças culturais e religiosas que influem diretamente na forma como a informação é emitida e por quem. Pesquisas realizadas na Turquia, (Boratav & Cavdar, 2012) com jovens, procuraram avaliar o tipo de mensagens que eram passadas acerca da sexualidade através das várias fontes., das crenças sobre os papéis sexuais de homens e mulheres, e fizeram perguntas sobre uma gama de experiências sexuais, incluindo coito e não-coito. Os resultados forneceram um quadro da vida sexual de estudantes neste país na encruzilhada do secularismo e costumes tradicionais muçulmanos. Ambas as semelhanças e diferenças foram encontradas entre homens e mulheres. Tanto os homens como as mulheres receberam mensagens mais restritivas do que permissivas. A fonte da mensagem mais importante era os amigos do mesmo sexo para os homens e os pais para as mulheres. Os homens tiveram mais namoros e parceiros sexuais que as mulheres.

Bekart (2005) refere que num estudo realizado no Reino Unido, 89% dos adolescentes afirmavam que ter sexo sem usar preservativo os punha em risco de contrair VIH/SIDA, mas 16% continuariam a ter relações sexuais sem utilizá-lo se a oportunidade surgisse.

Os jovens sabem que o preservativo e a pílula são métodos que previnem a gravidez. Sabem também que só o preservativo previne a Sida e outras doenças sexualmente transmissíveis (Ramos et al. 2008). No entanto, um considerável número de estudos aponta ainda para um desfasamento entre cognições, informação e comportamentos, o que explica, por exemplo, que pessoas possuidoras de informação adequada sobre o VIH não pratiquem, necessariamente, sexo mais seguro (Willig, 1999).

Verifica-se que a realidade deste tipo de informação e comunicação está mais relacionado com aspetos sanitaristas e existe pouca informação sobre aspetos psico emocionais e relacionados com o prazer.

#### **3.2.1.4. Masturbação**

A masturbação é uma prática frequente, embora apresente ainda reações variáveis. A repressão à masturbação teve diversas conotações, ou seja, num primeiro momento, adquiriu uma perspectiva moralizadora. Já num segundo momento, passa a ter uma conotação médica, sendo atribuídas, por Tissot, consequências graves que iam desde a impotência, passando pela loucura e a cegueira, podendo chegar à morte (Costa, 1986). O combate à masturbação era feito com bases religiosas e sentimento de culpa, sendo exercido de modo severo. Aparecem inúmeros tratamentos para curar “o mal”. Desenvolveu-se um comércio antimasturbação cujas propostas de cura se estendiam desde o descanso, passeios pela montanha, termas, exercício vigoroso e banhos frios até cintos de castidade e dispositivos elétricos complexos destinados a desencorajar a masturbação ao emitirem choques elétricos aos perpetradores (Mottier, 2010).

Chegando à Idade Contemporânea, no século XIX, a visão médica passa da cura para a repressão punitiva e preventiva. A partir de então, as meninas passam a receber uma cirurgia que consistia em cortar e costurar os lábios vaginais deixando apenas um pequeno orifício para a saída da urina e do menstruo (Costa, 1986).

Em 1895, Freud escreveu que a masturbação causava neurastenia e acreditava que a masturbação tinha efeitos tóxicos, inclusive com alterações orgânicas permanentes em diferentes partes do corpo (Pereira, 1982). Essa visão começa a mudar com a reflexão analítica, passando a ser considerada como um ato necessário para uma boa evolução do indivíduo. No decorrer deste movimento, Freud admitiu a atividade masturbatória, ressaltando apenas o perigo da masturbação clitoriana, justificando que com esta prática a mulher não conseguiria obter orgasmos vaginais, mantendo-se infantil e imatura sexualmente. Mais tarde, reformula a sua ideia sobre este assunto, admitindo ser inadequada a sua antiga postulação. O sentido e a interpretação da noção de masturbação ampliaram-se no decorrer do século XX. Nessa viagem pela história, são dadas diferentes conotações para a masturbação, no entanto quase todas enfatizavam que os órgãos sexuais deveriam ser utilizados somente tendo como objetivo a reprodução, exceto para o que eles entendiam como “necessidade fisiológica” e nunca como fonte de obtenção de prazer.

Béjin (1993) realizou em França, uma pesquisa, de setembro de 1991 a fevereiro de 1992 a 20 055 sujeitos, por via telefónica. O estudo era composto por questões relacionadas com as práticas sexuais, em particular, a masturbação. Os resultados foram os seguintes: 87% dos homens de 18 a 34 anos admitem ter-se masturbado pelo menos uma vez na vida, enquanto somente 42% das mulheres ter-se-ia masturbado pelo menos uma vez na vida. O autor considera que as mulheres subdeclararam as suas práticas de masturbação, assim como também tendem a subvalorizar o número de parceiros sexuais. O autor concluiu, de igual modo, que as entrevistadas admitiam mais facilmente ter-se masturbado a entrevistadores homens, do que quando o entrevistador era mulher.

Nascimento et al. (2009) num estudo realizado no Brasil, num total de 2.018 homens jovens, 50,7% optaram pela resposta de que a masturbação é uma prática comum, mesmo tendo parceiro/a. Os demais entrevistados distribuíram-se entre as respostas de que é uma prática que se faz quando se está sem parceiro/a (31.01%) e de que é um vício (18.4%). Os autores observam que, em relação a essa prática, ainda prevalece uma representação fortemente associada ao masculino no sentido do auto-erotismo e da atividade sexual como portadoras de uma qualidade técnica em si. Os autores observaram que a masturbação, apesar de quase todos afirmarem ser uma prática rotineira e que todos fazem, ainda é um campo de interdição, pelo constrangimento e vergonha que pode causar. Essa atitude leva manutenção dos mitos e tabus relativos à masturbação. Gagnon (2006), quando se refere à conduta sexual, problematiza a importância da masturbação nos roteiros sexuais masculinos e reflete que ela está para além da produção de um ciclo orgástico de tensão generalizada, ou seja, processo de excitação intensa e resolutive. Segundo o autor, a masturbação, pode então ser considerada como um processo de aprendizagem que possibilita uma mudança do campo da competência para o do desempenho.

Alguns autores como Kaestle et al. (2011) num estudo realizado nos EUA, procuraram identificar a masturbação como uma estratégia para melhorar a saúde sexual, promover a intimidade relacional, e reduzir a gravidez indesejada, DST e da transmissão do VIH, a masturbação pode ser vista como um contexto para o desenvolvimento sexual saudável. Em vez de receberem um discurso racional por parte das suas famílias, escolas e do público em geral, os jovens recebem mensagens confusas sobre esse comportamento não-reprodutivo sexual através de outros meios nem sempre os mais adequados.

A fim de explorar a forma como os jovens adultos aprenderam sobre masturbação e atualmente percebem a masturbação, os mesmos autores realizaram um estudo com 72 estudantes universitários (56 mulheres, 16 homens) atendidos numa aula de sexualidade humana. Os resultados revelaram que as percepções de um jovem adulto e os sentimentos sobre masturbação eram o resultado de um processo de desenvolvimento, que incluiu: (1) aprender sobre o ato de masturbação e como fazê-lo, (2) aprender e internalizar a

contradição social do estigma e o tabu em torno deste ato prazeroso, e (3) chegar a um acordo com essa tensão entre estigma e prazer. Embora quase todos os participantes tenham ouvido falar de masturbação através dos média e dos seus pares (e não os pais ou professores), o sexo era considerado com a ambivalência de estigma e prazer. A maioria das mulheres relatou que ainda se deparam com a dificuldade em aceitá-la como normal. A maioria dos homens reconheceu os aspetos benéficos para o desenvolvimento sexual saudável que resultam da masturbação (Kaestle et al. 2011).

Alencar (2000), numa revisão bibliográfica sobre a masturbação, aponta como aspetos positivos da masturbação: o autoconhecimento, a percepção das sensações agradáveis e a fantasia. Segundo o autor, o ato masturbatório não é repreensível. Tendo em conta o perigo das doenças infecto contagiosas é bom pensar que a masturbação, quando praticada sem sentimento de culpa, é uma atividade segura, propiciando autoconhecimento e prazer.

Nos adolescentes, as contradições entre um corpo capaz de ter relações sexuais e as restrições sociais e familiares ao início da vida sexual ativa com um parceiro, num adolescente em busca de maturidade e num processo de definição da sua identidade sexual, provoca uma “tensão sexual fisiológica” que necessita descarga: a masturbação é a maneira habitual de aliviar essa tensão, sendo que se sempre mais precoce e frequente nos rapazes do que nas raparigas (GTES, 2007).

Embora a masturbação apareça como uma prática comum e salutar (Nascimento et al. 2009), ainda se mantém associada à ideia de prática não natural, rodeada de preconceitos e tabus (Béjin 1993).

### **3.2.1.5. Consumo de substâncias psicoativas e interação sexual**

Alguns estudos têm vindo a ser realizados no âmbito do consumo de álcool e drogas revelando a existência de relação entre os consumos dos mesmos e os comportamentos sexuais de risco (Lindsey, Smith, & Rosenthal, 1997; Labrie, Earleywine, Schiffman, Pederson & Marriot, 2005; Brook, Morojele, Zhang & Brook, J. 2006), uma vez que o consumo destas substâncias potenciarão o risco no comportamento sexual desprotegido.

Segundo Lindsey et al.(1997), os jovens consumidores de álcool têm maior dificuldade em evitar comportamentos sexuais de risco. Verificaram que aproximadamente 20% dos jovens que não utilizaram preservativo na sua última relação, não o fizeram por estarem demasiado embriagados ou sob o efeito de outra substância. Também Eaton et al. (2005) no “Youth Risk Behavior Surveillance” verificaram que 23,3% dos jovens sexualmente ativos ingeria álcool ou outras drogas na sua última relação sexual, sendo este comportamento mais raro nas raparigas (19%) do que nos rapazes (27.6%). Outro estudo realizado por Labrie et al. (2005)

refere a relação direta entre consumo de álcool e a não utilização do preservativo junto de uma população de rapazes.

Reis & Matos (2008) observaram num estudo com estudantes universitários, que 68,8% referem nunca terem tido relações sexuais sob o efeito de álcool ou outra droga, o que corresponde a um aumento do número de relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas. Todavia, outro estudo tem desmonstrado de igual modo que a percentagem de consumo de álcool ou drogas associado às relações sexuais em 2010 voltaram a descer aos valores de 2002, ou seja 13% (Matos, 2010).

Turchik et al. (2010) realizou um estudo onde utilizou as respostas de 310 estudantes de psicologia da Midwestern U. S. University, com idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos para examinar os preditores de personalidade, sexualidade e uso de substância de comportamentos sexuais de risco ao longo de um período de seis meses. Os dados foram recolhidos em 2005-2006. Os resultados indicaram que o maior consumo de álcool e drogas recreativas, maior extroversão, afabilidade e sentimento de inferioridade foram relacionados com comportamentos sexuais de risco nos homens. Nas mulheres, o maior consumo de álcool e de drogas, maior a excitação sexual, e menor inibição sexual foram preditores de comportamentos sexuais de risco.

Os dados apresentados pelo Projeto Aventura Social e Saúde (referentes aos dados nacionais de 2010) demonstram que em relação ao álcool, 35% dos jovens refere já ter tido relações sexuais sob efeito do álcool, em particular os homens. São também os que têm relações há menos de 6 meses e com idades compreendidas entre os 22 e os 28 anos que apresentam maior frequência desse comportamento. Dos que referem ter tido relações porque tinham bebido, 34% refere não ter utilizado um método contraceptivo em todas as ocasiões, em especial os homens. Nas mesmas circunstâncias, são 55% os que admitem não ter usado preservativo, com prevalência das estudantes. A grande maioria refere não ter tido relações sexuais por ter consumido substâncias psicoativas, embora sejam os homens que refiram maior frequência, sendo a maioria na faixa etária 29-35 anos. Dos que tiveram relações sexuais por terem consumido drogas, 40% admite não ter usado na maioria das vezes um método contraceptivo e são as mulheres que mais frequentemente usaram sempre. Nas mesmas condições apenas 38% utilizaram sempre um preservativo.

Lomba, Apostolo, Loureiro, Graveto, Silva e Mendes (2008) realizaram um estudo em Coimbra “Consumos e comportamentos de risco na noite de Coimbra” a 143 jovens com frequência universitária, com idade média de 21.76 anos. Os resultados apontam para que as substâncias mais consumidas sejam o álcool (95.1%), tabaco (79.72%), e cannabis (65.73%). Nos jovens sexualmente ativos, a média de parceiros sexuais foi de 2.66 (DP=3.75). Neste grupo, 64.52% teve relações sexuais sob o efeito do álcool e 29.84% sob o efeito de drogas. 40.33% nunca ou

quase nunca usou preservativo e 9.64% reconheceu não o ter usado por estar “bêbado” ou “pedrado”14.69% teve relações sexuais devido ao consumo de drogas/álcool, das quais se arrependeu posteriormente (Matos, 2010).

O consumo de compostos capazes de perturbar o estado normal da consciência, quer no sentido de uma diminuição dos processos de inibição, como sucede com o álcool, quer determinando uma estimulação direta como alguns procuram obter com substâncias simpático miméticas como as anfetaminas ou a cocaína, quer ainda com a finalidade de provocar alterações do sentido no espaço e do tempo ou do esquema corporal, como sucede com os compostos alucinogénicos, tem sido utilizado com o objetivo de facilitar o relacionamento interpessoal (Rico, 2000).

Senf e Price em 1994, levaram a cabo um estudo a fim de avaliar a relação existente entre o consumo de álcool e o uso do preservativo nos jovens. Para o efeito, escolheram uma amostra total de 1287 universitários, divididos em três grupos. O primeiro era composto por 708 sujeitos com idade média de 22,5 anos. O segundo grupo, com 369 sujeitos e idade média 29.9 e o último com 172 sujeitos, com idade média 17.7. Cada grupo era constituído respetivamente por 58%, 81% e 65% de mulheres. Por fim, os resultados dos três grupos foram reunidos, concluindo-se que o efeito desinibidor do álcool não é o fator principal para o não uso do preservativo.

Podemos considerar, pelas investigações realizadas a nível internacional que os resultados das diferentes investigações parecem indicar que uma parte significativa dos jovens sexualmente ativos tendem a consumir substâncias psicoativas, levando a comportamentos sexuais desprotegidos (Cooper, 2002; Kaly,2002; Leigh, 1999) e que está patente a prevalência elevada do consumo de drogas e álcool associada a indicadores de comportamentos de risco. Os jovens reconhecem o consumo como fator de risco e tem perceção do risco (Matos, 2010).

### **3.2.2. Conjugalidade**

A conclusão de Pedro Vasconcelos (1998) sobre a conjugalidade e a sexualidade dos jovens traz-nos informações importantes em relação à atitude dos jovens acerca do casamento e à formação da família.

“Podemos constatar, no que diz respeito à conjugalidade, que os jovens têm uma clara propensão para a matrimonialidade, já que a esmagadora maioria deseja viver com o conjugue e casar. Vimos que a legitimação do casamento reside na ideologia do “amor”, o que leva, a nível das declarações públicas, à secundarização das características sociais de um eventual conjugue, já que os jovens entendem (pelo menos ideologicamente) que o “amor” é socialmente descontextualizado. Mesmo assim, a maioria dos jovens recusa num eventual conjugue características, tais como a

ameaça de promiscuidade sexual e de ter filhos de outrem, que podem representar uma ameaça à exigência de fidelidade conjugal. De facto, para a maioria, a infidelidade é causa de rutura. Assim, os modelos conjugais que veiculam são que grande parte dos jovens aceitam, ainda que condicionalmente, a possibilidade de divórcio - o que parece indicar que o laço formal entre os conjugues perde grande parte da sua importância tradicional. Hipótese aliás sustentada pela aceitação abstrata (total ou parcial) da coabitação informal. Verificamos igualmente que subsiste ainda uma visão do papel das mulheres que subalterniza a sua realização profissional perante as tradicionais competências maternas femininas. Por último, verificamos que os projetos de matrimonialidade dos jovens são igualmente projetos de parentalidade.

Assim, em Portugal, verifica-se ainda alguma linearidade dos modelos de transição para a vida adulta - ainda existe, grosso modo, um ciclo de vida (familiar) padrão, embora se saiba, que hoje em dia, a entrada na idade adulta se dê mais tardiamente que anteriormente (com a construção de uma juventude que alastra geracionalmente com o adiar da idade do casamento e de parentalidade). Os jovens saem da família para fazerem nova família. É de facto, de família a família. Assim, ao contrário do que afirma F. de Singly (1981), para outro contexto cultural, “os jovens portugueses não têm hoje uma atitude de distância e de indecisão face ao casamento” (Bandeira, 1996, p115.). A distância e indecisão que possam ter são para eles as fases do namoro e de coabitação informal, essas sim, caracterizadas por um princípio de reversibilidade, consubstanciado numa ética de experimentação, particularmente no domínio da sexualidade” (Vasconcelos, 1998, pp 301-302).

### **3.3. Saúde sexual e saúde mental**

A saúde mental dos estudantes do ensino superior é um assunto que tem vindo a ter cada vez mais atenção, devido à mediatização de alguns suicídios, mas também devido aos diversos estudos que sugerem que a saúde destes jovens é pior do que a da população geral (Stewart-Brown, Evans, Patterson, Doll, Balding & Regis, 2000) e que apontam para um aumento e da severidade dos problemas mentais na população estudantil (Arehart-Treichel, 2002; Kitzrow, 2003).

Estudos internacionais mostram que as razões que levam os estudantes a recorrer aos serviços de aconselhamento do ensino superior são a ansiedade, a depressão, o comportamento suicida, a automutilação, o abuso de substâncias, os distúrbios alimentares e o comportamento psicótico (Kadison & Di Geronimo, 2004; Sharkin, 2006). Segundo o Serviço de Apoio Psicológico ao Ensino Superior (RESARES, 2002), a situação em Portugal não está distante dos resultados internacionais.

Gonzalez & Pais Ribeiro (2004) investigaram a relação entre comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em estudantes universitários da licenciatura em psicologia da Universidade de Lisboa. Os participantes foram 270 estudantes do sexo feminino, de 18 a 30 anos ( $M=21,69$ ). Os comportamentos de saúde foram avaliados com o Questionário de Comportamento de saúde (Ribeiro, 1993) e as dimensões de personalidade foram avaliadas com o Inventário de personalidade NEO-Revisto (NEO-PI-R; Costa & Mc Crae, 1992). Na globalidade, os resultados parecem mostrar que os fatores de personalidade são fracos preditores dos comportamentos de saúde, relacionando-se com o facto de fatores psicológicos gerais explicarem apenas uma pequena proporção da variância dos comportamentos de saúde, ao contrário do que acontece com factores sócio-cognitivos relativos a actividades específicas.

Um estudo realizado por Fulton, Marcus, David, e Payne (2010) procurou avaliar a correlação entre os traços de personalidade psicopática e os comportamentos sexuais de risco (CSR) em estudantes. Os resultados demonstram que o risco de comportamento sexual está associado a uma saúde negativa e consequências sociais incluindo as doenças sexualmente transmissíveis e as gravidezes não desejadas. Os autores centraram-se na associação entre traços de personalidade psicopática e CSR. Os estudantes universitários ( $N = 511$ ) completaram um questionário de CSR, traços de personalidade psicopática, e busca de sensações.

Quando a busca de sensações, os traços psicopáticos de dominância destemida e os traços psicopáticos de anti socialidade impulsiva foram inscritos como preditores de comportamento sexual de risco, apenas a anti socialidade Impulsiva contribuiu significativamente para a regressão. Estes efeitos principais foram qualificados por um género de interação com traços psicopáticos: (a) anti socialidade Impulsivo preditor de CSR em homens e mulheres, com uma forte associação entre anti socialidade Impulsiva e CSR em homens, e (b) Dominância destemida apenas preditor de CSR em homens

### **3.4. Duplo padrão**

Na revisão da literatura, aparecem algumas diferenças de atitudes e comportamentos sexuais entre os homens e as mulheres, o que parece provar a existência de um duplo padrão

A investigação tem procurado verificar como as relações sexuais pré-nupciais dos jovens estão de acordo com as modificações recentes do duplo padrão características das sociedades ocidentais atuais.

Verificamos que os estudos nacionais e internacionais tendem a afirmar ou infirmar a existência do duplo padrão, que é num primeiro momento visto como a permissividade por parte dos indivíduos do sexo masculino em terem relações sexuais antes do casamento. Neste momento, assiste-se a uma mudança deste duplo padrão sexual aceitando-se também com algumas condições a sexualidade pré-nupcial feminina, desde que dentro de uma relação

afetiva e duradoira (DeLamater, 1987; Alferes, 1994; Vasconcelos, 1998; Pais, 1998). Os homens continuam com a ideia de masculinidade dominante, plena de virilidade fálica e orgástica. As mulheres, ainda apresentam uma sexualidade constrangida e dominada, apresentando uma sexualidade juvenil pré-matrimonial em expansão.

Hoje em dia, o paradigma do relacionamento modificou-se, sendo o tema da sexualidade ainda muito controverso. As mulheres acreditam que a virgindade já não é tão importante e tabu, mas os homens consideram ainda importante que as mulheres não tenham tido muitos parceiros (Rocha-Coutinho, 2000).

“Além de um duplo padrão de gênero, existe também um duplo padrão social, pois quanto mais se avança de um eixo socialmente desfavorecido para um eixo socialmente favorecido, mais se avança igualmente de posições e atitudes tradicionais para posições e atitudes modernistas” (Vasconcelos, 1998, p.304).

Os resultados das investigações realizadas nos últimos anos não são unânimes no que respeita à existência do duplo padrão sexual (Alferes, 1997; Milhausen & Herold, 1999, 2001), defendendo parte dos investigadores a convergência dos comportamentos sexuais entre homens e mulheres em direção a um padrão sexual singular, que pressupõe a existência de uma igualdade sexual. Outros investigadores apontam, contudo, que o duplo padrão sexual está ainda enraizado nas nossas sociedades ocidentais (Gentry & College, 1998; Crawford & Popp, 2003). Salientar que ambos os sexos reconhecem a existência de um duplo padrão sexual que regula a forma como constroem a sua sexualidade, demonstrando que a dita liberdade sexual, apesar de todas as mudanças ocorridas, continua a apresentar-se como uma utopia. As semelhanças e diferenças entre ambos os sexos e as suas formas de pensar, sentir e agir sobre um determinado tema podem ser vistas sob o ponto de vista do estereótipo de gênero, como premissas verdadeiras para a população em geral (Chatard, Guimond & Selimbegovic, 2007). Exemplificando, como referem os autores, os homens são geralmente reconhecidos como dominantes, ambiciosos, interessados; as mulheres são geralmente percebidas como cuidadoras, preocupadas com os outros e, neste caso, a percepção de estereótipos da dominância do homem e a sensibilidade interpessoal da mulher são independentes do tempo, da época, cultura (Désert & Leyens, 2006)

Os resultados das investigações vêm, mais uma vez, chamar a atenção para as desigualdades existentes na sociedade portuguesa, valorizando-se o aspeto romântico e de envolvimento amoroso por parte das raparigas e uma maior liberdade para os rapazes, valorizando-se socialmente a quantidade de relações estabelecidas (Saavedra, Nogueira & Magalhães, 2010, p139; Amâncio, 2003).

### 3.5. Vivências académicas dos estudantes portugueses

O ensino superior sofreu profundas transformações nos últimos trinta anos, levando a um aumento do número de jovens a frequentar este ensino. Segundo Almeida, Soares & Ferreira (2001), na origem deste fenómeno e relacionados com os recentes desenvolvimentos da nossa sociedade, unem cinco fatores: “(i) a extinção num passado recente dos cursos de Ensino Técnico; (ii) o alargamento da escolaridade obrigatória; (iii) a falta de alternativas ao prosseguimento de estudos por parte dos jovens que se revelem igualmente atrativas; (iv) o aumento da população estudantil pós- ensino básico na década de 1970; e (v) o desenvolvimento de uma classe média com fortes aspirações de valorização pessoal e de progressão social”(p.4). Também algumas orientações políticas da educação, no contexto europeu, levou à criação de orientações para aumentar as taxas de frequência nas universidades portuguesas para que possam competir com as taxas de frequência no ensino superior dos outros países europeus. Essa mudança verifica-se com a heterogeneidade dos estudantes, o aumento de portadores de deficiência, de jovens provenientes de escalões sócio económicos e culturais mais baixos, estudantes provenientes de outros países. De igual modo, as mulheres representam uma porção maioritária dos estudantes do ensino superior em Portugal.

O ingresso no ensino superior é considerado por muitos autores como tendo um grande impacto no desenvolvimento dos estudantes, no entanto, existem características pessoais e sociais que influenciam, tais como a idade, género, classe social, estratégias de coping, interesses, entre outros (Melo, 2012). Assim, os estudantes integrados em atividades extracurriculares e que residem no meio académico exprimem um elevado nível de satisfação, envolvimento e interação com os amigos fora da sala de aula, comparativamente aos estudantes que residem fora. Neste ponto de vista, os jovens estudantes podem desenvolver sobretudo características que permitem a construção de indicadores que levam a uma melhor integração e adaptação académica, tais como, o otimismo, assertividade e autoestima (Almeida, Soares & Ferreira, 2000).

Em suma, do ponto de vista pessoal, a transição caracteriza-se por etapas de conflitos de papéis entre diferentes períodos definidos da sua vida, originando novos padrões de vida. Assim, assume-se o ingresso no Ensino Superior, como transição, onde ocorrem um conjunto de vivências e oportunidades para os jovens experimentarem, afim de se realizarem as mudanças desenvolvimentais. Os desafios com os quais se deparam os estudantes, nos diferentes contextos, pessoal, social, emocional e académico irá levar a novos padrões de comportamento (Melo, 2012).

Almeida, Ferreira & Soares (1999) estabeleceram cinco áreas consideradas complexas nesta fase de desenvolvimento dos jovens:

- i. *Pessoal* - que inclui itens essencialmente associados ao *self* e às percepções de bem-estar por parte do estudante, tanto física como psicológica (...);
- ii. *Interpessoal* - que inclui o relacionamento com os pares e o estabelecimento de relações mais íntimas, assim como questões relacionadas com o envolvimento em actividades extracurriculares (...);
- iii. *Curso-carreira* - que inclui a adaptação ao curso, as aprendizagens no curso e as perspectivas de carreira (...);
- iv. *Estudo* - que inclui as competências de estudo do aluno, os hábitos de trabalho, a gestão do tempo, a utilização da biblioteca e de outros recursos de aprendizagem (...);
- v. *Institucional* - que inclui o interesse pela instituição, o desejo de nela prosseguir os seus estudos, o conhecimento e a percepção da qualidade dos serviços e estruturas existentes (...).

## **Parte II: Estudio Empírico**



## **4. Metodologia de investigação**



## **4.1. Objectivos**

Na revisão da literatura anteriormente realizada, abordou-se as principais dimensões teóricas sobre a sexualidade, nomeadamente a sexualidade nos jovens. Para tal, recorreu-se aos estudos efetuados nestes domínios. Procurou-se conhecer como os jovens vivenciam a sua vida sexual e reprodutiva, quais as práticas sexuais adotadas, quais as suas posturas perante a contraceção, as suas crenças, a sua orientação sexual, as suas expectativas em relação à fecundidade. No entanto, não existem estudos de âmbito nacional, com as características da presente investigação, propondo um modelo explicativo.

Por isso, propomo-nos neste estudo, com uma metodologia adequada, em primeiro lugar, compreender como os jovens portugueses constroem e elaboram a sua sexualidade. Pretende-se também contribuir para descrever a sexualidade dos jovens nos diferentes domínios assim como comparar diferenças nas variáveis em estudo, homens/mulheres, faixas etárias, entre outros. Por último, este estudo visa construir um modelo explicativo de base empírica que seja representativo da sexualidade entre os jovens universitários portugueses.

## **4.2. Tipologia do estudo**

Tendo em conta os objetivos, a presente investigação revestiu-se de um carácter observacional, descritivo e transversal. Também apresenta um perfil comparativo, na medida em que estabelece grupos de comparação. Por fim, tem um carácter explicativo porque se propõe um modelo explicativo do comportamento dos jovens em estudo.

## **4.3. Método**

### **4.3.1. Participantes**

Participaram nesta investigação 526 jovens estudantes que frequentam qualquer estabelecimento de Ensino Superior do nosso país. São alunos de variados cursos e vários anos excluindo alunos do 3º Ciclo, que podem apresentar características pouco representativas para a amostra em causa, uma vez que poderão encontrar-se numa faixa etária bastante mais alta, característica esta, decorrente das alterações introduzidas pelo processo de Bolonha.

As características sociodemográficas da amostra são apresentadas nas tabelas que se apresentam a seguir.

Assim a amostra ascendeu a 526 indivíduos, no que se refere a questionários válidos, o que segundo Tinsley e Tinsley (1987), no âmbito de uma análise multivariada uma amostra de 500 é muito boa. Verificamos na secção dos dados sócio demográficos que a idade média da amostra é de aproximadamente 22 anos, DP= 2,665, mín-Máx de 17 -29 anos, mediana de 21 e moda de 19, havendo heterogeneidade na representatividade entre géneros, sendo 72.1% do sexo feminino.

Os dados referentes à religião declarada apontam para 71.1% de católicos, 17.1% de agnósticos e 6% ateus, embora 29.5% dos inquiridos se considerem nada religiosos, como se pode observar na tabela 2.

Tabela 2. Caracterização demográfica da amostra. (n=526)

Variáveis	N	%
<b>Género</b>		
Feminino	379	72.1%
Masculino	147	27.9%
<b>Religião</b>		
Católico	377	71.1%
Agnóstico	92	17.5%
Ateu	30	6 %
Evangélica	4	0.8 %
Outra	23	4.6%
<b>Grau de religiosidade</b>		
Muito religioso	32	6.1%
Algo religioso	105	19.9%
Mais ou menos	115	21.9%
Pouco religioso	119	22.6%
Nada religioso	155	29.5%

A instituição de ensino a que pertencem é em 68.44% dos casos a universidade pública e em 31.55% o instituto superior público, como referido na tabela 3.

Tabela 3. Caracterização da amostra por tipo de instituição frequentada.

	N	%
<b>Tipo de instituição</b>		
Universidade Pública	360	68.44%
Instituto Público	166	31.55%

Os estudantes que responderam estão distribuídos da seguinte forma no que respeita à área científica: ciências da saúde, 36.3%; ciências sociais e humanas, 21.3%; artes e letras, 20.5%; engenharias, 12.9%; ciências exatas, 8.9%, conforme nos mostra a tabela 4.

Tabela 4. Caracterização demográfica da amostra por área científica frequentada e por género

Área científica	Homens	Mulheres	N	%
Sociais e humanas	22	90	112	21.3%
Artes e letras	27	81	108	20.5%
Engenharias	51	17	68	12.9%
Ciências exatas	14	33	47	8.9%
Ciências da saúde	33	158	191	36.3%

No que respeita ao ano de frequência, encontram-se 23.2% no primeiro ano de licenciatura, 22.6% no segundo ano e 22.6 % no terceiro ano. No segundo ciclo, ou seja no mestrado, estão 15.8% no primeiro ano, 12.2% no segundo ano e 3.6% no terceiro, como é visível na tabela 5.

Tabela 5. Caracterização da amostra por ano frequentado.

		N	%
Ano em que se encontra	1º ano licenciatura	122	<b>23.2%</b>
	2º ano licenciatura	119	22.6%
	3º ano licenciatura	119	22.6%
	1º ano mestrado	83	15.8%
	2º ano mestrado	64	12.2%
	3º ano mestrado	19	3.6%

Observa-se, na tabela 6, que a maioria, 83.8% dos inquiridos não são trabalhadores estudantes.

Tabela 6. Caracterização da amostra por situação profissional.

		N	%
É trabalhador estudante?	Sim	85	16.2%
	Não	441	<b>83.8%</b>

Na zona universitária, os estudantes vivem em residência universitária ou casa partilhada com colegas 35.3 %; em casa própria ou de familiares, 31% e por fim, em casa alugada 30.2%; como é observável na tabela 7.

Tabela 7. Caracterização demográfica da amostra por tipo de residência na zona universitária.

		N	%
<b>Tipo de residência</b>	Casa própria	124	23.6%
	Casa alugada	159	<b>30.2%</b>
	Casa de familiares	39	7.4%
	Residência universitária	57	10.8%
	Casa partilhada com outros	129	24.5%
	Residência de origem	18	3.4%

A residência de origem dos jovens universitários é bastante diversificada, sobressaindo alguns distritos tais como Lisboa (14.3%), Aveiro (14.1%), Castelo Branco (13.1%), Leiria (12.7%) e Porto (8.9%), tal como são apresentados na tabela 8.

Tabela 8. Caracterização da amostra por zona de residência de origem.

Distrito	N	%
Aveiro	74	<b>14.1</b>
Beja	4	.8
Braga	23	4.4
Bragança	8	1.5
Castelo Branco	69	<b>13.1</b>
Coimbra	23	4.4
Évora	4	.8
Faro	2	.4
Guarda	26	4.9
Leiria	67	<b>12.7</b>
Lisboa	75	<b>14.3</b>
Portalegre	2	.4
Porto	47	<b>8.9</b>
Santarém	18	3.4
Setúbal	8	1.5
Viana do Castelo	11	2.1
Vila Real	13	2.5
Viseu	26	4.9
Açores	9	1.7
Madeira	11	2.1
Fora do país	6	1.1

### **4.3.2 Instrumentos**

No presente trabalho, utilizaram-se instrumentos para dar cumprimento aos objetivos propostos, a saber: dados demográficos, aspetos da sexualidade, preferências reprodutivas, início da vida sexual, práticas sexuais atuais, fantasias sexuais, orientação sexual, crenças e informação sexual, problemas sexuais e saúde mental. Na construção do questionário sociodemográfico teve-se em conta as seguintes variáveis: a idade, o género, o curso e o ano de frequência, a religião, se é trabalhador estudante, a proveniência geográfica, tipo de residência na zona de estudo, com quem vive na zona de origem e na zona de estudo, se tem irmãos entre outros.

Foi solicitada a utilização dos instrumentos aos seus respetivos autores (Anexos, 1, 2 e 3).

Os instrumentos que constituem o protocolo de avaliação podem ser classificados segundo as áreas temáticas que pretendem avaliar:

- Os dados sociodemográficos.
- Vivências sexuais, com dados relativos à sexualidade, preferências reprodutivas e início da vida sexual.
- Práticas Sexuais Atuais
- Fantasias Sexuais (Anexo 4).
- Orientação Sexual (Anexo 5).
- Crenças e Informação Sexual (Anexo 6).
- Problemas sexuais
- Saúde Mental (Anexo 7).

Em primeiro lugar foi feita uma apresentação do estudo e um pedido de participação com consentimento informado (Anexo 8), tendo sido este materializado através da elaboração de uma página on-line, construída para o efeito (Anexo 9).

#### **4.3.2.1. Avaliação de informação referente às vivências sexuais**

Com o objetivo de estudar algumas dimensões sociais dos sujeitos, foi elaborado um questionário que procura fornecer informação acerca das vivências sexuais do sujeito, das suas preferências reprodutivas e do início da vida sexual. É composto por 3 secções: Na primeira secção, respeitante à comunicação sobre sexualidade, procura-se saber se os jovens costumam falar da sexualidade, e se for o caso, quais os temas mais falados.

Na segunda secção, abordam-se as preferências reprodutivas, com o intuito de percebermos a opinião dos inquiridos acerca do início da vida sexual, a melhor idade para tal, se concorda com o casamento, em que circunstâncias, qual a melhor forma de compromisso entre duas pessoas, se gostava de ter filhos, quantos e com que idade. Por fim, na terceira secção,

averigua-se as circunstâncias em que se deu o início da vida sexual, com que idade aconteceu, que relacionamento mantinha com o parceiro, o tempo de duração dessa mesma relação, as razões que levaram ao ato, qual a importância que teve para o inquirido, em que situação aconteceu, se usou ou não método contraceptivo ou de proteção contra as DSTs, se sim, onde o obteve e quem tomou a decisão. No total, são apresentadas 29 perguntas com respostas tipo Likert, ou de escolha múltipla, cuja pontuação será realizada através da frequência das respostas.

#### **4.3.2.2. Avaliação das práticas sexuais atuais**

De forma a facilitar a compreensão das práticas sexuais dos sujeitos, foi utilizado um questionário composto por diferentes afirmações, de escolha múltipla e de frequência e às quais o sujeito teve que responder, com o objetivo de aprofundar o estudo das práticas sexuais dos jovens e tentar perceber como se sentem em relação às mesmas.

O Questionário sobre as Práticas Sexuais Atuais é um instrumento constituído por 54 itens que avaliam os comportamentos sexuais dos jovens. Os 54 itens correspondem a um conjunto de afirmações autorreferenciais, que abrangem áreas relativas à vida sexual do sujeito. É perguntado a idade da primeira menstruação ou ejaculação, se se masturba, com que frequência, em que circunstâncias, e como se sente em relação ao mesmo, sendo apresentadas diferentes possibilidades de resposta. Averiguam-se os sentimentos de natureza sexual, procurando-se perceber se houve atração, fantasias ou contacto sexual com alguém do mesmo sexo, sendo as possibilidades de resposta, sim, não ou não sei.

O namoro é uma das dimensões avaliadas, nomeadamente se tem ou não namorado(a), quantos já teve, o tempo de namoro. Se o sujeito tiver uma vida sexual ativa, é-lhe solicitada informação sobre o uso ou não de método contraceptivo, o número de relações sexuais ocorridas no último ano e o número de parceiros. Foi também criado um quadro com uma lista de práticas sexuais concretas, à qual o jovem responde através das possibilidades nunca, poucas vezes, às vezes, muitas vezes ou sempre. Por fim, referem-se as substâncias psicoativas a fim de avaliarmos se os jovens costumam ter relações sexuais sob o efeito de alguma substância ou se já aconteceu alguma vez. A avaliação dos scores é cotada sob forma de frequência das respostas.

#### **4.3.2.3. Avaliação das fantasias sexuais**

A Escala de Fantasias Sexuais (Wilson, 1978; Freire, 2008), procura a obtenção de resultados quantitativos normativos relativos a preferências, desejos e atividades sexuais e divide-se em quatro categorias sexuais: exploratórias, íntimas, impessoais e sadomasoquistas.

A categoria de fantasias exploratórias reflete a tendência para a excitação e variedade sexual. Quando a pontuação é alta nesta categoria significa que existem impulsos sexuais fortes, habitualmente mais frequentes em homens do que em mulheres.

A categoria ligada a fantasias íntimas relaciona-se com a procura e satisfação de um compromisso profundo com um número limitado de parceiros sexuais. Para este fator, não existem grandes diferenças entre as pontuações masculinas e femininas.

A categoria das fantasias impessoais constitui o terceiro fator e manifesta o interesse por fetiches, roupas, filmes e outras manifestações sexuais indiretas, com pouco valor associado a sentimentos e à personalidade. Este tipo de fantasias ocorre mais frequentemente em homens e tem sido interpretado como uma indicação de um forte interesse ao nível do sexo. Em mulheres são tidas como indicadores de intimidade e satisfação.

Na última categoria, a das fantasias sadomasoquistas, o conteúdo está associado à resistência ou provocação de dor durante a excitação sexual. Pode incluir jogos que consistem em atar o parceiro ou ser atado, ser chicoteado ou levar palmadas nas nádegas e outras semelhantes.

A Escala de Wilson é constituída por uma ampla variedade de fantasias cujo espectro varia desde as fantasias mais comuns e inócuas até àquelas mais desviantes, num total de 40 itens (10 para cada categoria) e relativas a 5 condições: fantasias diurnas, fantasias durante a prática sexual ou masturbação, fantasias passadas em sonhos, fantasias concretizadas e fantasias que o indivíduo gostaria de concretizar. A cotação, no entanto é feita apenas com base nas pontuações dadas para a primeira coluna (fantasias diurnas), uma vez que a pontuação das outras colunas (correspondentes às restantes 4 condições) está altamente correlacionada com a primeira (Wilson, 1988).

Pode também ser obtida uma pontuação global, através da soma dos valores de frequência atribuídos a cada item, constituindo uma medida global de líbido ou desejo sexual (Wilson, 1988). Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Freire (2008), tendo procedido à análise da sua consistência interna através do cálculo do alpha de Cronbach, do KMO e de uma Análise Fatorial Exploratória, com um nível de significância de 0,05, que é uma medida de adequabilidade para a Análise fatorial (Wilson, 1988).

No nosso estudo, obtiveram-se medidas de consistência interna muito boas ou boas. Para a escala completa obteve-se uma consistência interna de  $\alpha = 0.89$ , e para as subescalas Exploratórias  $\alpha = 0.78$ , para as Íntimas  $\alpha = 0.74$ , para as Impessoais  $\alpha = 0.625$ , e para as Sadomasoquistas  $\alpha = 0.80$ .

#### **4.3.2.4. Avaliação da orientação sexual**

A Grelha de Orientação Sexual de Klein (Pereira, Leal & Maroco, 2009) é um sistema para descrever a orientação sexual de uma pessoa, de uma maneira detalhada e informativa. Foi construída por Klein (1993) e implica que, para cada indivíduo se estabeleçam sete variáveis componentes da orientação sexual (atração sexual, comportamento sexual, fantasias sexuais, preferência emocional, preferência social, estilo de vida homo ou heterossexual e autoidentificação). Para cada um dos componentes, a orientação sexual é medida relativamente às dimensões “passado”, “presente” e “ideal”.

A grelha considera o fato das pessoas poderem modificar a sua orientação sexual, ou seja, o que uma pessoa considera ser no momento presente pode não coincidir com a sua classificação passada, futura ou ideal. Isto significa que o conceito de orientação sexual é um conceito dinâmico e contínuo. A cotação efetua-se pela atribuição de pontos que variam entre 1 e 7, para cada uma das 21 combinações resultantes.

No processo de validação da grelha, a consistência interna estimada pelo  $\alpha$  de Cronbach, nos 5 fatores variou entre um mínimo de 0.8 e o máximo de 0.95. No total, a escala apresentou  $\alpha = 0.94$ . Estes valores demonstram a elevada consistência interna da escala (Pereira, Leal & Maroco, 2009).

No presente estudo, a Grelha de Orientação Sexual de Klein apresenta uma consistência interna de 0.83, muito bom (De Vellis, 1991).

#### **4.3.2.5. Avaliação das crenças e informação sexual**

O Questionário de Crenças e Informação Sexual (Adams e col, 1996, adaptado de P. Nobre, 2001) é um instrumento constituído por 25 itens que avaliam mitos sexuais e informação incorreta acerca do funcionamento sexual e efeitos da idade. Os 25 itens estão distribuídos de forma a avaliarem 5 fatores, sendo estes: tempo/paciência, stress/pressão, envelhecimento, satisfação sexual e conhecimentos genéricos. O sujeito é convidado a indicar a sua opinião relativamente à validade ou falsidade das afirmações (respostas corretas são pontuadas com 1 e incorretas com 0). O total da escala pode oscilar entre 0 e 25, sendo que valores elevados indicam informação sexual adequada e baixa crença em mitos sexuais.

Estudos psicométricos indicaram adequada fidelidade temporal (teste-reteste -  $r = .82$ ) e consistência interna (*alfa* de Cronbach =  $.82$ ) (Adams e al., 1996). Na presente investigação foi utilizada uma versão portuguesa, traduzida e adaptada por Nobre (2001).

#### 4.3.2.6. Avaliação de problemas sexuais

O Questionário de Problemas Sexuais construído para o efeito, é um instrumento composto por 9 perguntas que avaliam situações problemáticas que terão ocorrido ao nível da sexualidade do sujeito, construído no âmbito do presente trabalho. Estas situações são discriminadas consoante o sujeito seja do sexo feminino ou masculino. É solicitado ao inquirido que refira se nas últimas 4 semanas aconteceu algumas situações, tais como dor, desconforto ou dificuldade em atingir o orgasmo para as mulheres; e se fosse homem, se teve problemas de ereção, ou ejaculação precoce. Também é pedido que os jovens apresentem o grau de satisfação relativamente à sua vida sexual, podendo classificar de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a muito insatisfeito e 5 equivale a muito satisfeito.

Por fim, foi criado neste item, um quadro com uma lista de 7 comportamentos considerados pelo DSM-IV como sendo de parafilia: Exibicionismo, Fetichismo, Frotteurismo, Masochismo sexual, Sadismo sexual, Fetichismo travestido e Voyeurismo, com as respetivas definições. Era solicitado que fosse identificado se esses atos tinham sido fantasiados ou realizados e em que grau (Nunca, poucas vezes, às vezes, muitas vezes ou sempre).

#### 4.3.2.7. Avaliação da saúde mental

O Inventário de Saúde Mental (MHI) (Ribeiro, P., 2001) é um questionário de autorresposta que inclui 38 itens, tendo sido incluídos itens para medir tanto o Distress psicológico como o Bem-estar psicológico.

Os 38 itens distribuem-se por cinco escalas (Ansiedade com 10 itens, Depressão, com 5 itens, Perda de controlo emocional/comportamental, com 9 itens, Afeto positivo, com 11 itens, Laços emocionais, com 3 itens) e por sua vez, estas cinco subescalas agrupam-se em duas grandes subescalas ou dimensões que medem respetivamente o Distress psicológico e o Bem-estar psicológico. O “Distress psicológico” resulta do agrupamento das subescalas de “Ansiedade, depressão” e “Perda de controlo emocional/comportamental”, enquanto a de “Bem-estar psicológico” resulta do agrupamento das subescalas “Afeto geral positivo” e “Laços emocionais”. A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco ou seis posições. A nota final resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala referida acima. Parte dos itens são cotados de modo invertido. Valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental.

Os resultados obtidos para a validade da escala original, é uma consistência interna de  $\alpha = 0.96$  na escala total: Nas subescalas Ansiedade,  $\alpha = 0.90$ ; Depressão,  $\alpha = 0.86$ ; Perda de controlo emocional/comportamental;  $\alpha = 0.83$ , Afeto positivo,  $\alpha = 0.92$ ; Laços emocionais,  $\alpha = 0.81$ . As dimensões Distress psicológico e o Bem-estar psicológico apresentam respetivamente  $\alpha = 0.94$  e  $\alpha = 0.92$ .

Neste estudo, obteve-se uma consistência interna de 0,96, Excelente, para a escala completa (De Vellis, idem).

#### **4.4. Procedimentos**

Tal como referido anteriormente, foi elaborado no âmbito do presente estudo um questionário on-line, a fim de permitir uma maior abrangência da população estudantil. O site foi divulgado com recurso a diferentes meios, tais como pelo envio de e-mail às Associações de Estudantes, Universidades e outras Instituições de Ensino Superior do país, que reencaminhassem o pedido de colaboração no estudo aos seus estudantes, pelo envio de e-mail solicitando a participação a mailing lists de grupos temáticos e pela inscrição em comunidades virtuais. A participação nestes portais obedeceu à elaboração de um perfil de identidade, onde estava o link de acesso à página da Internet onde se encontravam os instrumentos, bastando que o utilizador carregasse na palavra “Questionário” para ser diretamente redirecionado para o endereço eletrónico referido.

O tempo médio para responder ao questionário foi de 30 minutos. O pedido de colaboração dos participantes preservou todas as condições tradicionais da pesquisa científica, nomeadamente o consentimento informado, o anonimato e a confidencialidade.

Os sujeitos responderam, assim, de forma autónoma. A amostra foi recolhida entre setembro de 2010 e setembro de 2011. À semelhança do que acontece noutros domínios da investigação psicológica, o recurso a questionários autoadministrados comporta vantagens e desvantagens relativamente a outras aproximações metodológicas. No campo específico da sexualidade, a comparação dos questionários autoadministrados e das entrevistas face a face mostra que os primeiros, ao maximizarem a privacidade dos respondentes, são mais eficazes na redução dos “erros de medição” (Catania, Gibson, Chitwood & Coates, 1990). A sua principal desvantagem prende-se com a impossibilidade de garantir inequivocamente que as instruções, o sentido das questões e as modalidades de resposta foram corretamente compreendidos.

##### **4.4.1. A Internet na investigação**

O recurso à Internet tem aumentado drasticamente na população portuguesa. O Inquérito à Utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação pelas Famílias realizado desde 2002 pelo INE - Instituto Nacional de Estatística, IP em colaboração com a UMIC - Agência para a Sociedade do Conhecimento, IP. sustenta que em 2010:

- 45% dos agregados familiares possuem computadores portáteis, uma percentagem 3,6 vezes a de 2005 (era 12%) e mais do dobro da de 2007 (era 20%), uma óbvia consequência positiva

dos programas governamentais de apoio à aquisição de computadores portáteis para estudantes.

- 50% dos agregados familiares dispõem de ligações em banda larga à Internet, mais do dobro de 2005 (era 20%).
- 95% e 100% dos estudantes usam, respetivamente, Internet e computador.
- 75% das pessoas que utilizam a Internet declaram utilizá-la todos os dias ou quase todos os dias, uma percentagem 1.3 vezes a de 2005.

O surgimento da Internet teve como consequência direta, a substituição do typed mail, tornando-se cada vez mais utilizada na investigação. Na ausência de regras e políticas específicas para esta aplicação, os investigadores deverão reger-se pelo sentido de responsabilidade ética para proteger os seus participantes (Guidelines for Internet Research with Human Subjects, n.d.). A informação on-line constitui um grande desafio relativamente à ansiedade e à confiança (Barber, 2001). Muitos outros exemplos poderiam ser referidos para ilustrar o modo como a Internet está a ser utilizada pelos investigadores na área da psicologia e da sexualidade humana.

De uma maneira geral, a investigação com base no recurso à Internet deve ser sujeita aos mesmos princípios éticos que a investigação psicológica mais tradicional. A beneficência, a justiça e o respeito pelas pessoas é absolutamente fundamental. Assim, os investigadores que recorrem à Internet devem:

- Não causar dano;
- Proteger o anonimato dos sujeitos;
- Proteger a confidencialidade de todos os dados da pesquisa que possam identificar os sujeitos;
- Obter o consentimento informado; (Association of Internet Researchers Ethics Working Committee, 2001).

## **4.5. Análise estatística**

### **4.5.1. Análise descritiva, inferencial e fatorial**

A análise descritiva, inferencial e fatorial dos dados foi feita através do programa informático SPSS 18 para Windows (Statistical Package for the Social Sciences). Começou-se por avaliar a sensibilidade dos Questionários utilizados para averiguar as suas propriedades psicométricas.

Para além da mediana, moda, desvio padrão, número máximo e número mínimo, foi explorada a distribuição dos itens através da análise do *Skewness* e do *Kurtosis*<sup>1</sup>

Seguidamente, avaliou-se a fidelidade dos questionários através do *alfa* de Cronbach<sup>2</sup>

Depois de verificar a validade para a Análise Fatorial através do teste de Kaiser-Meyer-Olkin<sup>3</sup> (KMO), passou-se à referida análise para os itens dos questionários.

A Análise Fatorial, como técnica de análise exploratória de dados, tem como objetivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas. No entanto, é importante referir que produz um de muitos modelos explicativos possíveis (Maroco, 2007), pelo que se utilizaram todas as rotações possíveis para a eventualidade de não-correlação entre fatores, nomeadamente, as rotações Varimax, Quartimax e Equamax (rotações ortogonais); e as duas rotações não-ortogonais possíveis, pressupondo que os fatores estavam correlacionados, nomeadamente a Direct Oblimin e a Promax.

Verificou-se a distribuição dos itens em relação à normalidade através do teste de Kolmogorov-Smirnov<sup>4</sup> e procedeu-se, seguidamente, à análise inferencial através dos teste t-student<sup>5</sup>, que é um método que determina diferenças entre médias quando são comparados grupos distintos.

#### 4.5.2. Análise de Modelos Estruturais

A Análise de Equações Estruturais (AEE) permite ao investigador testar um conjunto de relações causais simultaneamente, após ter especificado um modelo teórico inicial, através da produção de estatísticas de adequação e estimativas dos parâmetros (ITS, 2001).

A AEE recorre a uma nomenclatura própria. Assim, as variáveis manifestas são aquelas que se assumem terem sido medidas diretamente e sem erro. Já aquelas não-observadas ou latentes,

---

<sup>1</sup> O *Skewness* e do *Kurtosis* são medidas que avaliam a assimetria e a forma da distribuição e recomendam a eliminação de itens com valor absoluto superior a dois.

<sup>2</sup> O coeficiente *alfa* ( $\alpha$ ) de Cronbach é uma medida de fiabilidade interna que é determinada pela fórmula  $\alpha = k/k - 1$  (1 - soma das variâncias de cada item/variância total de k itens). O valor do *alfa* aumenta com o número de itens mais elevado e com correlações entre itens mais fortes. Um *alfa* inferior a 0,50 é inaceitável, entre 0,50 e 0,60 é mau, entre 0,60 e 0,70 é razoável, entre 0,70 e 0,80 é bom, entre 0,80 e 0,90 é muito bom, e um valor igual ou superior a 0,90 é excelente (De Vellis, 1991).

<sup>3</sup> A medida de adequação de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. Um KMO próximo de zero indica ausência de correlação fiável entre as variáveis, o que é dissuasor do recurso à análise fatorial. Um valor inferior a 0,50 é inaceitável, entre 0,50 e 0,60 é mau, 0,60 e 0,70 é razoável, entre 0,70 e 0,80 é bom e igual ou superior a 0,90 é excelente (Olkkonen & Saastamoinen, 2000).

<sup>4</sup> O teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) é utilizado para testar se uma amostra provém de uma distribuição particular (neste caso, de uma distribuição normal). O valor estatístico do K-S é baseado na diferença entre as distribuições cumulativas observadas e teóricas.

<sup>5</sup> O teste de t-student de amostras independentes compara as médias para dois grupos.

não foram diretamente medidas pelo investigador, mas sim inferidas pelas covariâncias ou correlações entre as variáveis medidas presentes na análise.

A AEE permite a representação gráfica das relações entre variáveis observadas e não-observadas. Os círculos ou as ovas representam as variáveis latentes, ao passo que os retângulos ou os quadrados representam as variáveis medidas. Os erros residuais nunca são observados, pelo que se representam em círculos ou ovas.

Nesta representação gráfica, as relações causais (de causa para efeito) são apresentadas sob a forma de setas unidirecionais, sendo as correlações apresentadas sob a forma de setas bidirecionais.

A AEE envolve três elementos básicos: (1) a especificação de um modelo de medida, (2) a especificação de um modelo estrutural e (3) a estimação dos coeficientes do modelo e sua validação.

A especificidade de um modelo é o exercício de afirmar formalmente um modelo (Hoyle, 1995) e, ao especificá-lo, estabelecem-se relações diretas, indiretas ou não-direcionais entre variáveis. Na AEE, os efeitos causais, as variâncias e as covariâncias são parâmetros que podem ser fixados (normalmente entre zero e um) ou livres (normalmente estimados a partir dos dados).

Os elementos principais que constituem a AEE são: o modelo de medida (onde as variáveis latentes são formadas a partir de indicadores observados) e o modelo estrutural (que inclui relações entre variáveis latentes e manifestas). Assim, a AEE combina um modelo de medida validado por uma análise fatorial confirmatória, ao passo que o modelo estrutural é uma regressão múltipla ou uma análise de trajetórias (*path analysis*).

O objetivo da estimação é a obtenção de valores numéricos para os parâmetros desconhecidos. Utilizam-se, de modo geral, métodos iterativos como a máxima verosimilhança (*maximum likelihood*) ou os mínimos quadrados generalizados (*generalized least square*)<sup>6</sup>. Cada método de estimação fornece estimativas de erros-padrão e um teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ).

Para determinar as adequações dos Modelos de Medida e dos Modelos Estruturais, avaliam-se os seguintes indicadores: O *Goodness-of-fit*  $\chi^2$ , o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Root Square Mean Error of Approximation* (RMSEA).

O *Goodness-of-fit*  $\chi^2$  fornece uma base comum de decisão acerca da adequação de um modelo (Loehlin, 1998), mas se a amostra for muito grande (como é o caso desta investigação), o  $\chi^2$  tem tendência para uma probabilidade próxima do zero, levando à

---

<sup>6</sup> Estes métodos de estimação são os mais utilizados e têm como objetivo procurar os parâmetros que reproduzem melhor a matriz de variância-covariância estimada na amostra.

suspeita que o modelo não se adequa aos dados observados. Por esta razão, utilizam-se os outros indicadores para determinar a adequação dos dados ao modelo (Hu & Bentler, 1995; Schumacker & Lomax, 1996; Arbuckle & Wothke, 1999; Byrne, 2001; Kelloway, 1998). A tabela 9 ilustra os índices de medida, os seus níveis de aceitabilidade e *cutoffs* críticos utilizados. O *software* computacional utilizado neste procedimento foi o AMOS (v. 19, Arbuckle, 2010).

Tabela 9. Índices de Adequabilidade aos dados ao Modelo (Browne & Cudeck, 1993).

Critérios	Nível de aceitação
<i>Goodness-of-fit</i> $\chi^2$	NS ( $p > 0.05$ )
<i>Comparative Fit Index</i> (CFI)	0-Sem adequação >0.90-Adequação muito boa 1-Adequação perfeita
<i>Root Square Mean Error of Approximation</i> (RMSEA)	0-Adequação perfeita 0-0.5-Adequação muito boa 0.05-0.08-Adequação aceitável 0.08-0.10-Adequação sofrível >0.10-Inaceitável (NS; $p > 0.05$ )
<i>Parsimonious Comparative Fit Index</i> (PCFI)	0-Sem adequação 1-Adequação perfeita
<i>Akaike Information Criterion</i> (AIC)	É utilizado para a comparação entre modelos e o modelo que se ajusta melhor é o que tiver o menor AIC.
<i>Bayes Information Criterion</i> (BIC)	É utilizado para a comparação entre modelos e o modelo que se ajusta melhor é o que tiver o menor BIC.
<i>Goodness of Fit Index</i> (GFI)	O GFI deve ser $\leq 1$ ; um GFI=1 indica uma adequação perfeita.

### 4.5.3. Operacionalização do Modelo de Medida

O modelo de medida fica definido através da operacionalização das variáveis latentes e das variáveis manifestas que se organizaram a partir da revisão da literatura e da Análise Fatorial exploratória.

- Os itens do questionário socio demográfico “Género”, “Idade” e “Proveniência geográfica” (Prov geo), operacionalizam o fator “Variáveis socio demográficas” (Sócio Demo).
- Os itens “Circunstâncias para iniciar a sua vida sexual”(Circuns IVS), “Melhor idade para iniciar a sua vida sexual” (Idade IVS), “Se concorda com o casamento” (Casamento), “Qual a melhor forma de compromisso”( Melhor compro), “ Se gostaria de ter filhos (Filhos), operacionalizam o fator Preferências sexuais”
- Os itens de Orientação sexual operacionalizam o fator “Orientação sexual”
- Os itens “Masturbação” (Mastur), “Se tem namorado(a)” (Namoro), “Início de vida sexual” (IVS), “Número de parceiro(a)s que já teve (Parceiros), “Número de relações sexuais que teve no último ano (Nº vezes), “Razões para ter relações sexuais” (Razoes), operacionalizam o fator “Práticas sexuais”.

- Os itens “A idade em que teve a sua primeira ejaculação /menstruação”(1ª eja/menst), “Se já iniciou a sua vida sexual” (Inic.V.S), “Idade da sua primeira relação sexual” (Idade.1ª RS), “Qual a razão por ter iniciado a sua vida sexual” (Razao. V.S), “Se foi ou não planeada”, “Importância da primeira relação sexual”(imp 1ªRS), Local onde ocorreu (Local 1ªRS), “Se usou contraceptivo na sua primeira relação sexual (Contrac 1ªRS),”“Se consome substâncias psicoativas” (Cons Subst psicoati) “Se usou contraceptivo na sua última relação sexual” (Contrac ultima RS), operacionalizam o fator “Vivências Sexuais”
- Os itens “Fantasias exploratórias” (Fant exploratórias), “Fantasias íntimas” (Fant Intim), “Fantasias Impessoais” (Fant Impess) e “Fantasias Sadomasoquistas (Fant Sadoma), operacionalizam o fator “Fantasias”.
- Os itens “Distress psicológico” (Distress psic), “Bem estar psicológico” (Bem estar psic) e “Saúde mental total”(SM Total), operacionalizam o fator “Saúde Mental”.
- Os itens “Tempo/paciência” (Tempo pacien), “Stress/pressão” (Stress press), “Envelhecimento” (Envelhecimento), “Satisfação sexual” (satisf sexual), “Miscelânea conhecimento básico” (Miscel conh/básico) e o “SBIQ Total” (SBIQ Total) operacionalizam o fator “Informação e Crenças”.

- A idade é diretamente influenciada pelos dados sócio demográficos;
- O género é diretamente influenciado pelos dados sócio demográficos;
- A origem é diretamente influenciada pelos dados sócio demográficos;
- A SBIQTempo Paciencia é diretamente influenciado pela Informação e Crenças;
- A SBIQ Stress Pressão é diretamente influenciado pela Informação e Crenças;
- A SBIQ Envelhecimento é diretamente influenciado pela Informação e Crenças;
- A SBIQ Satisfação Sexual é diretamente influenciado pela Informação e Crenças;
- A SBIQ Miscelânea, Conhecimentos Básicos é diretamente influenciado pela Informação e Crenças;
- A SBIQ Total é diretamente influenciado pela Informação e Crenças;
- SM Distress Psicológico é diretamente influenciado pela Saúde Mental;
- SM Bem Estar Psicológico é diretamente influenciado pela Saúde Mental;
- SM Total é diretamente influenciado pela Saúde Mental;
- A escolha de ter ou não filhos é diretamente influenciado pela Preferências Sexuais;
- A idade da primeira ejaculação/menstruação é diretamente influenciado pelas Práticas sexuais;

- Se já iniciou vida sexual é diretamente influenciado pelas Práticas sexuais;
- Idade de início é diretamente influenciado pelas Práticas sexuais;
- Onde ocorreu é diretamente influenciado pelas Práticas sexuais;
- Se usou preservativo masculino é diretamente influenciado pelas Práticas sexuais;
- Consumo de substâncias psicoativas é diretamente influenciado pelas Vivências sexuais;
- Quantos parceiros é diretamente influenciado pelas Vivências Sexuais;
- Vezes relações sexuais ultimo ano é diretamente influenciado pelas Vivências Sexuais;
- Se usou proteção última relação é diretamente influenciado pela Vivências Sexuais;
- Se tem namorado é diretamente influenciado pelas Vivências Sexuais;
- Se se masturba é diretamente influenciado pelas Vivências sexuais;
- Se concorda com o casamento é diretamente influenciado pelas Preferências Sexuais;
- Melhores circunstâncias para iniciar a vida sexual é diretamente influenciada pelas Preferências Sexuais;
- Orientação sexual é diretamente influenciada pela Orientação sexual;
- As Fantasias exploratórias são diretamente influenciadas pelas Fantasias;
- As Fantasias íntimas são diretamente influenciadas pelas Fantasias;
- As Fantasias impessoais são diretamente influenciadas pelas Fantasias;
- As Fantasias sado masoquistas são diretamente influenciadas pelas Fantasias;
- Com quem iniciou vida sexual é diretamente influenciado pela Orientação sexual.

Tabela 10. Operacionalização das variáveis latentes e das variáveis manifestas no modelo de medida

			Estimativas
Idade	<---	Sócio_Demo	1.000
Género	<---	Sócio_Demo	1.000
Origem	<---	Sócio_Demo	1.000
SBIQTempPacie	<---	Informação_Crenças	1.000
SBIQStresPres	<---	Informação_Crenças	1.000
SBIQEnvelh	<---	Informação_Crenças	1.000
SBIQSatisSex	<---	Informação_Crenças	1.000
SBIQMisConhBas	<---	Informação_Crenças	1.000
SBIQTotal	<---	Informação_Crenças	1.000
SMDistPsi	<---	Saúde_Mental	1.000
SMBemEstPsi	<---	Saúde_Mental	1.000
SMTotal	<---	Saúde_Mental	1.000
Ter.Filhos	<---	Preferências_Sexuais	1.000
Idad.prim.ejac.menst	<---	Práticas_sexuais	1.000
Preserv.masc	<---	Práticas_sexuais	1.000
Onde.ocorreu	<---	Práticas_sexuais	1.000
Idade.Inic.V.S	<---	Práticas_sexuais	1.000
Ja.Inic.V.S	<---	Práticas_sexuais	1.000
Subst.p psicoativas	<---	Vivências_Sexuais	1.000
Quantos.parceir	<---	Vivências_Sexuais	1.000
Veze.rel.sex	<---	Vivências_Sexuais	1.000
Proteção.ulti.relaç	<---	Vivências_Sexuais	1.000
Namorado	<---	Vivências_Sexuais	1.000
Masturbação	<---	Vivências_Sexuais	1.000
Concord.Casam	<---	Preferências_Sexuais	1.000
Cir.Inic.V.S	<---	Preferências_Sexuais	1.000
OrientSex	<---	Orientação_sexual	1.000
F.Exp	<---	Fantasias	1.000
F.Int	<---	Fantasias	1.000
F.imp	<---	Fantasias	1.000
F.SadMas	<---	Fantasias	1.000
Com.quem.inic.V.S	<---	Orientação_sexual	1.000

Tabela 11. Correlações do modelo de medida

			Estimativas
Saúde_Mental	<-->	Fantasias	-0.003
Informação_Crenças	<-->	Saúde_Mental	0.002
Sócio_Demo	<-->	Informação_Crenças	-.0003
Preferências_Sexuais	<-->	Orientação_sexual	0.911
Práticas_sexuais	<-->	Orientação_sexual	-0.855
Sócio_Demo	<-->	Preferências_Sexuais	0.016
Vivências_Sexuais	<-->	Fantasias	0.044
Práticas_sexuais	<-->	Vivências_Sexuais	0.000
Sócio_Demo	<-->	Orientação_sexual	0.041
Sócio_Demo	<-->	Práticas_sexuais	0.035
Sócio_Demo	<-->	Vivências_Sexuais	0.024
Sócio_Demo	<-->	Fantasias	0.001
Sócio_Demo	<-->	Saúde_Mental	-0.013
Informação_Crenças	<-->	Preferências_Sexuais	-0.931
Informação_Crenças	<-->	Orientação_sexual	-0.889
Informação_Crenças	<-->	Práticas_sexuais	0.900
Informação_Crenças	<-->	Vivências_Sexuais	-0.002
Informação_Crenças	<-->	Fantasias	-0.005
Saúde_Mental	<-->	Preferências_Sexuais	0.004
Saúde_Mental	<-->	Orientação_sexual	0.001
Saúde_Mental	<-->	Práticas_sexuais	0.002
Saúde_Mental	<-->	Vivências_Sexuais	0.080
Preferências_Sexuais	<-->	Fantasias	0.018
Orientação_sexual	<-->	Fantasias	0.012
Práticas_sexuais	<-->	Fantasias	-0.008
Preferências_Sexuais	<-->	Vivências_Sexuais	0.006
Vivências_Sexuais	<-->	Orientação_sexual	0.001
Preferências_Sexuais	<-->	Práticas_sexuais	-0.875

- As variáveis sociodemográficas estão correlacionadas com a Informação e crenças, Saúde mental, Fantasias, Vivências sexuais, Práticas sexuais, Orientação sexual e Preferências sexuais;
- A Informação e crenças estão correlacionadas com a Saúde mental, as Fantasias, as Vivências sexuais, as Práticas sexuais, a Orientação sexual, as Preferências sexuais e as variáveis sociodemográficas;

- A Saúde mental está correlacionada com as Fantasias, as Vivências sexuais, as Práticas sexuais, a Orientação sexual, as Preferências sexuais; as variáveis sociodemográficas e a Informação e crenças;
- As Fantasias estão correlacionadas com as Vivências sexuais, as Práticas sexuais, a Orientação sexual, as Preferências sexuais, as variáveis sociodemográficas, a Informação e crenças e a Saúde mental;
- As Vivências sexuais está correlacionadas com as Práticas sexuais, a Orientação sexual, as Preferências sexuais, as variáveis sociodemográficas, a Informação e crenças, a Saúde mental e as Fantasias;
- As Práticas sexuais estão correlacionadas com a Orientação sexual, as Preferências sexuais, as variáveis sociodemográficas, a Informação e crenças, a Saúde mental, as Fantasias e as Vivências sexuais;
- A Orientação sexual está correlacionada com as Preferências sexuais, as variáveis sociodemográficas, a Informação e crenças, a Saúde mental, as Fantasias, as Vivências sexuais e as Práticas sexuais;
- As Preferências sexuais estão correlacionadas com as variáveis sociodemográficas; a Informação e crenças, a Saúde mental, as Fantasias, as Vivências sexuais, as Práticas sexuais e a Orientação sexual.

Deste modo, construiu-se um modelo de medida descrito na figura 2

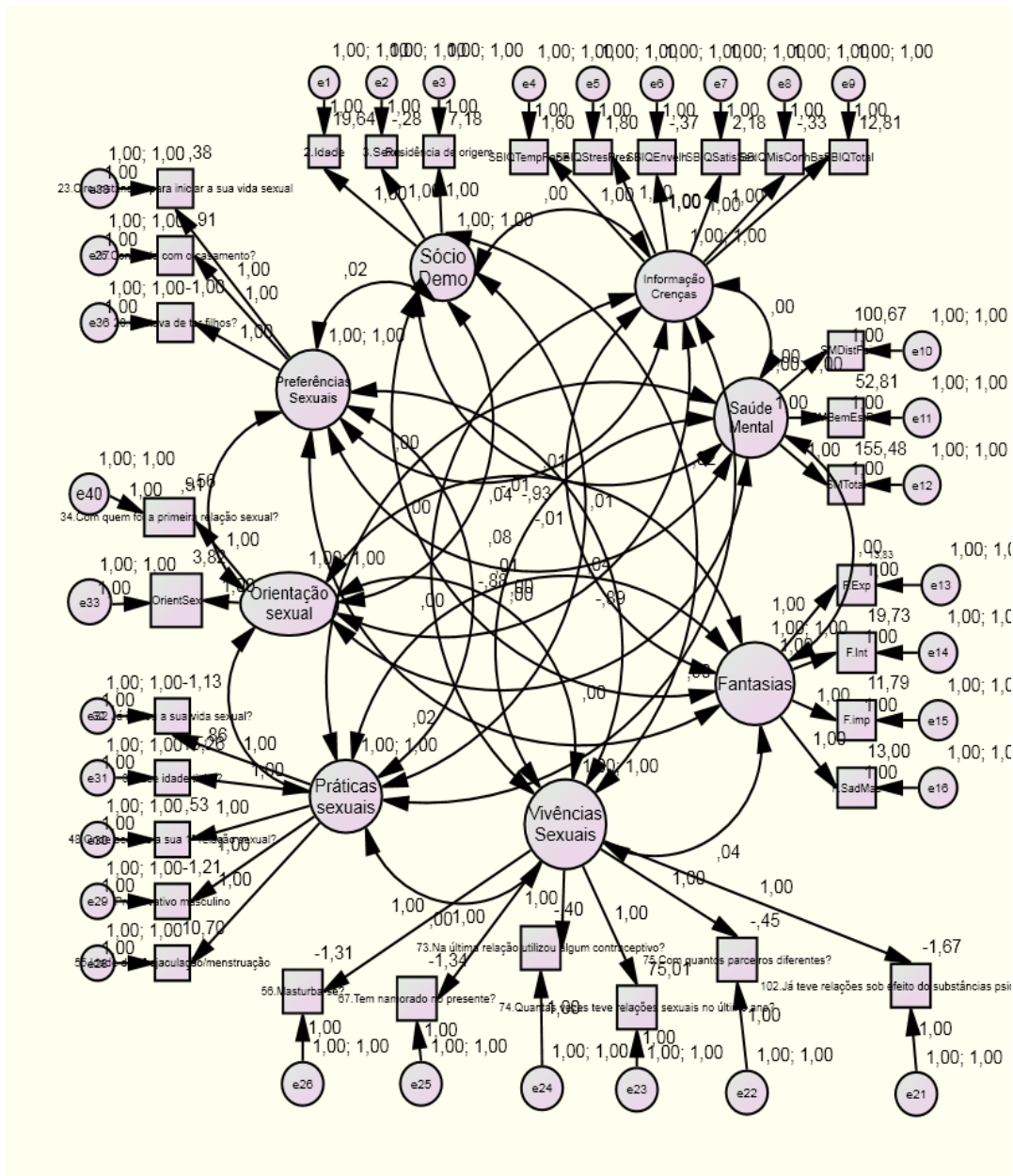


Figura 5. 1º Modelo de Medida operacionalizada a partir da Análise Fatorial e Exploratória.

As variáveis latentes (fatores) são apresentadas dentro de círculos, enquanto as variáveis manifestas são representadas dentro de retângulos.

O 1º modelo resulta da relação e correlação de todas as variáveis em estudo. Define-se o modelo inicial de acordo com as variáveis “sociodemográficas”, “Informação/crenças”, “Saúde Mental”, “Fantasias”, “Vivências sexuais”, “Práticas sexuais”, “Orientação sexual” e “Preferências sexuais”.

## **5. Resultados**



## 5.1. Resultados dos questionários

Apresentam-se de seguida, os resultados obtidos através dos diferentes instrumentos de avaliação da presente investigação, organizados por áreas temáticas da seguinte maneira:

5.1.1 Sexualidade: Vivências sexuais, com dados relativos à sexualidade, preferências reprodutivas e início da vida sexual

5.1.2. Práticas Sexuais Atuais

5.1.3. Fantasias Sexuais

5.1.4. Orientação Sexual

5.1.5. Crenças e Informação Sexual

5.1.6. Saúde Mental

### 5.1.1 Sexualidade

Na secção que aborda o tema da sexualidade, observamos que os dois assuntos que os jovens mais costumam abordar são as relações sexuais com 78.5%, seguido do namoro com 77.8%. Os resultados podem ser observados na tabela 12, onde se observam as percentagens de todos os assuntos referenciados.

Tabela 12. Assuntos habitualmente mais abordados pelos jovens

Assuntos	%
Relações sexuais	78.5%
Namoro	77.8%
Pílula	59.9%
Menstruação e/ou ciclo menstrual	58.6%
Doenças sexualmente transmissíveis	54.6%
Prevenção	54%
Contraceção	53.4
Aborto	50%
Preservativos	46.2%
Gravidez na adolescência	43.3%
Homossexualidade	42.8%
Relações interpessoais	40.7%
Higiene e saúde	39%
Masturbação	29.7%
Abusos sexuais	29.7%
Prostituição	23.8%
Puberdade	17.3%
Afetos e/ou amizade	8.9%
Gravidez indesejada	8%
Revistas e/ou filmes pornográficos	4%

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática do aborto, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 4.995$ ;  $p= 0.025$ ) que nos indica que são as mulheres que mais falam sobre este assunto, como se pode ver na tabela 13.

Tabela 13. Resultados para o “Aborto” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Aborto		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não		
Homem	N	62	85	4.994	.025
	%	11.8%	16.2%		
Mulher	N	201	178		
	%	38.2%	33.8%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Quanto às diferenças entre géneros para a temática dos abusos sexuais, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 0.524$ ;  $p= 0.469$ ), resultados esses, visíveis na tabela 14.

Tabela 14. Resultados para os “Abusos sexuais” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Abusos sexuais		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não		
Homem	N	47	100	0.524	.469
	%	8.9%	19.0%		
Mulher	N	109	270		
	%	20.7%	51.3%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática da gravidez na adolescência, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 0.284$ ;  $p= 0.594$ ), como nos mostra a tabela 15.

Tabela 15. Resultados para a “Gravidez na adolescência” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Gravidez na adolescência		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não		
Homem	N	61	86	0.284	.594
	%	11.6%	16.3%		
Mulher	N	167	212		
	%	31.7%	40.3%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática da gravidez indesejada, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 11.024$ ;  $p= 0.001$ ) que nos indica que são as mulheres que afirmam mais não falar sobre este assunto, como se vê na tabela 16.

Tabela 16. Resultados para a “Gravidez indesejada” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Gravidez indesejada		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não	11.024	.001
Homem	N	21	126		
	%	4.0%	24%		
Mulher	N	21	358		
	%	4.0%	68.1%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática das DSTs, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 0.674$ ;  $p= 0.412$ ), como nos apresenta a tabela 17.

Tabela 17. Resultados para as “DSTs” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		DSTs		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não	0.674	0.412
Homem	N	76	71		
	%	14.4%	13.5%		
Mulher	N	211	168		
	%	40.1%	31.9%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática do namoro, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 1.010$ ;  $p= 0.315$ ), tal como se vê na tabela 18.

Tabela 18. Resultados para o “Namoro” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Namoro		$\chi^2$	<i>p</i>
		Sim	Não		
Homem	N	110	37	1.010	.315
	%	20.9%	7.0%		
Mulher	N	299	80		
	%	56.8%	15.2%		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática das relações interpessoais, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 2.025$ ; *p*= 0.155), tal como se pode verificar na tabela 19.

Tabela 19. Resultados para as “Relações interpessoais” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Relações interpessoais		$\chi^2$	<i>p</i>
		Sim	Não		
Homem	N	67	80	2.025	.155
	%	12.7%	15.2%		
Mulher	N	147	232		
	%	27.9%	44.1%		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática das relações sexuais, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 2.423$ ; *p*= 0.120), tal como se vê na tabela 20.

Tabela 20. Resultados para as “Relações sexuais” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Relações sexuais		$\chi^2$	<i>p</i>
		Sim	Não		
Homem	N	122	25	2.423	.120
	%	23.3%	4.8%		
Mulher	N	291	88		
	%	55.3%	16.7%		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática da prevenção, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 5.815$ ; *p*= 0.016), como se pode verificar na tabela 21, que nos indica que são as mulheres quem mais falam deste assunto.

Tabela 21. Resultados para a “Prevenção” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Prevenção		$\chi^2$	<i>p</i>
		Sim	Não		
Homem	N	67	80	5.815	.016*
	%	12.7%	15.2%		
Mulher	N	217	162		
	%	41.3%	30.8%		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática dos preservativos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 6.508$ ; *p*= 0.011), como nos mostra a tabela 22, o que indica são as mulheres quem mais referem não falar de preservativos.

Tabela 22. Resultados para os “Preservativos” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Preservativos		$\chi^2$	<i>p</i>
		Sim	Não		
Homem	N	81	66	6.508	.011*
	%	15.4%	12.5%		
Mulher	N	162	217		
	%	30.8%	41.3%		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática da pílula, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 11.401$ ; *p*= 0.001) que nos indica que são as mulheres que mais falam sobre este assunto, tal como se pode avaliar na tabela 23.

Tabela 23. Resultados para a “Pílula” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Pílula		$\chi^2$	<i>p</i>
		Sim	Não		
Homem	N	71	76	11.401	.001**
	%	13.5%	14.4%		
Mulher	N	244	135		
	%	46.4%	25.7%		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática dos afetos/amizade, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 13.697$ ; *p* < 0.001)

que nos indica que são as mulheres que mais dizem não falar sobre este assunto, tal como nos demonstra a tabela 24.

Tabela 24. Resultados para os “Afetos/amizade” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Afectos/amizade		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não	13.697	.000**
Homem	N	24	123		
	%	4.6%	23.4%		
Mulher	N	23	356		
	%	4.4%	67.7%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática da pornografia, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2 = 25.282$ ;  $p < 0.001$ ) que nos indica que são os homens que mais falam sobre este assunto, como se pode observar na tabela 25.

Tabela 25. Resultados para a “Pornografia” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Pornografia		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não	25.282	.000**
Homem	N	16	131		
	%	3.0%	24.9%		
Mulher	N	5	374		
	%	1.0%	71.1%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática da higiene e saúde, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2 = 0.066$ ;  $p = 0.797$ ), como é observável na tabela 26.

Tabela 26. Resultados para a “Higiene e saúde” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Higiene e saúde		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não	0.066	0.797
Homem	N	56	91		
	%	10.6%	17.3%		
Mulher	N	149	230		
	%	28.3%	43.7%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática da menstruação, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 42.462$ ;  $p < 0.001$ ) que nos indica que são as mulheres que mais falam sobre este assunto, como se vê na tabela 27.

Tabela 27. Resultados para a “Menstruação” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Menstruação		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não	42.462	<.000**
Homem	N	53	94		
	%	10.1%	17.9%		
Mulher	N	255	124		
	%	48.5%	23.6%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática da puberdade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 2.046$ ;  $p= 0.153$ ), como nos apresenta a tabela 28.

Tabela 28. Resultados para a “Puberdade” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Puberdade		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não	2.046	.153
Homem	N	31	116		
	%	5.9%	22.1%		
Mulher	N	60	319		
	%	11.4%	60.6%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática da prostituição, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 25.375$ ;  $p < 0.001$ ) que nos indica que são as mulheres que mais dizem não falar sobre este assunto, tal como vê na tabela 29.

Tabela 29. Resultados para a “Prostituição” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Prostituição		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não	25.376	.000**
Homem	N	57	90		
	%	10.8%	17.1%		
Mulher	N	68	311		
	%	12.9%	59.1%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática da homossexualidade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 0.048$ ;  $p= 0.826$ ), como nos indica a tabela 30.

Tabela 30. Resultados para a “Homossexualidade” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Homossexualidade		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não	0.048	.826
Homem	N	64	83		
	%	12.2%	15.8%		
Mulher	N	161	218		
	%	30.6%	41.4%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática da masturbação, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 15.327$ ;  $p < 0.001$ ) que nos indica que são as mulheres que mais falam sobre este assunto, como se observa na tabela 31.

Tabela 31. Resultados para a “Masturbação” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Masturbação		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não	15.327	.000**
Homem	N	62	16.2		
	%	11.8%	54.2%		
Mulher	N	94	94		
	%	17.9%	17.9%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Relativamente às diferenças entre géneros para a temática da contraceção, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $\chi^2= 9.152$ ;  $p= 0.002$ ) que nos indica que são as mulheres que mais falam sobre este assunto, tal como se verifica na tabela 32.

Tabela 32. Resultados para a “Contraceção” enquanto assunto abordado por género (n=526)

		Contraceção		$\chi^2$	$p$
		Sim	Não	9.152	.002*
Homem	N	63	84		
	%	12.0%	16.0%		
Mulher	N	218	161		
	%	41.4%	30.6%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

## Preferências sexuais e reprodutivas

Em relação às circunstâncias para iniciar a vida sexual, verifica-se que as circunstâncias para iniciar a sua vida sexual são para 16.34% das mulheres “Quando se sentirem preparadas”, seguido de “Durante o namoro” com 12.88%. Este último foi também a resposta dada por 13.11 % dos homens, como se vê na tabela 33.

Tabela 33. Resultados para o “Circunstâncias para iniciar a sua vida sexual” por género (n=526)

		Durante o namoro	Sem nenhum compromisso	Após o casamento	Pouco importa	Quando se sentir preparado(a)	Outra situação	Total
Homens	N	69	10	3	42	19	4	147
	%	13.11%	1.9%	0.57%	7.98%	3.61%	0.76%	27.9%
Mulheres	N	245	2	6	36	86	4	379
	%	12.88%	0.38%	1.14%	6.84%	16.34%	0.76%	72%
Total		314	12	9	78	105	8	526

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Na secção respeitantes às preferências reprodutivas, ressalta que 59.7% dos jovens consideram ser apropriado iniciar a sua vida sexual entre os 16 e os 20 anos, sendo a idade média de início referida 17.67 anos, com o mínimo de 13 anos e a máxima de 25. Desvio padrão de 1.936; Moda de 18 e Mediana de 18

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres que consideram mais adequado iniciar a sua vida sexual mais tarde que os homens ( $t(341)=-3.008$ ;  $p= 0.003$ ), como se vê na tabela 34.

Tabela 34. Resultados para a idade considerada a mais acertada para iniciar a vida sexual. (n= 343)

Género	N	Média	Desvio padrão	t	p
Homem	114	17.23	2.545	-3.008	.003
Mulher	229	17.89	1.505		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

75.5% dos questionados concordam com o casamento, no entanto 7.8% discordam e 16.7% não tem opinião, sendo as mulheres que mais concordam com 78.8%, como se vê na tabela 35.

Tabela 35. Resultados para o “Se concordam com o casamento” por género (n=526)

Género		Sim	Não	Não tem opinião	$\chi^2$	$p$
Homem	N	98	14	35	8.992	.011
	%	66.66%	9.52%	23.8%		
Mulher	N	299	27	53		
	%	<b>78.89%</b>	7.12%	13.98%		
Total	N	397	41	88		
	%	75.5%	7.8%	16.7%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

As circunstâncias consideradas mais favoráveis são após iniciar a vida laboral em 35.2% das respostas, seguido de após algum tempo de namoro em 33.8%

A melhor forma de compromisso aparece como sendo o casamento para 51.5% dos jovens inquiridos e a união de facto em 42.4%.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre género, em relação ao casamento, e a nenhum compromisso. O casamento é a opção mais escolhida pelas mulheres em relação aos homens ( $p=0.013$ ). Ao item “nenhum compromisso” ambos os géneros responderam negativamente, embora tenham sido as mulheres quem mais respondeu não. No que respeita, à possibilidade união de fato e cada um em sua casa, as respostas são negativas, e embora não haja diferenças estatisticamente significativas, verifica-se serem as mulheres quem menos concordam com esta opção, como é visto na tabela 36.

Tabela 36. Resultados para a melhor forma de compromisso (N=526)

<b>Casamento</b>		Não	Sim	$\chi^2$	$p$
Homens	N	84	63	6.131 <sup>a</sup>	<b>.013</b>
	%	57.1%	42.9%		
Mulheres	N	171	208		
	%	45.1%	<b>54.9%</b>		
Total	N	255	271		
	%	48.5%	51.5%		
<b>União de fato</b>					
Homens	N	79	68	1.247	.264
	%	53.7%	46.3%		
Mulheres	N	224	155		
	%	59.1%	40.9%		
Total	N	303	223		
	%	57.6%	42.4%		
<b>Cada um em sua casa</b>					
Homens	N	143	4	0.395	.530
	%	97.3%	2.7%		
Mulheres	N	372	7		
	%	98.2%	1.8%		
Total	N	515	11		
	%	97.9%	2.1%		
<b>Nenhum compromisso</b>					
Homens	N	135	12	9.216	<b>.002</b>
	%	91.8%	8.2%		
Mulheres	N	369	9		
	%	97.6%	2.4%		
Total	N	504	21		
	%	96.0%	4.0%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

De salientar que 89.4% destes jovens gostava de ter filhos. Comparando entre géneros, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, embora sejam as mulheres quem mais desejam ter filhos, com 91.55%, como se observa na tabela 37.

Tabela 37. Resultados” para a questão se gostariam de ter filhos por género (n=526)

		Sim	Não	Não sei	$\chi^2$	<i>p</i>
Homem	N	127	7	13	5.881	.053
	%	86.39%	4.76%	9.52%		
Mulher	N	343	22	14		
	%	91.55%	5.8%	3.69%		
Total	N	470	29	27		
	%	89.4%	5.5%	5.1%		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

Os jovens, em média gostariam de ter dois filhos (47.5%). No entanto, não existem diferenças significativas entre homens e mulheres quanto ao número de filhos que gostariam de ter ( $t(429) = -0.875$ ;  $p = 0.382$ ), como se pode observar na tabela 38.

Tabela 38. Resultados” para a questão quantos filhos gostariam de ter por género (n=331)

Género	N	Média	Desvio padrão	t	<i>p</i>
Homem	120	2.31	1.136	-0.875	.382
Mulher	311	2.40	0.792		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

O primeiro filho nasceria idealmente entre os 25 e 30 anos (65.1%) e o último entre os 30 e os 35 anos (52.5%). Como se pode ver na tabela 39, a idade média para ter o primeiro e o último filho é de 28.2 anos e 33.77 anos respetivamente.

Tabela 39. Resultados para “Idade em que gostaria de ter o 1º e último filho”

Idade para ter o 1º filho	
Média	28.2
Mín-Máx.	20-40
Desvio padrão	2.885
Idade para ter o último filho	
Média	33.77
Mín-Máx.	23-50
Desvio padrão	3.671

Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros no que respeita à idade de ter o primeiro filho. Os homens referem uma idade mais tardia que as mulheres ( $t(403)=6.144$ ;  $p < 0,001$ ), como se vê na tabela 40.

Tabela 40. Resultados para a idade para ter primeiro filho (n= 405)

Género	N	Média	Desvio padrão	t	p
Homem	111	29.57	3.471	6.144	.000**
Mulher	294	27.68	2.444		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Em relação à idade para ter o último filho, existem diferenças estatisticamente significativas, o que demonstra que as mulheres desejam ter o seu último filho mais cedo que os homens ( $t(393)=4.317$ ;  $p < 0.001$ ), tal como é visível na tabela 41.

Tabela 41. Resultados para a idade para ter último filho (n= 395)

Género	N	Média	Desvio padrão	t	p
Homem	107	35.24	5.468	4.317	.000**
Mulher	288	33.31	3.212		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

### Início da vida sexual

Na secção referente ao início da vida sexual, a idade da primeira ejaculação/menstruação é em média de 12,7 anos, DP de 1,511, mediana, 13 e moda 13, com a idade mínima e máxima de 8 e 21 anos respetivamente. Relativamente à comparação entre géneros, verificam-se diferenças estatisticamente significativas, tal como é observável na tabela 42, observando-se que as mulheres tiveram a sua primeira menstruação mais cedo do que os rapazes tiveram a sua primeira ejaculação.

Tabela 42. Resultados para a idade da primeira ejaculação nos homens e da primeira menstruação nas mulheres (n= 453)

	Género	N	Média	Desvio padrão	t	p
Idade da 1ª ejaculação	Homem	124	13.00	1.540	2.597	.010*
Idade da 1ª menstruação	Mulher	329	12.59	1.487		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Observa-se que 86,9% dos jovens já iniciaram a sua vida sexual. Quando comparados entre géneros, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, embora sejam as mulheres que em maior percentagem iniciaram a sua vida sexual, como se vê na tabela 43.

Tabela 43. Resultados para a questão se já iniciaram a sua vida sexual (n=526)

		Início da vida sexual		$\chi^2$	p
		Sim	Não		
Homem	N	122	25	2.707	.069
	%	83%	17%		
Mulher	N	335	44		
	%	88.4%	11.6%		
Total	N	457	69		
	%	86.9%	13.1%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

A idade média de início foi 17.28 anos, tendo ocorrido entre os 16 e os 19 anos (62.6%).

Embora sejam 457 os jovens que iniciaram a sua vida sexual, verificamos que 441 responderam a estas duas questões. Observam-se diferenças estatisticamente significativas entre a idade de início da vida sexual entre géneros, sendo que os homens a iniciar mais cedo que as mulheres ( $t(341) = -3.353$ ;  $p = 0,001$ ), tal como mostra a tabela 44.

Tabela 44. Resultados para a idade em que iniciaram a sua vida sexual por género (n=441)

Género	N	Média	Desvio padrão	t	p
Homem	118	16.80	2.040	-3.353	.001**
Mulher	323	17.46	1.766		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Observam-se diferenças estatisticamente significativas quando se comparam os dois grupos etários, relativamente à idade em que iniciaram a sua vida sexual, ( $t(439) = -2,836$ ;  $p = 0.005$ ) tendo o grupo dos mais novos (17-21 anos) iniciado cerca de meio ano mais cedo do que o grupo mais velho (22-30 anos), como se pode ver na tabela 45.

Tabela 45. Resultados para a idade em que iniciaram a sua vida sexual por grupos de idade (n=441)

Idade	N	%	Média	Desvio padrão	t	p
17-21 anos	226	82.18%	17.04	1.446	-2.836	.005*
22-30 anos	215	85.65%	17.54	2.195		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

69% dos participantes teve a sua primeira relação sexual com um(a) namorado(a), 16% com um(a) amigo(a).

Podemos verificar que o tempo médio de duração do relacionamento é cerca de 22 meses, não se verificando diferenças estatisticamente significativas, ( $t(429)=-0.398$ ;  $p=0.691$ ). Todavia, as mulheres tiveram este relacionamento mais longo do que os homens, tal como se vê na tabela 46.

Tabela 46. Resultados para a duração deste relacionamento em meses (por género), (N=431)

Género	N	Média	Desvio padrão	t	p
Homens	108	21.85	24.922	-0.398	.691
Mulheres	323	22.95	24.607		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

A razão apresentada para esta tomada de decisão foi o amor (56.1%), a atracção (52.9%), a curiosidade (28.9%), porque queira perder a virgindade (9.3%) e por pressão do(a) companheiro(a) (4.8%).

Quanto à comparação entre géneros, notamos que existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis amor e pressão do companheiro, que indicam que são as mulheres quem mais são influenciadas por essas razões para decidirem ter a sua primeira relação sexual, e também na variável prazer que indica que são os homens que iniciam a sua vida sexual pelo prazer, tal como se pode ver na tabela 47.

Tabela 47. Resultados para as razões pelas quais iniciaram a sua vida sexual (por género)(N=441)

	Género	N	%	$\chi^2$	p
Curiosidade	Homem	48	32.65%	1.401	.237
	Mulher	104	27.44%		
Atracção	Homem	81	55.1%	0.415	.520
	Mulher	197	51.97%		
Amor	Homem	58	39.45%	22.902	.000**
	Mulher	237	62.53%		
Pressão do companheiro(a)	Homem	1	0.68%	7.475	.005*
	Mulher	24	6.33%		
Pressão de amigos	Homem	2	1.36%	0.973	.312
	Mulher	2	0.52%		
Queria perder a virgindade	Homem	20	13.60%	4.444	.35
	Mulher	29	7.65%		
Prazer	Homem	57	38.77%	3.888	.049*
	Mulher	113	29.81%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

A primeira relação sexual foi planeada em 36.7% dos casos.

É de salientar que a primeira relação sexual é referida por 35.1% como importante, 30.5% como muito importante, 15.7% como fundamental, 14.8% como pouco importante e 3.9% como nada importante. Existem diferenças significativas entre géneros, sendo as mulheres que maior importância atribuem à primeira relação sexual.,(t (457)=-2.224; p=0.027), tal como demonstra a tabela 48.

Tabela 48. Resultados para a importância da primeira relação sexual (n=457)

	Género	N	Média	Desvio padrão	t	p
Qual a importância da primeira relação?	♂Homens	122	3.21	1.054	-2.224	.027*
	♀Mulheres	335	3.46	1.032		

\*p < 0.05 \*\* p < 0.001

Os jovens referem que a primeira relação sexual foi consentida em 99,6% dos casos.

No que respeita ao local em que ocorreu a primeira relação sexual, os resultados apresentam-se da seguinte forma: 45.29% foi na casa dele(a), 26.25% na sua casa, 8.75% num carro, 7.43% em casa de amigos, 3.93% num hotel, 3.5% num espaço público e 3.93% na rua. Ver tabela 49.

Tabela 49. Resultados para o local onde ocorreu a primeira relação sexual (n=457)

Local	Frequência	%
Na sua casa	120	26.25%
Na casa dele(a)	207	45.29%
Na casa de amigos	34	7.43%
Num hotel	18	3.93%
No carro	40	8.75%
Num espaço público	16	3.5%
Na rua	18	3.93%
Outro	4	0.87%
Total	457	100.0%

Os jovens contaram a um(a) amigo(a) 73.6%, a ninguém, 11.6% e 5.8% contaram à mãe.

Quando questionados acerca da utilização de um método anticoncecional/de proteção contra as DSTs, 81.2% utilizou o preservativo masculino, 3.9% utilizou a pílula, 2.2% realizou o coito interrompido e 1.3% utilizou o preservativo masculino e a pílula simultaneamente. É de referir que 11.4% dos jovens não utilizaram qualquer método anticoncecional/de proteção aquando da sua primeira relação sexual.

Quando comparados entre géneros, verifica-se diferenças estatisticamente significativas quanto à pílula, em que as mulheres respondem em maior percentagem ( $\chi^2= 4.279$ ;  $p=0.039$ ) e em relação a não terem usado qualquer meio contraceptivo, em que, apesar de no geral poucos não terem usado, observa-se que são as mulheres que responderem negativamente a este item ( $\chi^2= 21.399$ ;  $p < 0.001$ ). São as mulheres quem mais usaram o preservativo masculino, o coito interrompido e a pílula com o preservativo, tal como se vê na tabela 50.

Tabela 50. Resultados para se usou método anticoncepcional por género na primeira relação sexual (n=457)

Preservativo masculino		Não	Sim	$\chi^2$	$p$
Homens	N	29	92	2.856	.091
	%	24.0%	76.0%		
Mulheres	N	57	279		
	%	17.0%	83.0%		
Total	N	86	371		
	%	18.8%	81.2%		
Pílula					
Homens	N	121	1	4.279	.039*
	%	99.2%	0.8%		
Mulheres	N	318	17		
	%	94.9%	5.1%		
Total	N	439	18		
	%	96.1%	3.9%		
Coito interrompido					
Homens	N	122	0	3.735	.053
	%	100.0%	0.0%		
Mulheres	N	325	10		
	%	97.0%	3.0%		
Total	N	447	10		
	%	97.8%	2.2%		
Pílula e preservativo					
Homens	N	122	1	0.319	.572
	%	99.2%	0.8%		
Mulheres	N	329	5		
	%	98.5%	1.5%		
Total	N	451	6		
	%	98.7%	1.3%		
Nenhum					
Homens	N	97	28	21.399	.000**
	%	77.2%	22.8%		
Mulheres	N	308	24		
	%	92.8%	7.2%		
Total	N	405	52		
	%	88.6%	11.4%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

A iniciativa foi de ambos em 89.6% das situações, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre géneros, tal como se vê na tabela 51.

Tabela 51. Resultados para “Quem tomou a iniciativa da primeira relação sexual” (n=386)

	Homens		Mulheres		Total		$\chi^2$	<i>p</i>
Próprio	11	12.08%	19	6.44%	30	7.77%	3.983	.137
Companheiro(a)	1	1.09%	9	3.05%	10	2.59%		
Ambos	79	86.8%	267	90.5%	346	89.63%		
Total	91	23.57%	295	76.42%	386	100%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Os contraceptivos utilizados foram obtidos na farmácia (67.4%), no centro de saúde (12.2%), no hipermercado (11.2%), junto de amigos (7%), junto dos pais (1.3%) e em 0,8% dos casos, o parceiro trazia. Nos casos em que não utilizaram contraceptivo, justificam as suas decisões porque não esperava que acontecesse em 37%, e conhecia bem o(a) parceiro(a) 32.9%.

### 5.1.2. Práticas sexuais atuais

Na questão sobre masturbação, 69.4% responderam que se masturbavam. Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros, e que os homens são quem mais admite masturbar-se, tal como é mostrado na tabela 52.

Tabela 52. Resultados para “Se se masturba” (n=526)

	Homens		Mulheres		Total		$\chi^2$	<i>p</i>
Sim	137	93.19%	228	60.15%	365	69.39%	54.435	.000**
Não	10	6.8%	151	39.84%	161	30.6%		
Total	147		379		526			

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, no que respeita à idade em que começaram a masturbar-se, ( $t(312) = -7.688$ ;  $p = 0.000$ ), sendo os homens que começam mais cedo, aos 12.88 anos em média, e as mulheres aos 15.24, como se observa na tabela 53.

Tabela 53. Resultados para “A idade em que começou a masturbar-se” (n=314)

Género	N	Média	Desvio padrão	t	<i>p</i>
Homens	121	12.88	1.984	-7.688	.000**
Mulheres	193	15.24	2.979		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Observam-se diferenças estatisticamente significativas entre género no que respeita ao número de vezes que se masturbaram nos últimos sete dias, ( $t(524)=7.133$ ;  $p=0.000$ ), tendo tido os homens esta prática 3.05 vezes em média, e as mulheres, 1.24 vezes, tal como é apresentado na tabela 54.

Tabela 54. Resultados para "Quantas vezes se masturbou nos últimos sete dias" (n=311)

Género	N	Média	Desvio padrão	t	p
Homens	124	3.05	2.946	7.133	.000**
Mulheres	187	1.24	1.489		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Verifica-se que 89.04% dos jovens que se masturbam se sente satisfeito, 8.17% envergonhado e 1.41% culpado com esta prática.

Comparando entre géneros, verificamos que, embora não existam diferenças estatisticamente significativas, os homens são quem mais satisfeitos se sentem com esta prática (91%), contra 87.8% para as mulheres, são as mulheres que menos culpa sentem por se masturbarem (98.64%), contra 98,5% para os homens; e são também os homens que menos vergonha sentem (94.77%) contra 90,04% para as mulheres, como se pode observar na tabela 55.

Tabela 55. Resultados para "Como se sente com o facto de se masturbar" (n=356).

	Género	N	Sim		Não		$\chi^2$	p
			N	%	N	%		
Satisfeito(a)	Homens	134	122	<b>91%</b>	12	8.9%	0.881	.348
	Mulheres	222	195	<b>87.8%</b>	27	12.16%		
	Total	356	317	<b>89.04%</b>	39	10.95%		
Culpabilizado(a)	Homens	134	2	1.49%	132	<b>98.5%</b>	0.011	.917
	Mulheres	222	4	1.35%	218	<b>98.64%</b>		
	Total	356	6	1.41%	350	<b>98.59%</b>		
Envergonhado(a)	Homens	134	7	5.22%	127	<b>94.77%</b>	2.489	.115
	Mulheres	222	22	9.95%	199	<b>90.04%</b>		
	Total	356	30	8.17%	326	<b>91.83%</b>		
Outro(a)	Homens	135	2	1.48%	133	98.5%	3.293	.070
	Mulheres	221	0	0%	221	100%		
	Total	356	354	99.43%	39	10.95%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Os estudantes referem que lhes apetece masturbar-se quando pensam em ideias românticas (47.5%), quando se excitam com pornografia (28.9%) ou quando estão tensos (21%).

Na comparação entre géneros, verifica-se que existem diferenças significativas em dois temas, sendo que as mulheres se masturbam preferencialmente quando pensam em ideias

românticas ( $\chi^2=8,065$ ;  $p=0.005$ ), e os homens têm esta prática quando pensam em pornografia ( $\chi^2=15,303$ ;  $p < 0.001$ ). Também se verifica que as mulheres masturbam-se mais do que os homens quando estão tensas, embora não seja estatisticamente significativo, como se vê na tabela 55.

Tabela 56. Resultados para "Em que situação lhe apetece masturbar-se" (n=311)

	Género	N	%	$\chi^2$	P
Ideias românticas	Homens	50	38.46%	8.065	.005*
	Mulheres	113	54.32%		
Pornografia	Homens	54	41.53%	15.303	.000**
	Mulheres	45	21.63%		
Não sei	Homens	2	1.53%	0.228	.633
	Mulheres	2	0.96%		
Quando está tenso	Homens	24	18.32%	0.635 <sup>a</sup>	.425
	Mulheres	46	<b>21.9%</b>		
Outro	Homens	1	0.77%	0.731	.393
	Mulheres	4	1.92%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Nos últimos sete dias, os jovens referem ter-se masturbado em média 2 vezes, com um mínimo de 1 vez e um máximo de 4 vezes.

Alguns estudantes não apresentam preocupação por se masturbar excessivamente (75.5%), 17.8% preocupam-se, 6.7% não sabe. Comparando entre géneros, não se encontram diferenças estatisticamente significativas, mas as mulheres são quem respondem em maior percentagem não se preocupar por se masturbar excessivamente, como se pode ver na tabela 57.

Tabela 57. Resultados para "Se se preocupa por masturbar excessivamente" (n=360)

Género	Sim	Não	Não sei	Total	$\chi^2$	P
Homens	32 23.5%	94 <b>69.12%</b>	10 7.35%	136	5.421 <sup>a</sup>	.067
Mulheres	32 14.28%	178 <b>79.46%</b>	14 6.25%	224		
Total	64	272	24	360		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

A primeira pessoa por quem sentiram atração sexual foi um(a) amigo(a) 85%, um ídolo 4.8%, um professor, 4.6% e um namorado 5.7%. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre géneros, nas respostas professor(a) e namorado(a), sendo as mulheres quem menos se sentiram atraídas pela primeira vez por um professor ( $\chi^2= 14.910$ ;  $p < 0,001$ ) e são os homens quem menos se sentiram atraídos pela primeira vez por uma namorada ( $\chi^2= 7.155$ ;  $p=0,007$ ). As mulheres sentiram-se mais atraídas por amigos do que os rapazes e menos atraídas por um ídolo, como se pode ver na tabela 58.

Tabela 58. Resultados para “A pessoa por quem sentiu atração sexual” por género (n=526).

Amigo(a)		Não	Sim	$\chi^2$	<i>p</i>
Homens	N	25	122	0.632	.427
	%	17.0%	83.0%		
Mulheres	N	54	325		
	%	14.2%	85.8%		
Total	N	79	447		
	%	15.0%	85.0%		
Ídolo					
Homens	N	139	8	0.214	.644
	%	94.6%	5.4%		
Mulheres	N	362	17		
	%	95.5%	4.5%		
Total	N	501	25		
	%	95.2%	4.8%		
Professor(a)					
Homens	N	132	15	14.910	.000**
	%	89.8%	10.2%		
Mulheres	N	370	9		
	%	97.6%	2.4%		
Total	N	502	24		
	%	95.4%	4.6%		
Namorado(a)					
Homens	N	145	2	7.155	.007*
	%	98.6%	1.4%		
Mulheres	N	351	28		
	%	92.6%	7.4%		
Total	N	496	30		
	%	94.3%	5.7%		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

79.8% dos jovens referem nunca terem sentido atração por uma pessoa do mesmo sexo e embora não se verifiquem diferenças significativas entre géneros, podemos verificar na tabela 59, que são os homens quem mais dizem não terem sentido atração por alguém do mesmo sexo.

Tabela 59. Resultados para “Se já sentiu atração por alguém do mesmo sexo” (n=526)

Género	Sim		Não		Não sei		Total	$\chi^2$	<i>p</i>
Homens	18	12.24%	125	85.03%	4	2.72%	147	3.487	.175
Mulheres	71	18.73%	295	77.83%	13	3.43%	379		
Total	89	16.92%	420	79.84%	17	4.48%	526		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

76.4% do total dos inquiridos referem nunca terem tido fantasias sexuais por alguém do mesmo sexo. Não se verificam diferenças significativas entre géneros, embora sejam os homens a referir em maior percentagem não terem tido fantasias por alguém do mesmo sexo, como se vê na tabela 60.

Tabela 60. Resultados para “Se já teve fantasias por alguém do mesmo sexo” (n=526)

Género	Sim		Não		Não sei		Total	$\chi^2$	<i>p</i>
Homens	26	17.68%	118	80.27%	3	2.04%	147	1.911 <sup>a</sup>	.385
Mulheres	88	23.21%	284	74.9%	7	1.84%	379		
Total	114	30.08%	402	76.42%	10	1.9%	526		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

86.3% dos estudantes dizem nunca terem tido contacto sexual com alguém do mesmo sexo. Embora não se verifiquem diferenças significativas entre géneros, as mulheres são quem mais nega qualquer contacto sexual com alguém do mesmo sexo, tal como se pode ver na tabela 61.

Tabela 61. Resultados para “Se já teve contacto sexual com alguém do mesmo sexo” (n=526)

Género	Sim		Não		Não sei		Total	$\chi^2$	<i>p</i>
Homens	22	14.96%	124	84.35%	1	0.68%	147	2.995	.224
Mulheres	49	12.93%	330	87.07%	0	0%	379		
Total	71	13.5%	454	86.3%	1	0.2%	526		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

No momento em que responderam, 66.2% dos jovens tinham namorado(a). Em média, o tempo que dura esta relação é de 28 meses.

A idade média em que começaram a namorar é de 15 anos, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre géneros, como se pode ver na tabela 62.

Tabela 62. Resultados para a idade em que começaram a namorar por género (n=468)

Género	N	Média	Desvio padrão	t	<i>p</i>
Homem	126	15.58	2.581	0.429	.668
Mulher	342	15.47	2.275		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

Os inquiridos tiveram em média um pouco mais de dois namorados(as), havendo quem tivesse respondido 30 e outros nenhum. Observam-se diferenças estatisticamente significativas entre géneros, sendo os homens que tiveram em média 3 namoradas. ( $t(494)=2.652$ ;  $p$  0.008), como é visível na tabela 63.

Tabela. 63. Resultados para o “Número de namorados(as) que já tiveram” por género (n=496)

Género	N	Média	Desvio padrão	t	<i>p</i>
Homem	135	3.04	3.553	2.652	.008*
Mulher	361	2.35	2.138		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

Dos que têm namorado(a), a frequência com que se encontram é diariamente em 43.6%, aos fins-de-semana, 32.1%, até 5 vezes por semana, 11.2%, até 3 vezes por semana em 8.4% e 4.7% raramente.

Na tabela 64, observamos que na sua última relação, 43 % dos jovens utilizaram a pílula, 41.4% o preservativo masculino; no entanto, 13.1% não usou nenhum método anticoncepcional. As diferenças estatisticamente significativas encontram-se na pílula em que são as mulheres quem mais referem terem usado a pílula ( $\chi^2 = 17.240$ ;  $p < 0.001$ ). Também quanto a não terem usado nenhum método anticoncepcional, as diferenças apresentam-se estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 17.554$ ;  $p < 0.001$ ), onde as mulheres referem maioritariamente não ter acontecido.

Tabela 64. Resultados “Qual anticoncepcional, usaram na última relação sexual,” por género (n=406)

Preservativo masculino		Não	Sim	$\chi^2$	$p$
Homens	N	57	53	2.878	.090
	%	51.8%	48.2%		
Mulheres	N	181	115		
	%	61.1%	38.9%		
Total	N	238	168		
	%	58.6%	41.4%		
<b>Pílula</b>					
Homens	N	81	29	17.240	.000**
	%	73.6%	26.4%		
Mulheres	N	150	146		
	%	50.7%	49.3%		
Total	N	231	175		
	%	56.9%	43.1%		
<b>Coito interrompido</b>					
Homens	N	109	1	0.335	.563
	%	99.1%	0.9%		
Mulheres	N	291	5		
	%	98.3%	1.7%		
Total	N	400	6		
	%	98.5%	1.5%		
<b>Outro</b>					
Homens	N	110	0	1.501	.220
	%	100.0%	0.0%		
Mulheres	N	292	4		
	%	98.6%	1.4%		
Total	N	402	4		
	%	99.0%	1.0%		
<b>Nenhum</b>					
Homens	N	83	27	17.554	.000**
	%	75.5%	24.5%		
Mulheres	N	270	26		
	%	91.2%	8.8%		
Total	N	353	53		
	%	86.9%	13.1%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Em relação ao número de relações sexuais que tiveram ao longo do último ano, referem em média 82 vezes, Desvio padrão de 192.18; Moda de 100, Mediana de 50, com um mínimo de 0 e um máximo de 700 vezes. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre géneros, embora os homens tenham tido em maior número, como se pode observar na tabela 65.

Tabela 65. Resultados para o “Número de vezes que tiveram relações sexual no último ano” por género (n=307)

Género	N	Média	Desvio padrão	t	p
Homem	96	95.28	110.720	1.724	.086
Mulher	211	75.78	81.953		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

72,8% dos inquiridos tiveram com 1 ou 2 parceiros diferentes. Todavia, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre género, ( $t(350)=3.161$ ;  $p=0.020$ ), havendo um maior número de parceiros sexuais nos homens, como se verifica na tabela 66.

Tabela: 66. Resultados para o “Número de parceiros sexuais que já tiveram” por género (n=351)

Género	N	Média	Desvio padrão	t	p
Homem	108	1.99	2.253	3.161	.020*
Mulher	243	1.32	1.63		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Em 88.1% a relação ocorre com o namorado e com um amigo em 11.4%.

Referem 5.9% dos inquiridos já ter sido obrigado a praticar sexo contra a sua vontade.

As razões mais importantes para se ter sexo foram confirmar o amor (76.8%), a satisfação física (73.8%), pelo divertimento (38.6%), para manter a relação (31.9%) e pela experiência (18.4%). Verificam-se algumas diferenças estatisticamente significativas entre géneros, sendo que as mulheres manifestam ser para confirmar o amor, pela experiência e pelo divertimento de forma mais marcante do que os homens. Os homens em contrapartida, referem ser para se darem com pessoas, como é visível na tabela 67.

Tabela: 67. Resultados para as “Razões para se ter relações sexuais” (n=526)

	Homem	Mulher	t	p
Confirmar o amor	104	300	4.203	.040*
Satisfação	114	274	1.512	.219
Dar-se com pessoas	6	3	6.817	.009*
Pela experiência	41	56	12.114	.001**
Pelo divertimento	70	133	7.013	.008*
Para manter a relação	51	117	0.721	.399

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

As práticas sexuais às quais os jovens responderam que “Sempre” realizavam são as “Carícias na pele” (57.8%), os “Beijos superficiais” (55.7%), os “Beijos profundos com a língua” (51.7%), a “Penetração de um pênis numa vagina” (41.6%) e “Carícias nos genitais” (38.2%).

Relativamente às práticas que dizem “Nunca” praticar, aparecem a “Colocação de uma boca num ânus” (84.4%), a “Penetração de um pênis num ânus” (65%), a “Colocação de uma boca num pênis” (32.9%), a “Penetração de um pênis numa boca” (32.3%) e por fim, a “Colocação de uma boca numa vagina (29.3%), como se pode verificar na tabela 68.

Tabela 68. Resultados para “Práticas sexuais” da amostra (n=526)(%).

	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Carícias na pele	2.7%	1.7%	7.4%	30.4%	57.8%
Beijos superficiais	2.3%	3%	9.3%	29.7%	55.7%
Beijos profundos, com a língua	3%	3%	10.3%	31.9%	51.7%
Carícias nos genitais	5.1%	5.9%	18.6%	32.1%	38.2%
Penetração de um pênis numa boca	32.3%	17.3%	23.8%	18.1%	8.6%
Penetração de um pênis numa vagina	11.6%	2.9%	8.9%	35%	41.6%
Penetração de um pênis num ânus	65%	23%	8.4%	2.3%	1.3%
Colocação de uma boca num pênis	32.9%	16.3%	23.8%	19.6%	7.4%
Colocação de uma boca numa vagina	29.3%	14.1%	23.6%	25.3%	7.8%
Colocação de uma boca num ânus	84.4%	8.9%	4.2%	1.7%	0.8%

Para a frequência das práticas sexuais comparativamente entre géneros, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas para “Carícias nos genitais”, “Penetração de um pênis numa boca”, “Penetração de um pênis num ânus”, “Colocação de uma boca numa vagina”, “Colocação de uma boca num ânus”, que indicam que são os homens que mais frequentemente exercem essas práticas. Também se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas “Carícias na pele” e “Colocação de uma boca num pênis”, sendo as

mulheres que mais realizam essas atividades. Estes resultados podem ser melhor observados na tabela 69.

Tabela 69. Resultados para “Práticas sexuais” por gênero (n=526)

	Gênero	N	Média	Desvio padrão	t	p
Carícias na pele	Homem	147	4.21	1.029	-2.808	.005*
	Mulher	379	4.46	0.845		
Beijos superficiais	Homem	147	4.30	0.895	-0.541	.589
	Mulher	379	4.35	0.946		
Beijos profundos, com a língua	Homem	147	4.23	1.041	-0.455	.649
	Mulher	379	4.27	0.948		
Carícias nos genitais	Homem	147	4.09	1.104	2.097	.036*
	Mulher	379	3.86	1.126		
Penetração de um pênis numa boca	Homem	147	2.93	1.272	4.283	.000**
	Mulher	379	2.38	1.325		
Penetração de um pênis numa vagina	Homem	147	4.06	1.289	1.545	.123
	Mulher	379	3.87	1.286		
Penetração de um pênis num ânus	Homem	147	1.82	0.941	5.267	.000**
	Mulher	379	1.40	0.775		
Colocação de uma boca num pênis	Homem	147	2.12	1.337	-4.479	.000**
	Mulher	379	2.68	1.283		
Colocação de uma boca numa vagina	Homem	147	3.08	1.274	4.346	.000**
	Mulher	379	2.53	1.326		
Colocação de uma boca num ânus	Homem	147	1.44	0.845	3.818	.000**
	Mulher	379	1.18	0.598		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Relativamente à questão de já terem tido relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas, 33.3% responderam afirmativamente.

Cerca de 29.8% dos jovens já tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool, havendo diferenças estatisticamente significativas entre gêneros, sendo os homens que respondem em maior percentagem afirmativamente, como se vê na tabela 70 ( $\chi^2 = 5.579$ ;  $p = 0.018$ ).

Tabela 70. Resultados à questão de terem tido sexo sob efeito de álcool por gênero (n=526)

		Álcool		$\chi^2$	p
		Não (369)	Sim (157)		
Homens	N	92	55	5.579	.018*
	%	62.6%	37.4%		
Mulheres	N	277	102		
	%	73.1%	26.9%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Cerca de 15% dos jovens já tiveram relações sexuais sob o efeito de cannabis, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre gêneros, embora os homens respondem em maior porcentagem afirmativamente, como se vê na tabela 71.

Tabela 71. Resultados à questão de terem tido sexo sob efeito de cannabis por gênero (n=526)

		Cannabis		$\chi^2$	<i>p</i>
		Não (447)	Sim (79)		
Homens	N	119	28	2.594	.107
	%	81.0%	19.0%		
Mulheres	N	328	51		
	%	86.5%	13.5%		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

Em relação ao consumo de heroína, 100% da população inquirida respondeu negativamente, tal como nos mostra a tabela 72.

Tabela 72. Resultados à questão de terem tido sexo sob efeito de heroína por gênero (n=526)

		Heroína Não (526)
Homens	N	147
	%	100.0%
Mulheres	N	379
	%	100.0%

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

Cerca de 1.9% dos jovens já tiveram relações sexuais sob o efeito de cocaína, havendo diferenças estatisticamente significativas entre gêneros, sendo mais uma vez os homens respondem em maior porcentagem afirmativamente ( $\chi^2= 5.201$ ; *p*= 0.023), como se verifica na tabela 73.

Tabela 73. Resultados à questão de terem tido sexo sob efeito de cocaína por gênero (n=526)

		Cocaína		$\chi^2$	<i>p</i>
		Não(516)	Sim(10)		
Homens	N	141	6	5.201	.023*
	%	95.9%	4.1%		
Mulheres	N	375	4		
	%	98.9%	1.1%		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

1% dos jovens responderam que já tinham tido relações sexuais sob efeito de ecstasy. Embora não exista diferenças estatisticamente significativas entre gêneros, percebe-se uma maior prevalência do consumo desta substância nos homens, tal nos mostra a tabela 74.

Tabela 74. Resultados à questão de terem tido sexo sob efeito de ecstasy por gênero (n=526)

		Ecstasy		$\chi^2$	p
		Não (521)	Sim(5)		
Homens	N	145	2	0.364 <sup>a</sup>	.546
	%	98.6%	1.4%		
Mulheres	N	376	3		
	%	99.2%	0.8%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Aproximadamente 1.5% dos jovens já tiveram relações sexuais sob o efeito de ácidos, havendo diferenças estatisticamente significativas entre gêneros, sendo outra vez os homens respondem em maior percentagem afirmativamente ( $\chi^2 = 4.817$ ;  $p = 0.028$ ), como se verifica na tabela 75.

Tabela 75. Resultados à questão de terem tido sexo sob efeito de ácidos por gênero (n=526)

		Ácidos		$\chi^2$	p
		Não (518)	Sim(8)		
Homens	N	142	5	4.817	.028*
	%	96.6%	3.4%		
Mulheres	N	376	3		
	%	99.2%	0.8%		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

87.8% dos jovens inquiridos diz não costumar ter relações sob o efeito de substâncias psicoativas. No entanto, dos que dizem costumar, 99.5% usam álcool ou álcool mais uma outra substância

Ter sexo seguro significa para os inquiridos utilizar um preservativo (94.3%), evitar múltiplos parceiros (52.7%), evitar sexo com profissionais do sexo (19.6%), evitar sexo anal (4.9%) e ser abstinente (4.8%). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre gêneros, mas são as mulheres quem em maior percentagem considera que sexo seguro é utilizar um preservativo (94.4%), evitar múltiplos parceiros (54.9%), evitar sexo anal (5%) e ser abstinente (5.3%), enquanto os homens defendem mais evitar sexo com profissionais do sexo (21.8%), como se verifica na tabela 76.

Tabela 76. Resultados à questão “O que é ter sexo seguro, por género (n=526)

Ser abstinente (não ter sexo)			Não(501)	Sim(25)	$\chi^2$	<i>p</i>
Homens	N		142	5	0.823	.364
	%		96.6%	3.4%		
Mulheres	N		359	20		
	%		94.7%	5.3%		
Utilizar um preservativo			Não(30)	Sim(496)		
Homens	N		9	138	0.067	.796
	%		6.1%	93.9%		
Mulheres	N		21	358		
	%		5.5%	94.5%		
Evitar múltiplos parceiros			Não(249)	Sim(277)		
Homens	N		78	69	2.680	.102
	%		53.1%	46.9%		
Mulheres	N		171	208		
	%		45.1%	54.9%		
Evitar ter sexo com profissionais do sexo			Não(423)	Sim(103)		
Homens	N		115	32	0.620	.431
	%		78.2%	21.8%		
Mulheres	N		308	71		
	%		81.3%	18.7%		
Evitar ter sexo anal			Não(500)	Sim(26)		
Homens	N		140	7	0.014	.905
	%		95.2%	4.8%		
Mulheres	N		360	19		
	%		95.0%	5.0%		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

### 5.1.3. Escala de fantasias sexuais

Em relação às fantasias, podemos observar que os homens apresentam maior grau de fantasias do que as mulheres, em todas as dimensões, havendo diferenças estatisticamente significativas em todas as escalas como é visível na tabela 77.

Tabela 77. Resultados para as medidas de fantasias comparando com a variável género (n=526)

	Género	N	Média	Desvio padrão	t	p
Fantasias_Exploratórias	Homens	147	18.46	4.21	8.80	.001**
	Mulheres	379	14.81	4.28		
Fantasias_Intimas	Homens	147	22.37	4.24	2.05	.040*
	Mulheres	379	21.48	4.48		
Fantasias_Impessoais	Homens	147	14.34	3.24	2.49	.013*
	Mulheres	379	13.57	3.12		
Fantasias_Sadomasoquistas	Homens	147	15.22	4.38	0.69	.049*
	Mulheres	379	14.92	4.63		
Fantasias_Total	Homens	147	70.38	12.53	4.39	.001**
	Mulheres	379	64.78	13.32		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto às fantasias quando se comparam os dois grupos de idade, 17-21 anos e 22-30 anos. Todavia, observa-se mais “Fantasias Exploratórias”, “Fantasias Íntimas”, “Fantasias Impessoais” e na “Escala total”, no grupo mais velho, 22-30 anos. Apenas nas “Fantasias sado masoquistas” é que o grupo mais jovem, 17-21 anos apresentou maior grau de fantasias, como está apresentado na tabela 78.

Tabela 78. Resultados para as medidas de fantasias comparando com a variável idade (n=526)

	Idade	N	Média	Desvio padrão	t	p
Fantasias Exploratórias	17-21	275	15.43	4.51	- 2.09	.033
	22-30	251	16.26	4.59		
Fantasias_Intimas	17-21	275	21.49	4.55	-1.307	.192
	22-30	251	21.99	4.29		
Fantasias_Impessoais	17-21	275	13.57	2.96	-1.59	.111
	22-30	251	14.02	3.37		
Fantasias_Sadomasoquistas	17-21	275	15.33	4.79	-1.706	.890
	22-30	251	14.65	4.27		
Fantasias_Escala Total	17-21	275	65.83	13.51	-0.944	.345
	22-30	251	66.93	13.14		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Nota-se que são os jovens que já iniciaram a sua vida sexual que têm mais fantasias, todavia, as diferenças são estatisticamente significativas apenas nas Fantasias Íntimas e na Escala Total, tal como podemos ver na tabela 79.

Tabela 79. Resultados para as medidas de fantasias comparando com a variável ter iniciado a vida sexual (n=457)

	Já iniciou a sua		N	Média	Desvio padrão	t	p
	vida sexual?						
Fantasias_Exploratorias	Sim		457	15.94	4.56	1.48	.140
	Não		69	15.07	4.54		
Fantasias_Íntimas	Sim		457	22.07	4.26	4.62	.000**
	Não		69	19.48	4.90		
Fantasias_Impessoais	Sim		457	13.88	3.24	1.77	.077
	Não		69	13.16	2.61		
Fantasias_Sadomasoquistas	Sim		457	15.18	4.60	2.25	.025
	Não		69	13.85	4.11		
Fantasias_Escala Total	Sim		457	67.07	13.24	3.23	.001**
	Não		69	61.56	13.03		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Verifica-se que os jovens que se masturbam têm mais fantasias comparativamente com os que não se masturbam, esses resultados são estatisticamente significativos, como se pode verificar na tabela 80.

Tabela 80. Resultados para as medidas de fantasias comparando com a variável masturbação (n=365)

	Masturba-se?	N	Média	Desvio padrão	t	p
Fantasias_Exploratorias	Sim	365	17.08	4.42	10.416	.000**
	Não	161	12.98	3.49		
Fantasias_Íntimas	Sim	365	22.67	4.12	7.744	.000**
	Não	161	19.59	4.38		
Fantasias_Impessoais	Sim	365	14.51	3.30	8.416	.000**
	Não	161	12.14	2.07		
Fantasias_Sadomasoquistas	Sim	365	15.71	4.69	5.535	.000**
	Não	161	13.39	3.80		
Fantasias_Escala Total	Sim	365	69.98	12.63	10.311	.000**
	Não	161	58.12	11.03		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

#### 5.1.4. Grelha de orientação sexual de Klein

Utilizaram-se apenas as dimensões do passado, uma vez que os autores evidenciaram que as medidas “passado” são constantes na mensuração do constructo. Os indivíduos necessitam de algum tempo para se acomodarem a um nível identitário as confirmações experienciadas pela atração, pelo comportamento e pelas fantasias sexuais passadas (Pereira, Leal & Maroco, 2008). Assim, foram consideradas as 7 questões, na sua dimensão “passado”.

A pontuação é feita da seguinte forma:

- 1-Apenas o mesmo sexo
- 2-Maioritariamente o mesmo sexo
- 3-O mesmo sexo algo mais
- 4-Os dois sexos de igual modo
- 5-O outro sexo algo mais
- 6-Maioritariamente o outro sexo
- 7-Apenas o outro sexo

A média da amostra total é de 5.81, com um desvio padrão de 1.21.

As pontuações médias obtidas pelos homens foi de 5.88 e a das mulheres foi de 5.79, as quais se situam entre “O outro sexo algo mais”(5) e “Maioritariamente o outro sexo”(6). Em bora se verifique o valor ligeiramente mais elevado para os homens, não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros, como se pode observar na tabela 81.

Tabela 81. Resultados para “Orientação sexual” por género (n=526)

		N	Média	Desvio padrão	t	p
Orientação Sexual	Homem	147	5.88	1.29431	0.73	.46
	Mulher	379	5.79	1.18889		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

#### 5.1.5. Questionário de crenças e informação sexual

Observa-se que os resultados relativamente à informação sexual está acima da média teoricamente esperada nas dimensões tempo/paciência (3.61 numa pontuação de 0 a 4), na dimensão stress/ paciência (3.81 numa pontuação de 0 a 4), satisfação sexual (4.2 numa pontuação de 0 a 5), miscelânea/conhecimento básico (1.68 numa escala de 0 a 2), assim como no total da escala (14.84 numa escala de 0 a 24), o que significa que os participantes apresentam uma informação correta nesses domínios. Observa-se no entanto um valor inferior à média, no que respeita à informação acerca do envelhecimento (1.68 numa escala de 0 a 4), como é visível na tabela 82.

Tabela 82. Resultados para “Crenças e informação sexual” por género (n=526)

Dimensões	Média das pontuações obtidas	Cotação mínima	Cotação máxima
Tempo/Paciência	3.61	0	4
Stress/Pressão	3.81	0	4
Envelhecimento	1.65	0	4
Satisfação sexual	4.2	0	5
Miscelânea/conhecimento básico	1.68	0	2
Total	14.84	0	24

Nas medidas de crenças e informação sexual, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os jovens que já iniciaram ou não a sua vida sexual, em nenhuma dimensão, tal como se pode observar na tabela 83.

Tabela 83. Resultados para as medidas de Crenças e informação sexual comparando com a variável início de vida sexual (n=457)

	Já iniciou a sua vida sexual?		Média	Desvio padrão	t	p
		N				
Tempo /Paciência	Sim	298	3.62	0.67	0.15	.88
	Não	40	3.60	0.87		
Stress /Pressão	Sim	331	3.81	0.50	0.16	.87
	Não	51	3.80	0.49		
Envelhecimento	Sim	194	1.65	0.83	0.09	.93
	Não	33	1.63	0.70		
Satisfação Sexual	Sim	290	4.19	0.81	0.62	.53
	Não	32	4.09	0.96		
Miscelânea /Conhecimento Básico	Sim	260	1.70	0.53	0.52	.60
	Não	39	1.64	0.48		
Escala Total	Sim	110	14.94	2	1.37	.174
	Não	19	14.26	2.05		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Nas medidas de crenças e informação sexual, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os jovens, comparando a variável idade, em nenhuma dimensão, tal como se pode observar na tabela 84.

Tabela 84. Resultados para as medidas de Crenças e informação sexual comparando com a variável idade (n=526)

	Idade	N	Média	Desvio padrão	t	p
Tempo/Paciência	17-21	170	3.64	0.64	0.68	.495
	22-30	168	3.59	0.75		
Stress/Pressão	17-21	196	3.81	0.51	-0.12	.906
	22-30	186	3.82	0.48		
Envelhecimento	17-21	116	1.65	0.79	-0.02	.984
	22-30	111	1.65	0.83		
Satisfação Sexual	17-21	160	4.23	0.79	1.10	.271
	22-30	162	4.13	0.86		
Miscelânea/Conhecimento Básico	17-21	148	1.67	0.55	-0.21	.83
	22-30	151	1.69	0.50		
Escala Total	17-21	69	15.03	1.79	1.11	.267
	22-30	60	14.63	2.24		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Nas medidas de crenças e informação sexual, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os jovens, comparando entre géneros, em nenhuma dimensão, tal como se pode observar na tabela 85.

Tabela 85. Resultados para as medidas de Crenças e informação sexual comparando com a variável género (n=526)

	Género	N	Média	Desvio padrão	t	p
Tempo /Paciência	Homens	93	3.59	0.83	-0.56	.573
	Mulheres	245	3.63	0.64		
Stress /Pressão	Homens	104	3.81	0.43	-0.08	.939
	Mulheres	278	3.81	0.52		
Envelhecimento	Homens	69	1.58	0.81	-0.84	.405
	Mulheres	158	1.68	0.80		
Satisfação Sexual	Homens	94	4.16	0.80	-0.29	.775
	Mulheres	228	4.19	0.84		
Miscelânea/Conhecimento Básico	Homens	87	1.62	0.59	-1.39	.196
	Mulheres	212	1.70	0.49		
Escala Total	Homens	39	14.89	1.85	0.19	.846
	Mulheres	90	14.82	2.09		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

### 5.1.6. Problemas sexuais

Relativamente à satisfação com a sua vida sexual, as possibilidades de resposta iam de 1 (Muito insatisfeito), até ao 5 (Muito satisfeito).

Na tabela 86, estão apresentados os resultados do grau de satisfação dos jovens em relação à sua vida sexual, sendo notável o maior número de resposta situadas entre o 3 e o 5, o que representa um bom nível de satisfação, em ambos os géneros, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres.

Tabela 86. Resultados de Quão satisfeitos estão com a sua vida sexual nas últimas 4 semanas. (n=91)

Género		Total	1	2	3	4	5	$\chi^2$	<i>p</i>
Homem	N	45	5	3	14	12	11	5.016 <sup>a</sup>	.286
	%		11.11%	6.6%	31.11%	26.66%	24.44%		
Mulher	N	46	1	3	11	20	11		
	%		2.17%	6.52%	13.9%	43.47%	13.9%		
Total		91	6	6	25	32	22		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

No seguimento do anteriormente comentado, encontram-se uns resultados acima da média relativamente à satisfação da vida sexual, apesar de existir um valor superior nas mulheres (3.80), em relação aos homens (3.45), o que indica que elas se sentem mais satisfeitas do que eles na área da vida sexual, como se vê na tabela 87.

Tabela 87. Resultados da média de Quão satisfeitos estão com a sua vida sexual nas últimas 4 semanas. (n=91)

Género	N	Média	Desvio padrão	t	<i>p</i>
Homem	45	3.47	1.254	- 1.446	.152
Mulher	46	3.80	0.957		

\**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.001

Para a frequência das fantasias e comportamentos relacionados com parafilia, verificaram-se que a grande maioria dos participantes referem nunca terem tido a fantasia ou o comportamento referidos, como se vê na tabela 88.

Tabela 88. Apresentação das fantasias e comportamentos relacionados com parafilia. (n=526)(%)

	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Fantasia: Exibicionismo	<b>73,6</b>	4.9	2.7	0.8	0.2
Fantasia: Fetichismo	<b>61,2</b>	10.8	5.9	4	0.2
Fantasia: Frotteurismo	<b>76</b>	3.2	2.5	0.2	0.2
Fantasia: Masoquismo sexual	<b>74,9</b>	4.4	1.7	0.6	0.6
Fantasia: Sadismo sexual	<b>77,4</b>	2.7	1.5	0.4	0.2
Fantasia: Fetichismo travestido	<b>79,8</b>	1.5	0.4	0.2	0.2
Fantasia: Voyeurismo	<b>65,4</b>	9.5	5.5	1.3	0.4
Comportamento: Exibicionismo	<b>80,6</b>	1.1	0.2	0.2	
Comp.: Fetichismo	<b>73,6</b>	4.6	2.9	1	0.2
Comp.: Frotteurismo	<b>81,2</b>	0.6	0.4	--	--
Comp.: Masoquismo sexual	<b>79,5</b>	1	1.3	0.2	0.2
Comp.: Sadismo sexual	<b>80,2</b>	0.8	0.8	0.2	0.2
Comp.: Fetichismo travestido	<b>81,4</b>	0.6	0.2	--	--
Comp.: Voyeurismo	<b>77,8</b>	2.7	1.7	--	--

### 5.1.7. Inventário de saúde mental

A dimensão Distress psicológico é composta pelos itens ansiedade, depressão, perda de controlo emocional e comportamental, sendo estes cotados ao contrário dos outros itens, pelo que resultados elevados nos mesmos, correspondem a uma maior saúde mental.

O aspeto da saúde mental total é apresentado como bom nos jovens inquiridos, como se pode constatar na tabela 89, apresentando elevados níveis de saúde mental.

Tabela 89. Representação dos resultados obtidos na avaliação da saúde mental (n=526)

	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Distress Psicológico	102.67	105	109	18.12224	39	137
Bem Estar Psicológico	54.81	55.50	61	11.36626	17	83
Saúde Mental Total	157.48	161	174	28.02738	62	220

Para os resultados obtidos na saúde mental comparando os géneros, obteve-se diferenças estatisticamente significativas, nos itens ansiedade, depressão, perda de controlo emocional e comportamental o que correspondem à dimensão Distress psicológico, apontando para que sejam as mulheres quem apresentam mais essas características. Na dimensão da escala total, também se verificam diferenças estatisticamente significativas, o que aponta para uma maior saúde mental nos homens como se pode observar na tabela 90.

Tabela 90. Resultados para as medidas de saúde mental comparando com a variável género (n=526)

	Género	N	Média	Desvio padrão	t	p
Ansiedade (1)	Homens	147	44.2585	8.54808	3.072	.002*
	Mulheres	379	41.6306	8.90043		
Depressão(2)	Homens	147	19.7619	2.62844	2.84	.005*
	Mulheres	379	19.0317	2.65056		
Perda Controlo Emocional/Comp (3)	Homens	147	42.5918	7.82055	2.799	.005*
	Mulheres	379	40.4802	7.74368		
Afeto Positivo (4)	Homens	147	43.4830	9.07681	2.175	.30
	Mulheres	379	41.6385	8.58778		
Laços Emocionais(5)	Homens	147	12.6259	3.74021	-0.136	.89
	Mulheres	379	12.6728	3.47532		
Distress Psic (1+2+3)	Homens	147	106.6122	17.66370	3.132	.002*
	Mulheres	379	101.1425	18.08975		
Bem Estar Psic (4+5)	Homens	147	56.1088	11.87096	1.630	.104
	Mulheres	379	54.3113	11.13995		
Escala Total (1+2+3+4+5)	Homens	147	162.7211	28.12735	2.684	.007
	Mulheres	379	155.4538	27.76050		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Em relação à saúde mental apresentada pelos estudantes, comparando os que iniciaram a sua vida sexual com os que ainda não iniciaram, verificam-se diferenças estatisticamente significativas no que respeita a todas as dimensões, assim como na escala total, sendo que os inquiridos que já iniciaram a sua vida sexual apresentam maiores níveis de saúde mental nestas dimensões e também maior saúde mental na escala total. Os resultados observam-se na tabela 91.

Tabela 91. Resultados para as medidas de saúde mental comparando com a variável início de vida sexual (n=457)

Saúde mental/Início de vida sexual							
	Já iniciou a sua		N	Média	Desvio padrão	t	p
	vida sexual?						
Ansiedade (1)	Sim		457	42.8140	8.63	3.009	.003*
	Não		69	39.3913	9.91		
Depressão (2)	Sim		457	19.3567	2.58	2.697	.007*
	Não		69	18.4348	3.04		
Perda Controlo Em/Comp (3)	Sim		457	41.6083	7.37	4.124	.000**
	Não		69	37.5072	9.60		
Afeto Positivo (4)	Sim		457	42.7396	8.60	4.003	.000**
	Não		69	38.2754	8.86		
Laços Emocionais (5)	Sim		457	13.0941	3.35	7.608	.000**
	Não		69	9.7826	3.47		
Distress Psicológico (1+2+3)	Sim		457	103.7790	17.36	3.650	.000**
	Não		69	95.3333	21.24		
Bem Estar Psicológico (4+5)	Sim		457	55.8337	11.04	5.439	.000**
	Não		69	48.0580	11.26		
Escala Total (1+2+3+4+5)	Sim		457	159.6127	26.95	4.565	.000**
	Não		69	143.3913	31.00		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Comparando os dois grupos de idade 17-21 anos com o grupo 22-30 anos, verifica-se apenas diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Bem-estar psicológico”, em que se destaca um maior nível de saúde mental no grupo 17-21 anos. Nas outras dimensões observam-se de igual modo melhores resultados no grupo mais novo ao nível da saúde mental, como se pode ver na tabela 92.

Tabela 92. Resultados para as medidas de saúde mental comparando com a variável idade (n=526)

Saúde mental/Idade						
	Idade	N	Média	Desvio padrão	t	p
Ansiedade (1)	17-21	275	42.88	8.70	1.38	.167
	22-30	251	41.80	9.04		
Depressão(2)	17-21	275	19.40	2.65	1.55	.122
	22-30	251	19.05	2.66		
Perda Controlo Em/Comp (3)	17-21	275	41.50	7.89	1.34	.182
	22-30	251	40.59	7.72		
Afeto Positivo (4)	17-21	275	42.94	8.77	2.18	.30
	22-30	251	41.28	8.67		
Laços Emocionais (5)	17-21	275	12.91	3.62	1.69	.92
	22-30	251	12.38	3.45		
Distress Psicológico (1+2+3)	17-21	275	103.79	18.02	1.48	.139
	22-30	251	101.45	18.19		
Bem-estar Psicológico (4+5)	17-21	275	55.85	11.51	2.21	.028*
	22-30	251	53.67	11.11		
Escala Total (1+2+3+4+5)	17-21	275	159.64	28.15	1.85	.064
	22-30	251	155.12	27.75		

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

## 5.2. Resultados para o Modelo Empírico

No primeiro modelo apresentado, as estimativas não produziram estatísticas de adequação aos dados, pelo que se optou por produzir um modelo alternativo.

As medidas elaboradas anteriormente possibilitaram a constituição das seguintes variáveis latentes: Dados socio demográficos, Atitudes, Crenças, Motivações, Fantasias e Comportamentos.

- Os itens do questionário socio demográfico “Idade”, “Sexo”, e “Religião” (Relig), operacionalizam o fator “Variáveis socio demográficas” (Sócio Demog).
- Os itens “Circunstâncias para iniciar a sua vida sexual”(Cir.Inic), “Melhor idade para iniciar a sua vida sexual” (Idad.Inic), “Se concorda com o casamento” (Conc.Cas), “Importância da primeira relação sexual”(Imp1ªRel) operacionalizam o fator “Atitudes”.
- Os itens “Tempo/paciência” (Tempo), “Stress/pressão” (Stress), “Envelhecimento” (Envelhec), “Satisfação sexual” (Satisf), “Miscelânea conhecimento básico” (Miscel) operacionalizam o fator “Crenças”.
- Os itens “ Para confirmar o amor” (Conf.Amor), “Satisfação física (Sat.Fisica),” “Dar se com Pessoas” (Dar.Pessoa), “Pela experiência (Experien)”, “Pelo divertimento” (Divertim), “Para manter a relação” (ManterR) operacionalizam o fator “Motivações”.
- Os itens “Fantasias exploratórias” (F explo), “Fantasias íntimas” (F Intima), “Fantasias Impessoais” (F Impess) e “Fantasias Sadomasoquistas (F Sadom), operacionalizam o fator “Fantasias”.
- Os itens “Se já iniciou a sua vida sexual” (Inicio Sex), “Idade da sua primeira relação sexual” (Idade.1ª), “Masturbação” (Mastur), “Quantas vezes se masturbou na última semana” (VezeMasturb.), “Número de relações sexuais que teve no último ano” (NºVezRel), “Número de parceiro(a)s que já teve” (Parceiros), “Se usou contraceptivo na sua última relação sexual” (UsouContr), “Orientação sexual”, operacionalizam o fator “Comportamentos”.

Tabela 93. Relações de variância do modelo final

		Estimativas
Idade	<--- Dados sociodemograficos.	1.000
Género	<--- Dados sociodemograficos	-0.318
Religião	<--- Dados sociodemograficos	1.045
Circun início VS	<--- Atitudes	1.000
Id.1ªRS	<--- Atitudes	-1.577
Conc.casamento	<--- Atitudes	0.108
Imp.1ª RS	<--- Atitudes	-0.868
SBIQTempoPaciencia	<--- Crenças	1.000
SBIQStressPressao	<--- Crenças	1.738
SBIQEnvelhecimento	<--- Crenças	-0.134
SBIQSatisfaçaoSexual	<--- Crenças	0.796
SBIQMiscelaniaConhecimentoBasico	<--- Crenças	0.376
Manter relação	<--- Motivações	1.000
Divertimento	<--- Motivações	-9.277
Pela experiência	<--- Motivações	-7.591
Dar-se com pessoas	<--- Motivações	-0.881
Satisfação física	<--- Motivações	-5.662
Confirmar o amor	<--- Motivações	7.403
OrientaçaoSexual	<--- Comportamentos	1.000
Nº parceiros	<--- Comportamentos	-13.106
Nº RS último ano	<--- Comportamentos	-485.587
Usou cont.ult.RS	<--- Comportamentos	-7.176
Nº vezes masturbou ult.semana	<--- Comportamentos	-30.363
Masturba-se	<--- Comportamentos	-6.949
Idade 1ª ejac/menstr.	<--- Comportamentos	-2.998
Iniciou VS?	<--- Comportamentos	-1.455
Fantasias_Sadomasoquistas	<--- Fantasias	1.000
Fantasias_Impessoais	<--- Fantasias	0.845
Fantasias_Intimas	<--- Fantasias	1.071
Fantasias_exploratorias	<--- Fantasias	1.130

- A idade é diretamente influenciada pelos dados sócio demográficos;
- O género é diretamente influenciada pelos dados sócio demográficos;
- A religião é diretamente influenciados pelos dados sócio demográficos;

- Melhores circunstâncias para iniciar a vida sexual é diretamente influenciados pelas Atitudes;
- Idade de início é diretamente influenciada pelas Atitudes;
- Se concorda com o casamento é diretamente influenciado pelas Atitudes;
- Importância da 1ª Relação Sexual é diretamente influenciado pelas Atitudes;
- A SBIQTempo Paciencia é diretamente influenciado pela Informação e Crenças;
- A SBIQ Stress Pressão é diretamente influenciado pela Informação e Crenças;
- A SBIQ Envelhecimento é diretamente influenciado pela Informação e Crenças;
- A SBIQSatisfação Sexual é diretamente influenciado pela Informação e Crenças;
- A SBIQ Miscelânea, Conhecimentos Básicos é diretamente influenciado pela Informação e Crenças;
- Ter a 1ª Relação Sexual para manter relação é diretamente influenciado pelas Motivações;
- Ter a 1ª Relação Sexual pelo divertimento é diretamente influenciado pelas Motivações;
- Ter a 1ª Relação Sexual pela experiência é diretamente influenciado pelas Motivações;
- Ter a 1ª Relação Sexual para dar-se com pessoas é diretamente influenciado pelas Motivações;
- Ter a 1ª Relação Sexual para confirmar o amor é diretamente influenciado pelas Motivações;
- Orientação sexual é diretamente influenciada pelos Comportamentos;
- O número de parceiros é diretamente influenciado pelos Comportamentos;
- O número de relações sexuais no último ano é diretamente influenciado pelos Comportamentos;
- Se usou proteção na última relação sexual é diretamente influenciado pelos Comportamentos;
- Se se masturba é diretamente influenciado pelos Comportamentos;
- Número de vezes que se masturbou na última semana é diretamente influenciado pelos Comportamentos;
- A idade da primeira ejaculação/menstruação é diretamente influenciada pelos Comportamentos;
- Se já iniciou vida sexual é diretamente influenciado pelos Comportamentos;
- As Fantasias sado masoquistas são diretamente influenciadas pelas Fantasias;
- As Fantasias impessoais são diretamente influenciadas pelas Fantasias;
- As Fantasias íntimas são diretamente influenciadas pelas Fantasias;
- As Fantasias exploratórias são diretamente influenciadas pelas Fantasias;

Tabela 94. Correlações do modelo final

			Estimativa
Variáveis sociodemográficas	<-->	Comportamentos	-0.029
Variáveis sociodemográficas	<-->	Atitudes	0.260
Fantasias	<-->	Comportamentos	-0.085
Fantasias	<-->	Motivações	-0.040
Atitudes	<-->	Crenças	0.015
Motivações	<-->	Comportamentos	0.000
Crenças	<-->	Comportamentos	0.000
Crenças	<-->	Motivações	0.000
Variáveis sociodemográficas	<-->	Crenças	0.019
Atitudes	<-->	Motivações	-0.008
Fantasias	<-->	Crenças	0.086
Fantasias	<-->	Variáveis sociodemográficas	0.881
Atitudes	<-->	Comportamentos	-0.011
Fantasias	<-->	Atitudes	0.352
Variáveis sociodemográficas	<-->	Motivações	-0.012

- As variáveis sociodemográficas estão correlacionadas com as atitudes, com as crenças, com as motivações, com as fantasias e com os comportamentos;
- As atitudes estão correlacionadas com as crenças, com as motivações, com as fantasias, com os comportamentos e com as variáveis sociodemográficas;
- As crenças estão correlacionadas com as motivações, com as fantasias, com os comportamentos, com as variáveis sociodemográficas e com as atitudes;
- As motivações estão correlacionadas com as fantasias, com os comportamentos, com as variáveis sociodemográficas, com as atitudes e com as crenças;
- As fantasias estão correlacionadas com os comportamentos, com as variáveis sociodemográficas, com as atitudes, com as crenças e com as motivações;
- Os comportamentos estão correlacionados com as variáveis sociodemográficas, com as atitudes, com as crenças, com as motivações e com as fantasias.

Deste modo, construiu-se um modelo alternativo descrito na figura 5, tendo sido obtidos os seguintes níveis de adequabilidade:  $\chi^2 = 741.7$ ;  $gl = 390$ ;  $RMSEA = 0.041$ ;  $P (RMSEA < 0.05)$ ;  $CFI = 0.78$ ;  $P_{close} = 0.999$ ;  $PCFI = 0.66$ .

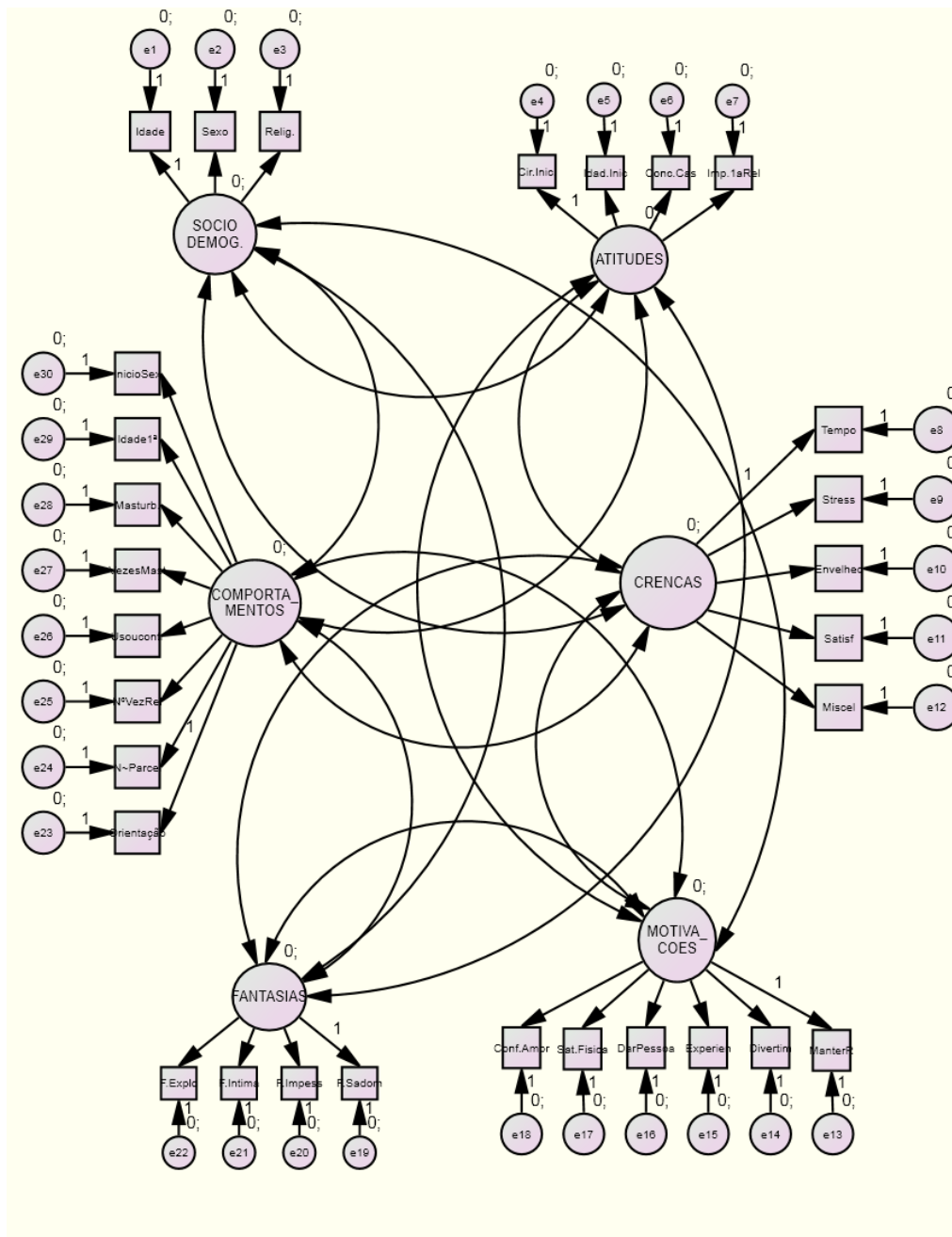


Figura 6. Definição do Modelo de Equações estruturais

Os valores revelam uma muito boa adequação do modelo aos dados ( $\chi^2 = 741.7$ ;  $gl = 390$ ;  $RMSEA = 0.041$ ;  $P (RMSEA < 0.05)$ ;  $CFI = 0.78$ ;  $P_{close} = 0.999$ ;  $PCFI = 0.66$ ).

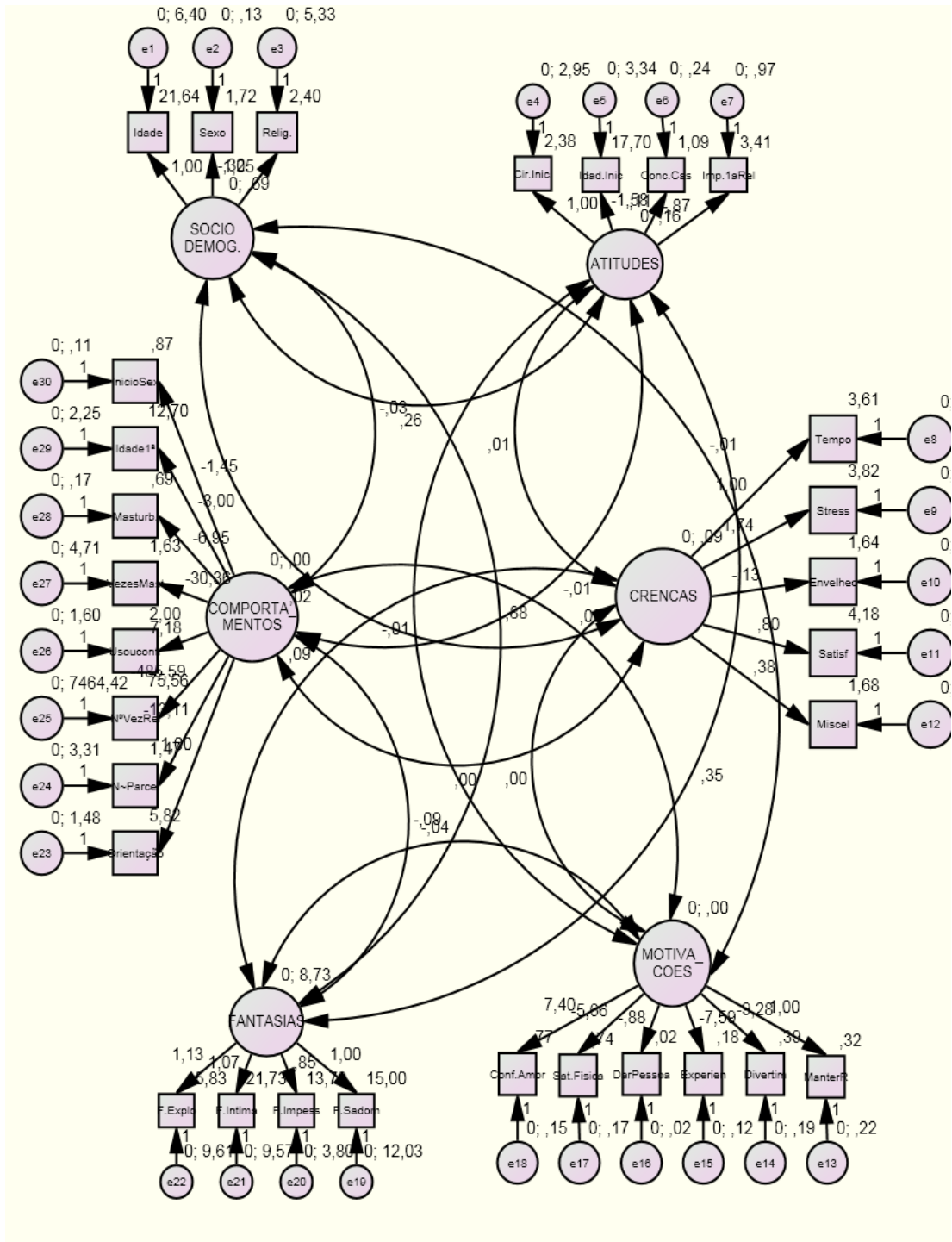


Figura 7. Definição do Modelo de Equações Estruturais com estimativas

Os valores revelam uma muito boa adequação do modelo aos dados ( $\chi^2 = 741.7$ ; gl = 390; RMSEA = 0.041; P (RMSEA<0.05); CFI = 0.78; Pclose = 0.999; PCFI= 0.66).

## **6. Discussão dos resultados**



## **Discussão dos resultados**

No presente estudo, procurou-se desenvolver procedimentos metodológicos para compreender e explicar a sexualidade dos jovens estudantes portugueses do ensino superior. Após a apresentação dos resultados, efetua-se a discussão dos mesmos, a fim de responder às questões colocadas pela presente investigação. Procedeu-se ao estudo sistematizado de algumas dimensões, sendo elas: A sexualidade, Preferências reprodutivas, Início da vida sexual, Práticas sexuais, Fantasias sexuais, Orientação sexual, Crenças e informação sexual, Problemas sexuais, Saúde mental e por fim, à discussão dos resultados obtidos através do modelo empírico.

### **Sexualidade**

Na secção que aborda o tema da sexualidade, observamos que os dois assuntos que os jovens mais costumam abordar são as relações sexuais com 78.5%, seguido do namoro com 77.8%.

Comparando os géneros, observa-se que as mulheres falam mais sobre a temática do aborto, a pílula, a menstruação, a masturbação e a contraceção e os homens falam mais sobre a pornografia, como se concluiu de igual modo noutros estudos (Ramos et al., 2008).

Não aparecem diferenças significativas entre homens e mulheres quanto aos temas dos abusos sexuais e da gravidez na adolescência, das DSTs, o namoro, as relações interpessoais, as relações sexuais, a prevenção, os preservativos, a higiene e saúde, a puberdade e a homossexualidade.

As mulheres referem não falar da gravidez indesejada, dos afetos/amizade, da prostituição.

Os resultados dos estudos realizados pelo National Longitudinal Study of Adolescent Health (Add Health) (Manlove, Ryan, & Franzetta, 2003; Ryan, Franzetta, Manlove & Holcombe, 2007) indicam que os jovens que falam acerca da contraceção ou das doenças sexualmente transmissíveis com o seu parceiro antes da primeira relação sexual, demonstram maior conhecimentos acerca do preservativo e menor risco de contrair VIH, SIDA ou outra doença sexualmente transmissível. No entanto, e de acordo com Oliveira, D.C., Gomes, T., Marcos, A.; Pontes, M., Paula; A., Salgado, P & Phillipi, L. (2009), Brêtas, S.R.J., Ohara' C.V.S., Jardim' D.P; Aguiar Junior' A. & Oliveira, J.R. (2011) e Borges, Nichiata & Schor (2006), a forma como os jovens recebem informação a respeito da sexualidade nem sempre é a mais adequada e de qualidade, porque muitos deles trocam informações com amigos.

### **Preferências sexuais e reprodutivas**

As mulheres consideram que para iniciarem a sua vida sexual, é necessário sentir-se preparadas, enquanto os homens referem ser um acontecimento durante o namoro.

Embora os jovens considerem apropriado iniciar a sua vida sexual entre os 16 e os 20 anos, sendo a idade média de início referida 17.67 anos, as mulheres referem adequado iniciar a sua vida sexual mais tarde que os homens.

75.5% dos jovens questionados concordam com o casamento, sendo as mulheres que mais concordam com 78.8%. As circunstâncias consideradas mais favoráveis são após iniciar a vida laboral e também após algum tempo de namoro.

O casamento aparece como sendo a melhor forma de compromisso para 51.5% dos jovens inquiridos e a união de facto para 42.4%. O casamento é a opção mais escolhida pelas mulheres em relação aos homens.

Relativamente às outras possibilidades tais como “nenhum compromisso” ou “cada um em sua casa”, as respostas são negativas, verificando-se que são as mulheres quem menos concordam com esta opção.

A maioria destes jovens gostava de ter filhos (89.4%), não existindo diferenças estatisticamente significativas entre géneros e são as mulheres quem mais desejam ter filhos, com 91.55%, o que vai ao encontro de outros estudos (Colman & Colman, 1994), ter um filho nunca foi considerado fácil, mas sempre foi referenciado como importante. Como referem Almeida, André & Lalanda (2002, p.379) “...dissociam-se sexualidade e casamento, sexualidade e procriação, casamento e fecundidade. Ter um filho deixa de ser um destino biológico a cumprir, é antes uma escolha a fazer, entre outras possíveis e condicionada à vontade individual.” Em média, os jovens gostariam de ter dois filhos (47.5%). O primeiro filho nasceria idealmente entre os 25 e 30 anos (65.1%) e o último entre os 30 e os 35 anos (52.5%), com a idade média para ter o primeiro e o último filho de 28.2 anos e 33.77 anos respetivamente. Os homens referem uma idade mais tardia do que as mulheres, tanto para o nascimento do primeiro como do último filho. A idade da primeira gravidez ocorre cada vez mais tardiamente. Este fenómeno está ligado a circunstâncias sociológicas específicas de uma geração em que se verificou a emancipação da mulher. Durante as últimas décadas, a maioria das mulheres passou a considerar prioritário a carreira profissional, adiando a maternidade (Coelho, 2000).

### **Início da vida sexual**

Verifica-se que 86.9% dos jovens já iniciaram a sua vida sexual, com uma idade média da primeira relação sexual que se situa por volta dos 17.28 anos, tendo ocorrido entre os 16 e os 19 anos. Esses dados vão ao encontro dos resultados obtidos por outras investigações (Alferes, 1997; Amaro, Dantas, & Cunha, Teles, 1995; Bozon & Kontula, 1998; Maticka-Tyndale, 1997; Siegel, Klein & Roghmann, 1999; Oswalt et al., 2005; Alvarez, 2005; Matos & Gaspar, 2005; Reis & Matos, 2008), tendo os homens iniciado mais cedo que as mulheres. Esse aspeto leva ao aumento de tempo de prática sexual ativa, como também potencia um maior número de

parceiros(as) sexuais e respetiva exposição ao risco. Na mesma linha de ideias, um estudo comparativo de vários países da Europa referia que 30.2% dos rapazes portugueses e 20.3% das raparigas afirmavam-se como sexualmente ativos aos 15 anos de idade (Avery & Lazdane, 2008).

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas quando se comparam os dois grupos etários, relativamente à idade em que iniciaram a sua vida sexual, tendo o grupo dos mais novos (17-21 anos) iniciado cerca de meio ano mais cedo do que o grupo mais velho (22-30 anos) o que significa a tendência para a antecipação do início da primeira relação sexual (Lopes & Maia, 1993; Lescano, 2002; Matos 2010; Calazan, 2005). 69% dos participantes teve a sua primeira relação sexual com um(a) namorado(a), 16% com um(a) amigo(a), Podemos verificar que o tempo médio de duração do relacionamento é cerca de 22 meses, não se verificando diferenças estatisticamente significativas. Todavia, as mulheres tiveram este relacionamento mais longo do que os homens.

A razão apresentada para decidirem iniciar a sua vida sexual foi a atracção (52.9%), o amor (56.1%), a curiosidade (28.9%), porque queira perder a virgindade (9.3%) e por pressão do(a) companheiro(a) (4.8%). Observamos diferenças estatisticamente significativas nas variáveis amor e pressão do companheiro, que indicam que são as mulheres quem mais são influenciadas por essas razões para decidirem ter a sua primeira relação sexual, e também na variável prazer que indica que são os homens que iniciam a sua vida sexual pelo prazer. Outros estudos (Castro, Abramovay & Silva, 2004; Brêtas et al., 2011; Altmann, 2007) concluíram o mesmo, ou seja, para as jovens o amor mostra-se como a maior motivação para a iniciação sexual, podendo ou não ser marcada por insistência dos namorados e/ou para a manutenção do interesse do parceiro na relação Para os rapazes, envolvendo ou não sentimentos amorosos, o primeiro ato sexual compreende uma forma de satisfação do instinto e da necessidade de dar vazão à atracção física, além de servir como modo de expressão do processo de tornar-se homem e de consolidação da sua masculinidade.

A maioria dos jovens inicia as primeiras relações sexuais sem ser planificada (Lownstein & Furstenberg, 1991), muitas vezes envolvida em grande romantismo (por amor). Têm a percepção de que o(a) parceiro(a) é de confiança porque já é namorado(a) ou amigo(a).

Para as jovens, as manifestações de amor e carinho são requisitos essenciais na decisão de iniciar um relacionamento sexual (Amaral & Fonseca, 2005).

À semelhança de outras pesquisas, podemos constatar que a primeira relação sexual foi planeada em 36.7% dos casos (36% dos jovens responderam afirmativamente no estudo de Bodmer, 2009). Apesar de não existir diferenças significativas entre géneros, são as mulheres que maior importância atribuem à primeira relação sexual, sendo este acontecimento um ponto de viragem no desenvolvimento pessoal na vida das jovens (Beausang, 2000; Shandra & Chowdhury, 2012). Os jovens referem que a primeira relação sexual foi consentida em 99.6% dos casos.

No que respeita ao local em que ocorreu a primeira relação sexual, os resultados apresentam-se da seguinte forma: 45.29% foi na casa dele(a), 26.25% na sua casa, 8.75% num carro, 7.43% em casa de amigos, 3.93% num hotel, 3.5% num espaço público e 3.93% na rua. Os jovens contaram a um(a) amigo(a) 73.6%, a ninguém, 11.6% e 5.8% contaram à mãe.

A maioria utilizou o preservativo masculino (81.2%), 3.9% utilizou a pílula, 2.2% realizou o coito interrompido e 1.3% utilizou o preservativo masculino e a pílula simultaneamente aquando da sua primeira relação sexual. A investigação neste âmbito tem demonstrado resultados semelhantes (Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo & Polónia, 2008; Reis & Matos, 2008). Todavia, 11.4% dos jovens não utilizaram qualquer método anticoncepcional/de proteção aquando da sua primeira relação sexual. São as mulheres que responderam em maior percentagem terem usado a pílula, são também as mulheres, que, respondem negativamente a não terem usado qualquer meio contraceptivo. Tal como nos estudos de Bodmer, 2009, são elas quem mais usaram o preservativo masculino, o coito interrompido e a pílula com o preservativo. A iniciativa foi de ambos em 89.6% das situações, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre géneros.

Os contraceptivos utilizados foram obtidos na farmácia (67.4%), no centro de saúde (12.2%), no hipermercado (11.2%), junto de amigos (7%), junto dos pais (1.3%) e em 0,8% dos casos, o parceiro trazia. Nos casos em que não utilizaram contraceptivo, justificam as suas decisões porque não esperava que acontecesse em 37%, e conhecia bem o(a) parceiro(a) 32.9%. As razões para a não utilização dos contraceptivos entre alguns adolescentes estão relacionadas ao não planeamento da relação sexual, falta de confiança nos métodos, onipotência adolescente e a rejeição do parceiro por interferir no seu prazer sexual. Assim, a gestão da contraceção continua a ser encargo feminino, ainda bastante submetido à capacidade de autodeterminação e de negociação com o parceiro (Brandão & Heilborn, 2006).

“As atitudes face ao preservativo, as normas sociais, as intenções comportamentais, a perceção de auto eficácia, a experiência prévia no uso do preservativo, a motivação para a prevenção da gravidez, a disponibilidade do preservativo, a comunicação sobre a sua utilização e o estatuto do relacionamento parecem ser os fatores mais claramente associados à utilização do preservativo” (Alvarez, 2005). É necessário desmistificar os métodos contraceptivos com reconhecimento do baixo risco das pílulas, da importância do uso do preservativo e a ineficácia do coito interrompido (Saito & Leal, 2000).

## Práticas sexuais atuais

### Masturbação

Bozon (1995) afirma que a prática da masturbação aumentou de 19%, em 1971 para 71% em 1992, entre as mulheres francesas e sugere, que pelo menos em parte, este significativo aumento ocorreu devido às transformações da sociedade e ao maior diálogo sobre a sexualidade.

No que respeita aos jovens estudantes do ensino superior inquiridos, 69.4% afirmam masturbar-se. Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros, e que os homens são quem mais admite masturbar-se. Os dados aqui apresentados associam a masturbação ao sexo masculino, algo semelhante ao que foi obtido por Monteiro em 2002. Para a autora, “a maior familiaridade e aceitação dos rapazes com a masturbação e uma menor experimentação das raparigas reflete a aceitação social do exercício sexual masculino de forma mais autónoma, isto é, desvinculada da reprodução e das relações estáveis” (Monteiro,2002).

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, no que respeita à idade em que começaram a masturbar-se, sendo os homens que começam mais cedo, aos 12.88 anos em média, e as mulheres aos 15.24.

Também se observam diferenças estatisticamente significativas entre géneros no que respeita ao número de vezes que se masturbaram nos últimos sete dias, tendo tido os homens esta prática 3.05 vezes em média, e as mulheres, 1.24 vezes. Estes resultados corroboram os estudos de Brêtas et al. (2011), o qual defende que a maior ocorrência da masturbação entre os rapazes, bem como na quantidade desta prática, confirma aspectos característicos da construção social da sexualidade masculina.

Alencar (2000), numa revisão bibliográfica sobre a masturbação aponta como aspetos positivos: o autoconhecimento, a perceção das sensações agradáveis e a fantasia. No nosso estudo, de entre os jovens que se masturbam, 89.04% sentem-se satisfeitos, 8.17% envergonhados e 1.41% culpados com esta prática.

Embora não existam diferenças estatisticamente significativas entre géneros, os homens são quem mais satisfeitos se sentem com esta prática (91%), contra 87.8% para as mulheres, são as mulheres que menos culpa sentem por se masturbarem (1,35%), contra 1,49% para os homens) e são os homens que menos vergonha sentem, o que é corroborado por Kaestle et al. (2011).

Os estudantes referem que lhes apetece masturbar-se quando pensam em ideias românticas (47.5%), quando se excitam com pornografia (28.9%) ou quando estão tensos (21%). Para Brêtas et al. (2011), para aliviar a tensão sexual na adolescência, os jovens recorrem à masturbação, que é uma prática que produz a sensação de alívio sexual à tensão e tem uma função gratificante.

Existem diferenças significativas em dois temas, sendo as mulheres que se masturbam preferencialmente quando pensam em ideias românticas e tendo os homens esta prática quando pensam em pornografia. Também se verifica que as mulheres se masturbam mais do que os homens quando estão tensas, embora não seja estatisticamente significativo.

Nos últimos sete dias, os jovens referem ter-se masturbado em média 2 vezes, com um mínimo de 1 vez e um máximo de 4 vezes.

Alguns dos estudantes apresentam preocupação com o facto de se masturbar excessivamente (17.5%), 75.5% não se preocupam e 6.7% não sabe. As mulheres referem mais do que os homens, não se preocupar por se masturbar excessivamente.

### **Namoro**

No momento em que responderam, 66.2% dos jovens tinham namorado(a). Em média, o tempo que dura esta relação é de 28 meses. A idade média em que começaram a namorar é aos 15 anos. Em relação ao namoro, a maioria dos adolescentes referiu não existir uma idade para iniciá-lo, indicando o período para se começar, a faixa etária entre 13 e 16 anos, coincidindo com outros estudos (Borges & Schor, 2007; Brêtas et al., 2011).

Os inquiridos tiveram em média um pouco mais de dois namorados(as), havendo quem tivesse respondido 30 e outros nenhum. Observam-se diferenças estatisticamente significativas entre géneros, sendo os homens que tiveram mais namoradas (em média 3), o que é socialmente valorizado (Saalvadra et al., 2010).

Dos que têm namorado(a), a frequência com que se encontram é diariamente em 43.6%, aos fins-de-semana, 32.1%, até 5 vezes por semana, 11.2%, até 3 vezes por semana em 8.4% e 4.7% raramente.

### **Anticoncepcional**

São as mulheres quem mais referem terem usado a pílula e que também menos admitem não terem usado nenhum método anticoncepcional, na sua última relação sexual. Assim, 43 % dos jovens utilizaram a pílula, 41.4% o preservativo masculino; no entanto, 13.1% não usou nenhum método anticoncepcional na última relação. Embora os resultados fiquem aquém do desejável, quanto ao uso do anticoncepcional, outros estudos apontam para que um terço daqueles que já tiveram relações sexuais deixaram de usar preservativos e cerca de um quarto deles não usaram qualquer método anticoncepcional na última relação. (Carlini-Cotrim, B., Gazal-Carvalho, C. & Gouveia, N., 2000). Segundo Romero, Medeiros, Vitalle, & Wehba (2007), os jovens apontam para o não uso do preservativo, o esquecimento, o custo e o desprazer na relação sexual.

De seguida, apresentam-se algumas conclusões do ponto de vista da sócio-sexualidade, que é a variação individual nas disposições, facilidades e propensões para solucionar o dilema entre

o empenho de acasalamento e o empenho parental, procurar parceiros, conquistá-los e fazer sexo ou orientar esforços para manter um parceiro, fazer amor, assegurar a fidelidade e investir nos filhos (Schmitt, 2005).

Em relação ao número de relações sexuais que tiveram ao longo do último ano, os jovens referem em média 82 vezes. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre géneros, embora os homens tenham tido em maior número.

No que diz respeito à estabilidade das relações sexuais, podemos verificar um maior número de relações dos rapazes (em média mais de três parceiros sexuais), do que as jovens da mesma faixa etária, que apresentam uma média de um parceiro (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2005). 72.8% dos inquiridos tiveram 1 ou 2 parceiros diferentes. Todavia, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre género, havendo um maior número de parceiros sexuais nos homens.

Em 88.1% a relação ocorre com o namorado e com um amigo em 11.4%. Tal como noutros estudos (Pantoja, 2006), verifica-se que a maior parte dos rapazes teve a sua primeira relação sexual com amigas, enquanto as raparigas com os seus namorados. Referem 5,9% dos inquiridos já ter sido obrigado a praticar sexo contra a sua vontade.

As razões mais importantes para se ter sexo foram confirmar o amor (76.8%), a satisfação física (73.8%), pelo divertimento (38.6%), para manter a relação (31.9%) e pela experiência (18.4%). Verificam-se algumas diferenças estatisticamente significativas entre géneros, sendo que as mulheres apontam como razões: para confirmar o amor, pela experiência e pelo divertimento de forma mais marcante do que os homens, o que vai ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos (Barrientos, 2010; Matthiesen & Schmidt, 2009).

As práticas sexuais em que os inquiridos responderam “Sempre” realizar são: as “Carícias na pele” (57.8%), os “Beijos superficiais” (55.7%), os “Beijos profundos com a língua” (51.7%), a “Penetração de um pénis numa vagina” (41.6%) e as “Carícias nos genitais” (38.2%).

Relativamente às práticas que dizem “Nunca” praticar, aparecem: a “Colocação de uma boca num ânus” (84.4%), a “Penetração de um pénis num ânus” (65%), a “Colocação de uma boca num pénis” (32.9%), a “Penetração de um pénis numa boca” (32.3%) e por fim, a “Colocação de uma boca numa vagina (29.3%).

Para a frequência das práticas sexuais comparativamente entre géneros, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas para “Carícias nos genitais”, “Penetração de um pénis numa boca”, “Penetração de um pénis num ânus”, “Colocação de uma boca numa vagina” e “Colocação de uma boca num ânus”, que indicam que são os homens que mais frequentemente exercem essas práticas. Também se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas “Carícias na pele” e “Colocação de uma boca num pénis”, sendo as mulheres que mais realizam essas atividades.

Embora existam dentro das práticas sexuais entre as pessoas, uma série de comportamentos que não envolvem uma penetração, em quase todas as culturas, é de facto a consumação do

coito que concretiza a relação sexual. O coito também não apresenta variabilidade de cultura para cultura, podendo referir-se à penetração do pênis a nível vaginal, anal, interfemural ou ainda intermamário (Pereira, 2009). As práticas são muito influenciadas pelas regras culturais, com as suas proibições. A sexualidade refere-se aos modos como as práticas sexuais são transformadas em significantes de um tipo particular de identidade social (Garton, 2009).

### **Substâncias psicoativas**

A droga mais utilizada nos jovens que referem já terem utilizado substâncias ilícitas é a cannabis. Este resultado é semelhante ao encontrado noutros trabalhos (Madu & Malta, 2003; Webb, Ashton, Kelly & Kamali, 1996, Saluja, Grover Irparti, Mattoo & Basu, 2007), sendo os rapazes que mais consomem (Kokkevi, Richardson, Florescu, Kuzman & Stergar, 2007; Naia, Simões & Matos, 2007; Pinheiro, 2010).

Relativamente à questão de já terem tido relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas, 33.3% responderam afirmativamente.

Cerca de 29.8% dos jovens já tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool, havendo diferenças estatisticamente significativas entre géneros, sendo os homens que respondem em maior percentagem afirmativamente. Cerca de 15% dos jovens já tiveram relações sexuais sob o efeito de cannabis, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre géneros, embora os homens respondam afirmativamente em maior percentagem.

Em relação ao consumo de heroína, 100% da população inquirida respondeu negativamente.

Cerca de 1.9% dos jovens já tiveram relações sexuais sob o efeito de cocaína, havendo diferenças estatisticamente significativas entre géneros, sendo mais uma vez os homens que respondem em maior percentagem afirmativamente. 1% dos jovens respondeu que já tinham tido relações sexuais sob efeito de ecstasy. Embora não exista diferenças estatisticamente significativas entre géneros, percebe-se uma prevalência do consumo desta substância nos homens. Aproximadamente 1.5% dos jovens já tiveram relações sexuais sob o efeito de ácidos, havendo diferenças estatisticamente significativas entre géneros, sendo outra vez os homens que respondem em maior percentagem afirmativamente. 87.8% dos jovens inquiridos diz não costumar ter relações sob o efeito de substâncias psicoativas. No entanto, dos que dizem costumar, 99.5% usam álcool ou álcool mais uma outra substância.

Neste estudo, a questão não incide numa relação de causalidade entre o consumo da substância e a conseqüente relação sexual., como é o caso do estudo realizado por Matos, 2010, em que 94.3% dos jovens responderam nunca terem tido relações sexual por terem tomado alguma sustância psicoativa.

No nosso estudo, a prevalência de consumo de substâncias psicoativas nos homens em relação às mulheres está de acordo com a investigação realizada a nível nacional como internacional (Reis & Matos, 2008; Eaton et al., 2005), o que potencia o não uso do preservativo e respetivo comportamento de risco (Labrie et al., 2005; Lomba, et al., 2008).

## **Ter sexo seguro**

Ter sexo seguro significa para os inquiridos utilizar um preservativo (94.3%), evitar múltiplos parceiros (52.7%), evitar sexo com profissionais do sexo (19.6%), evitar sexo anal (4.9%) e ser abstinente (4.8%). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros, mas são as mulheres quem em maior percentagem consideram que ter sexo seguro é utilizar um preservativo (94.4%), evitar múltiplos parceiros (54.9%), evitar sexo anal (5%) e ser abstinente (5.3%); enquanto os homens defendem mais, evitar sexo com profissionais do sexo (21.8%).

Quando se fala em sexo seguro, 40% das vezes, as relações sexuais estão iminentes (Cline, Johnson & Freeman, 1992), uma vez que a excitação sexual constitui um dos obstáculos para se usar o preservativo devido ao estado fisiológico e emocional excessivo do indivíduo (Mewhinney, Herold & Maticka-Tyndale, 1995; Boldero, Moore & Rosenthal, 1992).

## **Escala de fantasias sexuais**

Em relação às fantasias, podemos observar que os homens apresentam maior grau de fantasias do que as mulheres, em todas as dimensões. Podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto às fantasias, quando se comparam os dois grupos de idade, 17-21 anos e 22-30 anos. Todavia, observa-se mais “Fantasias exploratórias”, “Fantasias íntimas”, “Fantasias impessoais” e na “Escala total”, no grupo mais velho, 22-30 anos. Apenas nas “Fantasias sado masoquistas” é que o grupo mais jovem, 17-21 anos apresentou maior grau de fantasias.

Nota-se que são os jovens que já iniciaram a sua vida sexual que têm mais fantasias, todavia, as diferenças são estatisticamente significativas apenas nas fantasias íntimas e na escala total. Os jovens que se masturbam têm mais fantasias comparativamente com os que não se masturbam, sendo esses resultados estatisticamente significativos. Analisando as fantasias e comportamentos relacionados com parafilia, observamos que os sujeitos referem não terem tido, na sua generalidade, fantasias ou comportamentos semelhantes.

## **Orientação sexual**

Como referido anteriormente, apenas foram consideradas as dimensões do passado, uma vez que os autores evidenciaram que as medidas “passado” são constantes na mensuração do constructo. Os resultados apontam para uma orientação essencialmente heterossexual, com pontuações médias obtidas pelos homens de 5.88 e a das mulheres de 5.79, as quais se situam entre “O outro sexo algo mais”(5) e “Maioritariamente o outro sexo”(6). Embora se verifique o valor ligeiramente mais elevado para os homens, não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros.

## **Crenças e informação sexual**

Observa-se que os resultados relativamente à informação sexual está acima da média nas dimensões tempo/paciência (3.61 numa pontuação de 0 a 4), na dimensão stress/ pressão (3.81 numa pontuação de 0 a 4), satisfação sexual (4.2 numa pontuação de 0 a 5), miscelânea/conhecimento básico (1.68 numa escala de 0 a 2), assim como no total da escala (14.84 numa escala de 0 a 24), o que significa que os participantes apresentam uma informação correta nesses domínios. Observa-se no entanto um valor inferior à média, no que respeita à informação acerca do envelhecimento (1.68 numa escala de 0 a 4), o que poderá significar um fraco grau de informação em relação ao envelhecimento. Estes resultados são esperados uma vez que a população inquirida é de formação superior, proporcionando uma melhor informação em geral, mas menor na questão do envelhecimento uma vez que são adultos bastante jovens. Esses resultados refletem que, o facto de os jovens terem atualmente muita facilidade em obter informação, não garante que as suas escolhas sejam as mais adequadas, por isso a educação sexual poderá fornecer uma ajuda na triagem desta informação, contribuindo para que seja utilizada da melhor forma (Piscalho, Serafim & Leal, 2000). Nas medidas de crenças e informação sexual, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os jovens que já iniciaram ou não a sua vida sexual, nem comparando a variável idade ou o género em nenhuma dimensão.

## **Problemas sexuais**

Relativamente à satisfação com a sua vida sexual, (com possibilidades de resposta que iam de 1 (Muito insatisfeito), até ao 5 (Muito satisfeito)), salientam-se um maior número de respostas situadas entre o 3 e o 5, o que representa um bom nível de satisfação, em ambos os géneros, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres. Quanto à satisfação da vida sexual, as mulheres (3.80), indicam sentir-se mais satisfeitas do que os homens (3.45) na área da vida sexual. Para a frequência das fantasias e comportamentos relacionados com parafilia, verificou-se que a grande maioria dos participantes referem nunca terem tido a fantasia ou o comportamento referidos.

## **Saúde mental**

O aspeto da saúde mental total é apresentado como bom nos jovens inquiridos.

Para os resultados obtidos na saúde mental comparando os géneros, obteve-se diferenças estatisticamente significativas, nos itens ansiedade, depressão, perda de controlo emocional e comportamental o que correspondem à dimensão “Distress psicológico”, apontando para que sejam as mulheres quem apresentam mais essas características. Na dimensão da “Escala total”, também se verificam diferenças estatisticamente significativas, o que aponta para uma maior saúde mental nos homens.

Em relação à saúde mental apresentada pelos estudantes, comparando os que iniciaram a sua vida sexual com os que ainda não iniciaram, verificam-se diferenças estatisticamente significativas no que respeita a todas as dimensões, assim como na escala total, sendo que os inquiridos que já iniciaram a sua vida sexual apresentam maiores níveis de saúde mental nestas dimensões e também maior saúde mental na escala total.

Comparando os dois grupos de idade 17-21 anos com o grupo 22-30 anos, verifica-se apenas diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Bem-estar psicológico”, em que se destaca um maior nível de saúde mental no grupo 17-21 anos. Nas outras dimensões também são visíveis melhores resultados no grupo mais novo ao nível da saúde mental.

Resumindo, verificámos que os jovens estudantes universitários falam sobre questões relacionadas com a sexualidade. Concordam na sua maioria com o casamento e gostavam de ter, em média, dois filhos. Idealmente, seriam pais entre os 25 e os 35 anos.

Grande número dos jovens inquiridos já iniciou a sua vida sexual, tendo os homens e o grupo dos mais novos, iniciado mais cedo do que as mulheres e os mais velhos. Quando isso aconteceu, o tempo de namoro com o parceiro era de cerca de 22 meses, sendo o tempo de namoro médio das mulheres superior ao dos homens. As razões para iniciar a primeira relação sexual foram a atração, o amor e a curiosidade. Também foi referida a pressão do companheiro por algumas mulheres. São também elas que maior importância atribuem a este acontecimento de vida. Usaram maioritariamente o preservativo como método anticoncepcional, apesar de 11.4% não terem usado nenhum.

A masturbação é referida como uma prática habitual por mais de metade dos estudantes, com maior prevalência nos homens. Começaram a namorar por volta dos 15 anos, tendo tido mais ou menos dois namorados(as), tendo os homens começado mais cedo e tendo tido um maior número de namorados(as). Verifica-se que, nas últimas relações sexuais, as mulheres continuam a usar mais anticoncepcional, mas 13.1% dos jovens não o usou na última relação sexual, embora considerem que ter sexo seguro signifique usar o preservativo (94.3%). Os homens referem mais parceiras sexuais.

No geral, os jovens universitários caracterizam-se como heterossexuais e não apresentam problemas sexuais. Possuem informação e crenças adequadas no que concerne à sexualidade. Torna-se visível que, os jovens que já iniciaram a sua vida sexual referem ter mais fantasias e apresentam um maior nível de saúde mental, particularmente o grupo dos mais novos.

Assim, e apesar de não ser possível demonstrar, é provável que as campanhas que têm sido feitas nos últimos anos (VIH/DST's, Associação para o Planeamento da Família - APF, Educação para Saúde nas escolas,...) tenham sido eficazes. Do ponto de vista do desenvolvimento, é espectável que, nesta faixa etária, os jovens se apresentem saudáveis.

A experiência de estar inserido na vida académica, apesar de transitória, é, para a maioria dos jovens, uma experiência gratificante, ainda que possa surgir alguns desafios, nomeadamente adaptação, autonomia, consumos, entre outros, mas nesta amostra, os jovens

parecem beneficiar dos aspetos positivos, que a obtenção de suporte social e emocional através do estabelecimento de relações internas fornece.

O tipo de recolha que aqui se efetuou (via questionário e via online) apresenta alguns desafios:

Por um lado, relativamente aos questionários, há que referir a extensão do protocolo, muitas questões, muitas medidas, muitos itens, muito tempo para responder. Por outro lado, pode ter havido o efeito da desejabilidade social, em que não foi possível controlar se alguns jovens podem ter respondido de acordo com o esperado socialmente. Também o facto de se ter usado a cross-section, ou seja, a aplicação num único momento, poderá ter impossibilitado o acompanhamento de eventuais evoluções ao longo do tempo. O timing de recolha (setembro de 2010 a setembro de 2011), poderá ter estado sujeito à influência de acontecimentos ou experiências que não foram controlados. Também, pela internet, condiciona-se o público-alvo, apesar de se saber que 100% dos jovens universitários têm acesso à internet. O efeito do voluntariado também poderá existir, uma vez que só respondem aos questionários as pessoas que têm interesse, em participar neste tipo de estudo, e que já terão algumas características de personalidade, que à partida, sugerem maior responsabilidade, maior interesse, maior maturidade e maior curiosidade.

## **Modelo empírico**

Relativamente ao modelo de equações estruturais, podemos afirmar que apresenta propriedades de adequação aos dados, ou seja, podemos considerar que os dados recolhidos permitem explicar que para estes participantes:

A sexualidade como um todo é, necessariamente, vista como uma integração de várias dimensões interrelacionadas entre si. Não podemos entender nem explicar a sexualidade dos jovens, sem ter em conta as suas atitudes, as suas crenças, as suas motivações, as suas fantasias, os seus comportamentos e as suas características sociodemográficas.

O facto de se observar esta interrelação e na Análise de Equações Estruturais (AEE) se perceber que os dados recolhidos empiricamente explicam o modelo que aqui se apresenta, permite-nos considerar que quando pensamos em sexualidade nos jovens do ensino superior, é necessário ter em conta o conjunto de todas as variáveis intervenientes no processo.

Para estes jovens, quando pensam em motivações para terem relações sexuais, pensam em confirmar o amor, na satisfação física, dar-se com pessoas, em experiência, em divertimento e manter o relacionamento.

As fantasias são fantasias exploratórias, fantasias íntimas, fantasias impessoais e fantasias sadomasoquistas.

Quando pensam em comportamentos, referem-se ao início da sexualidade, à idade da sua primeira relação sexual, ao facto de se masturbar ou não, ao número de vezes que se

masturbaram na última semana, ao número de relações sexuais que tiveram no último ano, ao número de parceiro(a)s que já tiveram, se usaram contraceptivo na sua última relação sexual e à sua orientação sexual.

Os dados socio demográficos remetem para a idade, o género e a sua religião.

As atitudes dizem respeito às circunstâncias que consideram mais adequadas para iniciar a sua vida sexual, à melhor idade para iniciar a sua vida sexual, saber se concordam com o casamento e à importância dada à primeira relação sexual.

As crenças referem-se à informação e crenças relacionadas com a sexualidade nas questões do tempo/paciência, stress/pressão, envelhecimento, satisfação sexual e miscelânea e conhecimento básico.

Este conjunto de correlações permite-nos compreender a complexidade de fatores intervenientes na sexualidade dos jovens.

No momento atual, é muito importante e pertinente, podermos construir este tipo de modelos explicativos, pois funcionam como um mapa para entendimento do funcionamento da sexualidade dos jovens, que pode ser como sabemos, por vezes, escura dada a natureza dos temas que envolve.

A falta de Educação para a Sexualidade no seio familiar e escolar, o facto de vivermos numa sociedade sexista, heterossexista, que gera continuamente expectativas acerca do que é ou não aceitável, do ponto de vista da sexualidade, e que nesse sentido, regulamentam as normas sociais nas quais os jovens nesta faixa etária se encaixam. Podemos também assumir que nesta altura, muitos jovens se preparam para resolver a crise identitária e como já foi referido, grande parte deste processo constitui-se à custa do estabelecimento de relações íntimas com outros adultos.

Então, este modelo pretende descortinar essas “avenidas” nem sempre claras e ao mesmo tempo, oferecer aos próprios jovens, aos pais e familiares, aos educadores, uma referência muito importante na hora de todos compreenderem melhor do que é que se fala, quando falamos em Sexualidade.

Em síntese, vivemos num contexto histórico e social muito particular: mudanças políticas, sociais e normativas, o VIH que veio tornar necessária a discussão pública sobre sexo e sexualidade, mudanças na organização social e familiar, acesso ao ensino superior para mais jovens, facilitam um novo espaço psico-social para a construção da sexualidade. Como vimos neste trabalho, esse espaço é construído através das atitudes, das crenças, das motivações, das fantasias, dos comportamentos e características sócio-demográficas, que são mutáveis e dinâmicos.

## Limitações

Parece nos importante salientar que algumas leituras resultantes da presente investigação deverão ser apresentadas com prudência na sua interpretação e generalização.

A primeira limitação advém do fato da recolha da informação ter sido realizada através do recurso à internet, podendo considerar-se que o pedido de colaboração na investigação não tenha chegado a todos os estudantes universitários portugueses.

A segunda limitação, prende-se com a questão do autoregisto, sendo que a utilização destas medidas implica que se considerem aspetos como a desejabilidade social, a falsidade ou o estilo de repostas (Pais Ribeiro, 2007). O auto relato apresenta muitas vantagens, tais como o baixo custo em termo de tempo e esforço despendido pelos investigadores, todavia, esta técnica pode estar sujeita a imprecisões e enfiamentos. Assim, alguns jovens podem querer apresentar-se de modo valorizado, salientando aspetos que considere positivos, e subvalorizando aspetos considerados inconvenientes.

## Implicações

No entanto, as limitações identificadas não invalidam, na nossa opinião, que se tenha em consideração alguns resultados a que chegámos neste trabalho.

Apesar de no global, termos motivos para aceitar a ideia que os jovens estão a viver a sua sexualidade de forma saudável, este estudo também nos obriga a refletir sobre algumas questões. Verificou-se que, ainda ocorrem alguns comportamentos de risco junto dos jovens, nomeadamente em relação ao consumo de substâncias psicoativas e ao não uso sistemático do preservativo. É portanto importante educar para a saúde, os jovens universitários (Precioso, 2004).

Existe a crença de que a maioria das pessoas adquire alguns hábitos nefastos, tais como fumar, até à adolescência. Sabe-se que muitos comportamentos perniciosos são adquiridos já na idade adulta e na própria universidade. Isso explica-se pela ocorrência de modificações nos fatores sociais e ambientais, verificada normalmente no ingresso no ensino superior, situação que aumenta o risco de adoção de comportamentos de risco (Precioso, 2004).

A educação sexual tem como objetivo fundamental formar, desenvolver atitudes e competências nos jovens, permitindo que estes se sintam informados e seguros nas suas escolhas (GTES, 2007). Seria assim necessário incidir em intervenções do tipo preventivo, de carácter universal, abrangendo toda a população escolar e respetivos contextos de vida: escola, família e grupo de pares; mas também em intervenções mais específicas e intensivas, nos subgrupos identificados como prioritários (Matos, Reis, Ramiro, Borile, Berner, Vasquez, Gonzalez, Messias, Eisenstein, Pons, Tuzzo, Livia, Salazar & Vilar, 2009).

A educação sexual torna-se assim importante, devendo envolver conhecimentos sobre a sexualidade, prazer, reprodução, gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, importância do uso do preservativo (Saito et al., 2000). O comportamento sexual preventivo não depende só do nível de conhecimentos, mas da motivação e desenvolvimento das competências (Matos, 2010).

A avaliação dos determinantes do comportamento preventivo torna-se, igualmente, fulcral. Estes podem ser a quantidade e qualidade da informação, das atitudes e dos comportamentos, bem como as questões sócio-valorativas vigentes. No entanto, se quisermos ter programas de prevenção que sejam eficazes, é crítico conjugar estes determinantes com outras variáveis, nomeadamente os custos da intervenção, os recursos de que se fazem acompanhar (por exemplo, brochuras, preservativos, etc.) e as competências dos técnicos que geram a intervenção. Os dados da pesquisa têm reforçado a ideia de que a prevenção revela-se tanto mais eficaz quanto mais se desenrolar no seio de uma dada comunidade e quanto mais envolver todos os membros (Kelly et. al, 2000; Ehrmann, 2002).

Mostra-se assim pertinente investir nos programas de educação e prevenção destes jovens. Pensar no estabelecimento de parcerias, de funcionamento em rede, no espaço universitário português, para otimizar o sucesso dos programas de Educação para a Saúde que são aplicados no Ensino Básico e Secundário. Também é necessário disseminar a sexualidade entre os jovens como um valor para a existência humana que pode e deve ser vivida de forma multidimensional, adequada, responsável e saudável. Assim, este estudo poderá ser um instrumento de base para a definição de projetos de prevenção e intervenção promotores de de uma sexualidade saudável nos jovens estudantes do ensino superior portugueses.

Este trabalho marca a necessidade de se intervir na área da prevenção, com programas que revelem eficácia na sua aplicação, de modo a tornar mais objectiva a mudança. Torna-se importante trabalhar junto de técnicos, jovens e população geral, valores e crenças ligados às questões da sexualidade, maternidade, gravidez, aborto e papéis de género, onde se encontram valores enraizados, já descontextualizados da realidade atual. Trabalhar ainda no sentido da sexualidade ser aceite como parte integrante de todo o ciclo vital do sujeito sob diversas formas e as relações sexuais como uma parte da sexualidade, para que sejam vividas como naturais e prazerosas (Serenio, Leal, & Maroco, 2009).

Os dados obtidos empiricamente no estudo, através da medição do modo como os jovens pensam, acreditam, atuam e vivem a sua sexualidade, vêm confirmar que a sexualidade não se resume à heterossexualidade, à procriação, ao namoro. A sexualidade é multidimensional e dinâmica, uma vez que ela está interligada às características sociodemográficas dos indivíduos, às suas crenças, às suas motivações, aos seus comportamentos, às suas atitudes e às suas fantasias, como se conclui do modelo explicativo apresentado. Este estudo fornece assim uma visão social construtivista da sexualidade.

Este trabalho contribui para o avanço no estudo na área da sexualidade em Portugal, que são poucos, facilitando a mudança social, na medida em que torna explícita a necessidade de investigar e disseminar resultados na área da sexualidade. Por fim, permite esclarecer e desconstruir mitos e preconceitos que persistem na mente dos jovens e da população em geral.

Mais do que um ponto de chegada esta investigação pretende ser um ponto de partida para futuros trabalhos neste domínio.



## **7. Bibliografia**



- Abel-Hirsch, N. (2010). *Eros*, Coimbra: Almedina.
- Abramo HW, & Branco PM. (2005). org. Retratos da juventude brasileira: análise de uma pesquisa nacional. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/Instituto Cidadania, 215-41.
- Adams, S.G., Dubbert, P.M., Chupurdia, K.M., Jones, A., Lofland, K.R., Leemarkers, E. (1996). Assessment of sexual beliefs and information in aging couples with sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, (25), 3, 249-260.
- Adjahoto, E. O., Hodonou, K. A., de Souza, A.D., Tété, V. K., Baeta, S. (2000). Information des jeunes en matière de sexualité. *Santé - In10* (3), 195-199. Montrouge, France.
- Adhhiri, R.& Tamang, J. (2009). Premarital sexual behavior among male college students of Kathmandu, Nepal. *BMC Public Health*. 9: 241.
- Alencar, C.M. L. (2000). Masturbação: pecado, hábito ou necessidade. *Revista de Terapia Sexual*. 3 (1): 79-86.
- Alferes, V. R. (1987). Elementos para uma análise psicossocial da sexualidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 21, 289-304.
- Alferes, V. R. (1994). Dos comportamentos sexuais à encenação do sexo. Contributos para uma psicologia sexual da sexualidade. *Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Alferes, V. R. (2002). *Encenações e comportamentos sexuais*, 2ª Ed., Porto: Edições Afrontamento.
- Almeida, A.N., André, I. & Lalanda, P. (2002). Novos padrões e outros cenários em Portugal. In *Análise social*, vol.37 (163), 371-409.
- Almeida, A.N., Vilar, D., André, I. & Lalanda, P. (2004). *Fecundidade e contraceção*, ICS, Lisboa.
- Almeida, L., Soares, A. & Ferreira, J. (2001). Adaptação, rendimento e Desenvolvimento dos estudantes no Ensino Superior: Construção do Questionário de Vivências Académicas. Universidade do Minho.
- Almeida, L., Soares, A. & Ferreira, J. (2000). Transição e adaptação à universidade: Apresentação de um Questionário de Vivências Académicas (QVA). *Psicologia*, Vol. 14 (2). Universidade de Coimbra. 189-208.
- Almeida, M.V. (1996). *Corpo Presente: Treze Reflexões Antropológicas sobre o Corpo* (org.) - Oeiras: Celta.
- Almeida, M.V. (2004) *Outros Destinos. Ensaios de Antropologia e Cidadania* - Porto: Campo das Letras.
- Altmann, H. (2007). Educação sexual e primeira relação sexual: Entre expectativas e prescrições. *Revista Estudos Feministas*. 15 (2), 240, 333-356.

- Alvarez, M.J. (2005). Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco. *O guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Alvim, F. (1979). «Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade», Conferência no I Congresso Português de Psiquiatria da Adolescência. Figueira da Foz, 8-11 de Novembro de 1979.
- Amâncio, L. (2003). O género no discurso das ciências sociais. *Análise Social*, vol.38, (168), 687-714.
- Amaral, M. A. & Fonseca, R. M. G. (2006). Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. *Revista de enfermagem USP*. 40(4); 469-76.
- Amaro, F., Dantas, A., & Cunha, Teles, L. (1995). Sexual behavior in the city of Lisbon. *International Journal of STD & AIDS*, 6, 35-41.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2<sup>nd</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed. revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR- Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, 1<sup>a</sup> Ed., Climepsi Editores, Lisboa.
- American Psychiatric Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author.
- Antão, C.C.M. & Branco, M.A.R.V. (2011). Percepção de Saúde em alunos do ensino superior: atitudes e comportamentos promotores de saúde. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD. *Revista de Psicologia*. Nº1-Vol 3, 479-488.
- Antunes, M. (2007). *Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior*. Coimbra: Formasau.
- Aquino, E., Heilborn, M., Knauth, D., Bozon, M., Almeida M., Araujo, J., et al. (2003). Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad.Saúde Pública*, 19, (Sup.2):S377-S388.
- Arbuckle, J.L. & Wothke, W. (1999). *Amos 4.0 user's guide*. Chicago: SPSS.
- Arbuckle, J.L. (2003). *AMOS (Versão 5.0)*. [Software de computador]. Chicago: SmallWaters Corporation.
- Arehart-Treichel, J. (2002), Mental illness on rise on college campus. *Psychiatry New*, 37 (6), 6-38.

- Ariès, P. (1960). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*. Librairie Plon. Paris.
- Ariès, P.(1981). *História social da criança e da família*. 2. Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Avery, L.; Lazdane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, Ternat, v. 13, n. 1, 58-70.
- Baker, C.D. (1993). A cognitive-behavioural model for the formulation and treatment of sexual dysfunction, in J.M. Ussher e C.D. Baker (eds.), *Psychological perspectives on sexual problems*, Londres, Routledge, 110-128.
- Bandeira, M.,L. (1996). Demografia e Modernidade. Família e Transição Demográfica em Portugal, Lisboa, col. "Análise Social" do ICS. INCM, p.115.
- Bandura, A. (1979). *Modificação do comportamento*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Barandier, M. (1993). *A adolescência e a sexualidade*. Lisboa: Europa América.
- Barber, T. (2001). Implications of computer mediated arousal: SM and the introduction of cyberfetishism. Comunicação apresentada no World Congress of Sexology, Paris.
- Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Barrientos, J. (2010). Sexual initiation for Heterosexual Individuals in Northern Chile. *Sexuality Research and Social Policy*. Vol 7 (1), 37-44
- Bassanezi, C. (1997). *Mulheres dos anos dourados*. São Paulo: contexto, 607-639
- Beausang, C.C.(2000). Personal stories of growing up sexually. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 23, 175-192.
- Beauvoir, S. (1949). *O segundo sexo: fatos e mitos*. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Beck, A.T., & Weishaar, M. (1989). Cognitive Therapy . In: *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Guilford Press, 21-36.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Béjin, A. (1982). Crépuscule des psychanalystes, matins des sexologues. *Communications*, 35, 198-224.
- Bekart, S. (2005). *Adolescents and sex: The handbook for professionals working with young people*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Bem, S.L. (1981). Gender Schema Theory: A Cognitive account of sex typing, *Psychological Review*, 88, 354-364.
- Bluza, L. (2011). "Internet et prévention. Communiquer sur la santé sexuelle en direction des jeunes internautes". *15<sup>o</sup> Journées annuelles de santé publique*. (JASP, 2011) "La santé sexuelles de jeunes québécois: où en sommes nous?". Québec.

- Bodmer, N. (2009). Etude sur les attitudes, les connaissances et les comportements des jeunes face à la sexualité. *Rapport de la Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse*.(CFEJ). Suisse.
- Boldero, J., Moore, S. & Rosenthal, D. (1992). Intention, contexto, and safe sex: Australian adolescents' responses to AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1374-1396.
- Borges, ALV, Schor N. (2007). Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. *Cad Saúde Pública*; 23 (Supl 1), 225-234.
- Boyer, C.B., & Kegles, S.M. (1991). AIDS risk and prevention among adolescents. *Social Science and Medicine*, 33, 11-23.
- Bozon M. (2004). *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV.
- Bozon M, Giami A. (1999). Les scripts sexuels ou la mise em forme du désir : présentation de l'article de John Gagnon. *Actes de la Recherche em Sciences Sociales*.
- Bozon, M. & Kontula, O. (1998). Sexual initiation and gender in Europe : A cross-cultural analysis of trends in the twentieth century. In M. Hubert, N. Bajos & T. Sandford (Eds.), *Sexual behavior and HIV/AIDS in Europe :Comparisons of national surveys*, 37-67. London : UCL Press.
- Bozon, M. & Leridon, H. (1995). "Les constructions sociales de la sexualité". In: Bozon, M. & Leridon, H. (coord.) *Sexualité et sciences sociales*. Population, n° 5, setembro/outubro, 1173-1195. Paris, INED: PUF.
- Bourdieu, P.(1980). *Questions de Sociologie*. Editions de Minuit. Paris. p.145.
- Boratav, H.B., Çavdar, B.D.(2012). Sexual Stereotypes and Practices of University Students in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*. Volume 41, Number 1, 271-281.
- Borges, A.L.V., Nichiata, I.Y.L.& Schor, N. (2006). Conversando sobre sexo: A rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. 14 (3), 422-427.
- Borges ALV, Schor N. Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. *Cad Saude Publica* 2007; 23(1):225-234.
- Braconnier, A.,& Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência* (1ª Ed.). Lisboa. Climepsi.
- Brandão, E.R. (2009). Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero sexualidade e saúde *Ciênc. saúde coletiva*. vol.14 no.4 Rio de Janeiro.
- Brandão ER, Heilborn ML. (2006). Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*; 22(7):1421-1430.
- Brasil, L., Mitsui, R., Pereira, A.B.,& Alves, R. (2000). *Mudanças no comportamento sexual do adolescente decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social*. Análise psicológica, XVIII (4), 465-483.
- Brook, D., Morojele, N., Zhang, C. & Brook, J.(2006).South African Adolescents: Pathways to Risky Sexual Behavior. *AIDS Education and Prevention*. 18 (3), 259-272.
- Brown, B.B., Feiring, C., & Furman,W. (1999). Missing the love boat: Why researchers have shied away from adolescent romance. In Furman, W., Brown, B.B.,& Feiring, C.

- (Eds.), *The development of romantic relationships in adolescence*. 1-16. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Brehm, S. (1992). *Intimate relationships*. New York: Mc Graw-Hill.
- Brêtas, S.R.J , Ohara' C.V.S., Jardim' D.P; Aguiar Junior' A. & Oliveira,J.R.(2011). Aspectos da sexualidade na adolescência. *Ciência e saúde colectiva* 16 (7), 3.221 - 3.228.
- Bullough, V. (1994). *Science in the bedroom: A history of sex research*. New York: Basic Books.
- Bullough, V. & Brundage, J. (1994). *Sexual Practices & the Medieval Church*. Prometheus books.
- Byrne, B.M. (2001). *Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah: Erlbaum.
- Cabral, M.V. & Pais, J.M. (1998). *Jovens portugueses de hoje*. Oeiras. Celta Editora.
- Cannavarro, M. (1999). *Relações afectivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto.
- Calazans, G. (2000). Cultura adolescente e saúde: perspectivas para investigação. In: Oliveira, M.C., organizadora, *Cultura, adolescência, saúde*. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde reprodutiva e sexualidade na América latina/CEDE/COLMEX/NEPO/UNICAMP. 47-97.
- Calazans, G. (2005). Os jovens falam sobre sua sexualidade e saúde reprodutiva: elementos para reflexão. In: *Retratos da Juventude Brasileira. Análise de uma pesquisa nacional*.
- Castro GC, Abramovay M, Silva LB. (2004). *Juventudes e Sexualidade*. Brasília: UNESCO Brasil.
- Carlini-Cotrim,B., Gazal-Carvalho, C. & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo\*, *Rev Saúde Pública*;34(6):636-45.
- Catania, J.A., Gibson, D.R., Chitwood, D.D., & Coates, T.J. (1990). Methodological problems in AIDS behavioral research: Influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 108, 339-362.
- Chantraine, P. (1990). *Dictionnaire etymologique de la langue grecque. Histoire des mots*. Paris, Klincksieck. Tomo 1, p.363.
- Chatard, A.,Guimond, S. & Selimbegovic, L. (2007). How good are you in math? The effects of gender stereotypes on students recollection of their school marks. *Journal of Experimental Social Psychology*. 43, 1017-1024.
- Chauí, M.(1984). Participando do debate sobre mulher e violência. In: *Perspectivas Antropológicas da Mulher* 4, pp. 23-62, Rio de Janeiro: Zahar.
- Chesterton, G.K. *Saint Thomas d'Aquin*, versão francesa de Maximilien Vox, Librairie Plon, Paris.
- Clarke, V. (2001). What about the children? Arguments against lesbian and gay parenting. *Women's Studies International Forum*, 24 (5), 555-570.

- Cline, R., Johnson, S. & Freeman, K. (1992). Talk among sexual partners about AIDS: Interpersonal communication for risk reduction or risk enhancement? *Health communication*, 4, 39-56.
- Coelho, A.M.P. (2000). Sexualidade no adulto. In: Sexualidade. Barbosa, A. & Gomes-Pedro, J. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Coleman, E. (1998). Problemas éticos do novo milénio. III Congresso Nacional de Sexologia, Lisboa.
- Coleman, J., & Husen, T. (1990). Tornar-se adulto numa sociedade em mutação. Porto: Afrontamento.
- Colman, L.L. & Colman, A.D. (1994). Gravidez: A experiência psicológica. Lisboa: Edições Colibri.
- Cooper, A. (2000). Cybersex. The dark side of the force. A special issue of the journal *Sexual Addiction & Compulsivity*. Rutledge. New York.
- Cooper, M. L. (2002) Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol*, 14 (2002), 101-117.
- Cordeiro, J. C. D. (1988). Os adolescentes por dentro. Lisboa: Edições Salamandra.
- Costa, M. (1986). *Sexualidade na adolescência: dilemas e crescimento*. 8. ed. São Paulo: L & PM Editores.
- Costa, M.E. (2005). À procura da intimidade. Edições Asa.
- Costa, J.F. (1995). A construção cultural da diferença dos sexos. In: Sexualidade, género e sociedade. 2 (3), 4-8.
- Crawford, M.; Popp, D. (2003). Sexual double standards: a review and methodological critique of two decades of research. *The Journal of Sex Research*, Allentown, v. 40, n. 1, 13-36.
- Custódio, S., & Domingues, C. (2010). Auto-conceito/auto-estima e vinculação nas relações de namoro em estudantes do ensino secundário. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (1615-1628). Braga: Universidade do Minho.
- Dantas, B.S.A. (2010). Sexualidade, cristianismo e poder. Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ, RJ, Ano 10, N.3, 700-728.
- Daston, L. (2000). Eine Kurze Geschichte der wissenschaftlichen Aufmerksamkeit. München: Carl Friedrich von Siemens Stiftung.
- DeLamater, J. (1987). A sociological approach. In J. H. Geer & W.T. O'Donohue (Eds.), *Theories of human sexuality* (237-255). New York: Plenum Press.
- De Vellis, R.F. (1991). Scale development: Theory and applications. Newbury Park, CA: Sage.
- Désert, M. & Leyens, J.P. (2006). "Social comparison across cultures: Gender stereotypes in high and low power distance cultures". In S. Guimond (Ed.). *Social comparison and social psychology: Understanding cognition, intergroup relations and culture*. Cambridge: Cambridge University Press.
- De Vellis, R.F. (1991). Scale Development: Theory and applications. Newbury Park, CA: Sage.

- Dias, C.A. (1993). A psicanálise e a coisa sexual - de Baco a Platão. *Revista portuguesa de psicanálise*. Vol 6, nº2, 15-25.
- Dias, S.M.F. (2009). Comportamentos sexuais nos adolescentes: Promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Dias, S., Matos, M., & Gonçalves, A. (2005). Preventing HIV transmission in adolescents: na analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 15, 300-304.
- Domingues, C. (1997). Identidade e sexualidade no discurso adolescente [Dissertação]. São Paulo. Faculdade de saúde pública da USP.
- Engels, F. (1982). *A origem da família, da propriedade privada e do estado*. Tradução Leandro Konder. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Ellis, H. (1958). *Sexo sem culpa*. Hillman. New York.
- Ellis, H. (1966). *L'inversion sexuelle / Havelock Ellis ; éd. critique établie sous la dir. du prof. Hesnard, trad. par A. Van Gennep*. - Paris : Cercle du Livre précieux, 1966. 294-536. - (Études de Psychologie sexuelle).
- Ellis, H., Hesnard, A.L.M., Gennep, A. (1966). *Études de psychologie sexuelle*. Paris. Le livre précieux.
- Epou, A.S., Guembi, E.N., Anza, M.C., Gbale, R.N., e Ali, M.N. (2004). Comportement sexuel des étudiants de l'université de Bangui (Centrafrique). *Médecine Tropicale*. 64, 2, 163.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1987). *Infância e Sociedade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Erikson, E. H. & Erikson, J. (1998). *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Eysenck, H., Wilson, G. (1986). *Manual de Psicologia Humana*. Coimbra: Almedina.
- Farré, J., & Lasheras, M. (2002). Disfunción eréctil psicógena y mixta: estudio de seguimiento terapéutico. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 30, 38-45.
- Fife\_Schaw, C.R., & Breakwell, G.M. (1992). Estimating sexual behavior parameters in the light os AIDS: A review of recent UK studies of young people. *Aids Care*, 4, 187-201.
- Figueiredo, L.M. & Bandeira, M.L. (2000). Sexualidade: Aspectos do quotidiano da sala de aula. Cuiabá: Cadernos de educação, Vol. 4, nº 2, 103-105.
- Fisher, W. A. (1997). A theory-based framework for intervention and evaluation in STD/HIV prevention. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. East York: 6 (2), 105.
- Fleming, M. (1993). O encontro amoroso, ou a regra de não ter regras. *Revista portuguesa de psicanálise*. Vol 6, nº2, 91-99.
- Fleming, M. (2004). *Adolescência e autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Biblioteca das Ciências do Homem. Edições Afrontamento. Porto
- Fonseca, L., Soares, C., Machado Vaz, J. (coord.), (2003). *A Sexologia: Perspectiva multidisciplinar I*. Coimbra, Quarteto Editora.

- Fortin, M. (2000). O processo de investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité: Vol. 1. La volonté de savoir*. Paris Gallimard.
- Foucault, M. (1984). *Histoire de la sexualité: Vol. 2. L'usage des plaisirs*. Paris, Gallimard.
- Foucault, M. (1984). *Histoire de la sexualité: Vol. 3. Le souci de soi*, Paris, Gallimard.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. 7ª Ed. Rio de Janeiro. Graal (Biblioteca de filosofia e história das ciências7).
- Flament, C. (1994). Aspects périphériques des représentations sociales. Em C. Guimelli (Org.). *Structures et transformations des représentations sociales* ( 85-118). Lousanne: Delachaux et Nieltlé.
- Freeman, S. (1993). Speaking of gender identity: Theoretical approaches. *Information Analysis*, 70, 1-22.
- Freud, S. (1962). Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris : Gallimard [ori. Alemão: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, 1905].
- Freud, S. (1967). Abrégé de psychanalyse. Paris: PUF [orig. alemão Abriss der Psychoanalyse, 1938]
- Freud, S. (1990). Pulsions et destins des pulsions. In *Métapsychologie* (11-44). Paris : Gallimard [orig. alemão Triebe und triebsschicksale, 1915].
- Freud, S. (1973). Obras completas. Madrid. Ed.Nueva Madrid.
- Fromm, E. (1965). *The Art of Loving*, Harper &Row Publishers. (Trad. fr. : *L'art d'aimer*, Paris, Desclée de Brouwer, 1995). 18 *Idem*, trad. fr. p. 25.
- Fulton, J., Marcus, D., David, e Payne, K. (2010). Psychopathic personality traits and risky sexual behavior in college students. *Personality and individual differences*, Vol. 49 (1), 29-33.
- Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*. Chicago: Aldine.
- Gagnon, J. H., & Simon, W. (1987). The sexual scripting of oral genital contacts. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 1-25.
- Gagnon J. H. (2006). Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond.
- Gammer, C., & Cabié, M. (1999). *Adolescência e crise familiar* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Garton, S. (2009). *História da Sexualidade da Antiguidade à Revolução Sexual*. Editorial Estampa, Lda. Lisboa.
- Garcia-Marques, L.; Garcia-Marques, T. (2003). O legado de Harold H. Kelley: O estudo da interdependência e atribuição de causas. *Análise Psicológica*, 3 (XXI): 259-266.
- Gauderer, C. (1994.) *A vida sem receitas*. 2ª ed. Objectiva, Rio de Janeiro.
- Geddes, P. & Thomson, J. A. (1914). *Sex*. Home Universal Library. Londres, p.148.
- Gentry, M.; College, H. (1998). The sexual double standard: the influence of number of relationship and level of sexual activity on judgements of women and men. *Psychology of Women Quarterly*, Akron, n. 22, 505-511.

- Gid, A., (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5ª Edição). Editora Atlas S. A. São Paulo.
- Giddens, A. (1996). *Transformações da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Oeiras: Celta Editora.
- Gleitman, A. (2002). *Psicologia* (5ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Golomboc, S. & Tasker, F. (1996). Do parents influence the sexual orientation of their children? *Developmental Psychology*, 32 (1), 3-11.
- Gomes, F. A. (2006). *Paixão, amor e sexo*. Ed. Dom Quixote, Lisboa.
- Gomes, F., Albuquerque, A., & Nunes, J. (1987). *Sexologia em Portugal*. Lisboa: Texto Editora.
- Gonzalez, B. & Pais Ribeiro, J. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitários. *Psicologia, saúde & doenças*. 5 (1),.107-127.
- Green, A. (2000). *As cadeias de Eros*, Climepsi Editores, Lisboa.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1998). *Identidade e mudança*. Lisboa: Climepsi
- GATES (2007). *Educação para a saúde - Relatório final*, acedido em 20 de setembro de 2010
- Gubert, D., Madureira, V.S.F. (2009). Iniciação sexual de homens adolescentes *Ciencia & Saude Coletiva*, July, 2009, p.1119(10).
- Hebert, M. (1991). *Convivendo com adolescentes*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (1987). Multidimensionality of sexual attitudes. *The Journal of Sex research*, 23 /4), 502-506.
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (1992). *Romantic love*. London: Sage.
- Hill, M., Hill, A. (2000). *Investigação por questionário* (1ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Hite, S. (1976). *The Hite Report*, Nova Iorque, Macmillan.
- Hite, S. (1981). *The Hite Report on Male Sexuality*, Nova Iorque, A.A. Knopf.
- Hite, S. (1987). *The Hite Report on Women and Love*, Londres, Penguin.
- Jagose, A. (1996). *Queer Theory. An Introduction*, Nova Iorque: New York University Press.
- Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S & Thomson, R (1990). Sex gender and power: Young women's sexuality in the shadow of AIDS. *Sociology of Health and Illness*. 12, 336-350.
- Hoyle, R.H. (1995). *Structural Equation Modeling*. SAGE Publications, Inc. Thousand Oaks, CA. This book provides a very readable, broken-down introduction to SEM. It discusses SEM in relation to AMOS software.
- Hu, L.T. & Bentler, P.M. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues and implications*. Thousand Oakes: Sage.
- Kadison, R., & Di Geronimo, T.F. (2004). *College of the the overwhelm: The campus mental health crisis and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kaestle, C. & Allen, K. (2011) The Role of Masturbation in Healthy Sexual Development: Perceptions of Young Adults *Archives of Sexual Behavior*. Vol.40(5),.983-994.

- Kaly, P.W., Heesacker, M., Frost, H.M. (2002). Collegiate alcohol use and high-risk sexual behavior: a literature review. *Journal of College Student Development*, 43 (2002), 838-850
- Kaplan, H. & Sadock, B (1999). Tratado de psiquiatria, 6ª ed.,Vol.,II. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kelley, H. H. (1983). Perceived causal structures. In J. Jaspars, F. D. Fincham, & M. Hewstone (Eds.), *Attribution theory and research: Conceptual, developmental and social dimensions* ( 343-369). London: Academic Press.
- Kelley, H. H. (1979). *Personal relationships: Their structure and process*. Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Kelley, H. H., Holmes, J. G., Kerr, Reis, H. T., Rusbult, C. E., & Van Lange, P. A. M. (2003). *An atlas of interpersonal situations*. New York: Cambridge University Press.
- Kelloway,E.K. (1998). Using LISREL for structural equation modeling. Thousand Oakes: Sage.
- Kelly, J. F., Sogolow, E. D. & Neumann, M. S. (2000). Future directions and emerging issues in technology transfer between HIV prevention researchers and community-based service providers. *AIDS Education and Prevention*. 12, 126 - 138.
- Keniston, K. (1971). *Youth and dissent: The rise of a new opposition*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Kimmel, D. C., & Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E.(1948). Sexual behavior in the human male. Philadelphia: Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., & Gebhard, P.H.(1953). Sexual behavior in the human female. Philadelphia: Saunders.
- Kitzrow, M.A. (2003). The mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. *NASPA Journal* , 41 (1), 167-181.
- Klein, F. (1993). *The bisexual option*. New York: Haworth Press.
- Kohlberg, L. (1969).Stage and sequence: The cognitive development of sex differences. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Kohlberg, L. (1970). Moral stages as a basis for moral education. Em E. Sullivan & J. Rest (Eds.) *Moral Education*. University of Toronto, Canadá.
- Kohlberg, L. (1971). From is to ought: how to commit the naturalistic fallacy and get away it in the study of moral development. Em T.S. Mischel (Ed.). *Cognitive Development and Epistemology*. New York: Academic Press.
- Kohlberg, L. (1981). *Essays on Moral Development* (Vol. 1). San Francisco, Harper and Row
- Kohlberg, L. (1981). The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages. San Francisco: Harper & Row.

- Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman M. & Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: a cross-national study in six European countries. *Drug Alcohol Depend.* 5; 86 (1): 67-74.
- Knobel, M. (1992). *Orientação familiar*. São Paulo: Papirus.
- Krafft-Ebing, R. (1886). *Psychopathia sexualis*. Trad. francesa de E. Laurent E. e S. Csapo S. Paris: Georges Carré Editeur.
- Labrie, J., Earleywine, M, Schiffman, J., Pederson, E. & Marriot, C. (2005). Effects of Alcohol, Expectancies, and Partner Type on Condom use in College Males: Event-Level Analyses. *The Journal of Sex Research.* 42 (3), 259-266.
- Lancaster, R. & di Leonardo, M. (1997). *The gender/sexuality reader: culture, history, political economy*. New York and London. Routledge.
- Laplanche, J. (1988). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes (p 707).
- Laplanche, J. (2006). *Problemáticas VI : A posterioridade (L'après-coup)*, Paris, PUF.
- Laplanche, J. (2006). *VII Problemáticas: O descaminho biológico da sexualidade na obra de Freud, seguido de Biologismo e biologia*, Paris, PUF.
- Laplanche, J. (2006). *Sexual. A sexualidade no sentido freudiano [Sexual La sexualité élargie au sens freudien 2000-2006]*, Paris, PUF.
- Leal, I. (2000). Gravidez e maternidade na adolescência. *Sexualidade e Planejamento Familiar*, 27/28, 23-26.
- Leal, I. (2004). Parentalidades. Questões de gênero e orientação sexual. In A.F.Cascais (ed.), *Indisciplinar a teoria: Estudos gays, lésbicos e queer* (pp. 215-243). Lisboa: Fenda.
- Leigh, B.C. (1999). Peril, chance, adventure: concepts of risk, alcohol use and risky behavior in young adults *Addiction*, 94 (1999), 371-383.
- Lenoir, R. (2003). *Généalogie de la morale familiale*. Paris: Seuil.
- Lescano, E.L. (2002). *Adolescência e anticoncepção: estudos de adolescentes atendidas na maternidade Hospital de apoio Sullana (HAS), Peru [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de saúde pública da USP.
- Lewisky, D.L. (1995). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lindsey, J., Smith, A & Rosenthal, D. (1997). *Secondary Students, HIV/AIDS and Sexual Health*. Centre for the Study of Sexually Transmissible Diseases. Carlton, Australia: Faculty of Health Sciences. La Trobe University.
- Loehlin, J. C. (1998). *Latent variable models: An introduction to factor, path and structural analysis*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Loewenstein, G. & Furstenberg, F. (1991). "Is teenager sexual behaviour rational?" *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 12, (957-986).
- Lomba, L., Apostolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva M. & Mendes (2008). Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Revista Toxicodependências*. Vol. 14, Nº1, pp31-41. Edição IDT.
- Lopes, G.; Maia, M. (1993). Desinformação sexual entre gestantes adolescentes de baixa renda. *Revista de Sexologia*, Vol. 2, n. 1, p. 30-33, jan./julho.

- Loyola, M.A. (2003). Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro. Jul-ago. 19(4): 875-899.
- Lloyd, B. (1994). *Différences entre sexes*. Em S. Moscovici (Org.). *Psychologie sociale des relations à autrui* (280-296). Paris: Nathan.
- Lhomond B. (1997). « Le sens de la mesure. Le nombre d'homosexuel/les dans les enquêtes sur les comportements sexuels et le statut de groupe minoritaire », *Sociologie et Sociétés*, vol. XXIX, n° 1, printemps, 65-73.
- Lucas, J.,S. (1993). A sexualidade desprevenida dos portugueses. Mc Graw -Hill. Lisboa.
- Machado Pais, J. (Coord. Cient.). (1998) *Gerações e Valores na Sociedade Portuguesa Contemporânea*, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa e Secretaria de Estado da Juventude.
- Madu, S.N. & Malta, M.Q.(2003). Illicit Drug use, cigarette smoking and alcohol drinking behavior among a sample of high school adolescents in the Pietersburg area of the NorthernProvince, South Africa. *J. Adolescent*. 26 (19), 121-136.
- Malinovsky, B. (1983). A vida sexual dos selvagens. Rio de Janeiro, Francisco Alves (1ª ed. 1929).
- Maner-Idrissi, G. (1997). L'identité sexuée. Paris, Dunod.
- Manlove, J., Ryan, S. & Franzetta, K. (2003). Patterns of contraceptive use within teenagers' first sexual relationships. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(6), 246-255.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- Marcia, J. E. (1967). Ego identity status: relationship to change in self-esteem, "general maladjustment", and authoritarianism. *Journal of Personality*, 35, 118-133.
- Marcia, J. E., & Friedman, M. L. (1970). Ego identity status in college women. *Journal of Personality*, 38, 249-263.
- Marcus, S. (1966). *The Other Victorians: A Study of Sexuality and Pornography in Mid-Nineteenth Century England*. Basic Books. New York.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, C.L. & Halverson, C.F. (1981). A Schematic processing model for sex-typing and stereotyping in children. *Child Development*, 52, 1119-1132.
- Martin, A. F. & Sanchez,F. L. (1997). *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. Amarú Ediciones, Salamanca.
- Martinez, T.P. & Pascual, C.P. (1998). *Compreender a sexualidade: para uma orientação integral*. São Paulo: Paulinas - *Colecção: Adolescência e Juventude*.
- Martinho, J. (2001). «A Psicanálise no Mundo e em Portugal». In *Freud & Co*, Coimbra: Almedina.
- Masters, W., Johnson, V. (1966). *Human Sexual Response*, Boston, M.A., Little, Brown.

- Masters, W., Johnson, V. & Kolodny, R. (1995). Human sexuality. Fifth edition. Longman.
- Matias, D. (2007). Psicologia e orientação sexual: Realidades em transformação. *Análise Psicológica*. 1 (XXV): 149-152.
- Maticka-Tyndale, E. (1997). Reducing the evidence of sexually transmitted disease through behavioral and social change. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 6, 89-104.
- Matos, A.Coimbra. (2004). Vinculação e Ligação na Prática Clínica. In *Saúde Mental*, 27-37, Climepsi Editores.
- Matos, A.Coimbra. (2011). Adolescência. Climepsi Editores.
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Edições. FMH.
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2010). *A Saúde dos adolescentes portugueses Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Edições. FMH.
- Matos, M., Reis, M., Ramiro, L. & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior (Relatório do estudo - dados nacionais 2010)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Reis, M., Ramiro, L., Borile, M., Berner, E., Vasquez, S., Gonzalez, E., Messias, J., Eisenstein, E., Pons, J.E., Tuzzo, R., Livia, Salazar, G., Vilar, D. & Equipa Aventura Social (2009). Educação sexual em Portugal e em vários países da América Latina. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol.10, n 1.
- Matthiesen, S. & Schmidt, G. (2009). Sexuality and romantic relationships among adolescent women. Qualitative interviews with 60 teenagers with unwanted pregnancies. *Zeitschrift fur sexualforschung*. Vol 22 (2) p 97
- Mead, M. (1928). Coming of age in Samoa. A sociological study of primitive society of western civilization. Nova York, William Morrow.
- Mead, M. (1949). *O Homem e a Mulher*, Lisboa: Meridiano.
- Mead, M. (1963). *Moeurs et Sexualité en Océanie*, Paris: Plon.
- Mead, G. (1992). *Mind, Self, and Society*. Chicago: University. (Original work published 1934).
- Melo, A.R. (2012). Competência emocional e dimensões sociais das vivências académicas em estudantes do curso de sociologia. Tese de Mestrado. UBI. Covilhã.
- Mewhinney, D., Herold, E. & Maticka-Tyndale, L. (1995). Sexual scripts and risk-talking of Canadian University students on spring break in Daytona beach, Florida. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 4, 273-288.
- Milhausen, R., Herold, S. (1999) Does the sexual double standard still exist?: perceptions of university women. *Journal of Sex Research*, Allentown, v. 36, n. 4, 361-368.
- Moniz, E. (1902). *A Vida Sexual (Fisiologia e Patologia)*. Lisboa: Ática, 1ª ed.
- Moniz, E. (1921). «O Conflito Sexual». Lisboa: Portugal Médico, 3ª série, nº9, 395-401.
- Mottier, V. (2010). *Sexualidade. Uma breve introdução*. Texto editores. Lisboa.
- Monteiro, S. (2009). Qual prevenção? Aids, gênero e sexualidade em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Monteiro, M.J. & Raposo, J.V. (2005). Compreender o comportamento sexual para melhor (re)agir. 6ª HIV-AIDS Virtual Congress. Disponível em:  
[http://www.aidscongress.net/article.php?id\\_comunicacao=271](http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=271), Acedido:02/05/2012.
- Naia, A., Simões, C. & Matos, M. (2007). Consumo de substâncias na adolescência. *Toxicodependências*. 13(3):23-30.
- Nascimento, E.F., Gomes, R. (2009). Iniciação sexual masculina: conversas íntimas para fóruns privados. *Ciência & Saúde Colectiva*, Vol. 14, nº4, 1101-1110. Rio de Janeiro.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Nunes, J.S. (2003). As coordenadas gerais da sexologia. In *A Sexologia - perspectiva multidisciplinar - coord. Fonseca, L., Soares C., Vaz, M.V.*. Col. Saúde e Sociedade-Coimbra. Quarteto.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, D.C., Gomes, T., Marcos, A., Pontes, M., Paula, A., Salgado, P & Phillipi, L. (2009). Atitudes, sentimentos e imagens na representação social entre adolescentes. *Esc. Anna Nery*, 13 (4), 817-823.
- Olkkonen R. & Saastamoinen, K. (2000). *SPSS Basic Guide for Market Researchers*. Turku: School of Economics and Business Administration.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (1975). *El embarazo y el aborto em la adolescencia*. Ginebra.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2001). Declaração sobre os Jovens e o Álcool. Conferência Ministerial Europeia sobre os Jovens e o Álcool, Estocolmo.
- Osório, L.C. (1992) *Adolescente hoje*. 2ª ed. Artes Médicas, Porto Alegre.
- Oswalt, S.B., Cameron, K.A., Koob, J.J. (2005). Sexual regret in College Students. *Archives of Sexual Behavior*. Vol. 34, Number 6, 663-669.
- Pacheco, J. (2003). Antropologia e sexualidade. In: *A sexologia-perpectiva multidisciplinar II*. Coord. Fonseca, L.; Soares, C.; Vaz, J. Coimbra. Quarteto Editora.
- Pais Ribeiro, J.L. (1998). Vida amorosa e sexual In J. M. Pais e tal. (Eds.), *Gerações e valores na sociedade portuguesa contemporânea* (407-465). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Pais Ribeiro, J.L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*, 1ª Ed., Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais Ribeiro, J.L. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. Porto: Legis editora.
- Paiva V., Calazans, G., Venturi, G., Dias, R. (2008). Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros *Revista Saúde Pública*, Vol. 42, supl. 1, 45-53. São Paulo.

- Palha, A.P. (2003). Avaliação psicológica das disfunções sexuais. In *A Sexologia - perspectiva multidisciplinar* - coord. Fonseca, L., Soares C., Vaz, M.V.. Col. Saúde e Sociedade-Coimbra. Quarteto.
- Pantoja, A.L.N. (2003). Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém da Pará, Brasil. *Cad Saude Publica*; 19(Supl. 2):335-343.
- Papalia, D.E. Olds, S.W. & Feldman, R.D. (2006). O mundo da criança. Lisboa: Mc Graw Hill.
- Parker, R. & Gagnon, J. (1995). *Conceptuing sexuality: approaches to se research in a post modern world*. New York and London. Routledge.
- Parker, R. & Easton, D. (1998). Sexuality, culture and political economy: recent developments in anthropological and cross-cultural sex research. *Annual review of sex research*. Vol. 9.
- Patrick, M.E., Maggs, J.L.,Abar, C.C (2007). Reasons to have sex, personal goals, and sexual behavior during the transition to college. *Journal of Sex Research*, 44 , 240-249.
- Patrick, M.E.,& Maggs, J.L. (2009). Does drinking lead to sex? Daily alcohol-sex behaviors and expectancies among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23 (2009), 472-481.
- Pereira, H., Leal, I. & Maroco, J (2009). *Psicologia da identidade sexual*. Universidade da Beira Interior. Covilhã.
- Pereira, M.E.C. (2009). Krafft-Ebing, a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo.Revista latino-americana de psicopatologia fundamental. vol.12 no.2 . São Paulo.
- Perrin, E.C. & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2002). Technical repport: Coparent or second-parent adoption by same-sex parents. *Pediatrics*, 109 (2), 341-344.
- Piaget, J. (1990). *Seis estudos de psicologia*. Lisboa. Publicações D. Quixote.
- Pinheiro, A. (2011). A realidade do consumo de drogas nas populações escolares. *Revista portuguesa de clínica geral*. 348-355.
- Piscalho, I., Serafim, L. & Leal, L. (2000).Representações sociais da educação sexual em adolescentes. Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, organizado por J. Ribeiro, I. Leal e M.Dias. Lisboa, ISPA.
- Precioso, J. (2004).Educação para a saúde na Universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*. Vol.3, Nº2.
- Ramos, R.D., Eira, C., Martins, A., Machado, A., Bordalo M. & Polónia, Z. (2008). Atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens em Matosinhos. *Arquivos de medicina*.22 (1): 3-15.
- Ramos, V., Carvalho, C., & Leal, L. (2005). Atitudes e comportamentos sexuais de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. *Análise psicológica*, 2 (23), 173-185.
- Rappaport, C. (1995). *Encarando a adolescência*. São Paulo: Ática.

- Rebello, L. E F., Gomes, R. (2009). Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. *Ciência saúde colectiva* Vol.14, nº 2. Rio de Janeiro.
- Reich, W. (1971). L´analyse caractérielle. Paris: Payot [orig. alemão: Charakteranalyse, 1933].
- Reich, W. (1977). Psicopatologia e sociologia da vida sexual (2 vols.). Lisboa: Escorpião [orig. alemão: Die Funktion des Orgasmus: Zur Psychopatologie und zur Sociologie des Geschlechtslebens, 1927].
- Reis, M. & Matos, M. (2007). Contraceção: Conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Psicologia, saúde & doenças*, 8 (2), 209-220.
- Reis, M. & Matos, M. (2008). Contraceção em jovens universitários portugueses. *Análise psicológica*, 26 (1), 71-79.
- RESARES (2002). A situação dos serviços de aconselhamento psicológico no ensino superior em Portugal (Vol. 1 e 2). Lisboa. RESARES.
- Rest, J. (1986). Moral development: Advances in research and theory, New York, Praeger.
- Ribeiro V.L.P.& Martins, A.S. (2007).Relações amorosas. Uma revisão da literatura sobre as relações amorosas desde a década de 50 até à actualidade.Psicologia.com.pt. O portal dos psicólogos.
- Ribeiro, M. I. B. & Fernandes, A.J.G. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde & Doença*, Vol. 10, no.1, 99-113. Lisboa.
- Richard, R. & Van der Pligt, J (1991). Factors affecting condom use among adolescents. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 105-116.
- Rieth F. (2002). A Iniciação Sexual na Juventude de Mulheres e Homens. *Horizontes Antropológicos*; 17(Supl 8):77-91.
- Rocha, A., Marques, A., Figueiredo, C., Almeida, C., Batista, I. & Almeida, J. (2011).Evolução da Saúde Escolar em Portugal: Revisão Legislativa no Âmbito da Educação. *Millenium*, 41 (julho/dezembro). 69-87.
- Rocha, C.,Horta, B., Pinheiro, R., Cruzeiro, A. & Cruz, S. (2007). Use of contraceptive methods by sexually active teenagers in Pelotas. Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (12), 2862-2868.
- Rocha-Coutinho, M.L. (2000).Dos contos de fadas aos super-heróis: Mulheres e homens reconfiguram identidades. *Psicologia Clínica*. 12 (2), 65-82.
- Rocke, M. (1996). Forbidden friendships, Homosexuality and Male Culture in Renaissance Florence. Oxford University Press.
- Romero, K.T., Medeiros, E.G.R.; Vitalle, M.S. & Wehba, J. (2007). O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Ver. Assoc. Med. Bras.* 53 (1), 14-19.
- Rougemont, D. (1996). Les mythes de l´amour. Paris. Albin Michel.

- Ryan, S., Franzetta, K., Manlove, J. & Holcombe, E. (2007). Adolescents' discussions about contraception or STDs with partners before first sex. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39 (3), 149-157.
- Saavedra, L., Nogueira C., Magalhães, S. (2010). Discursos de jovens adolescentes portugueses sobre sexualidade e amor: implicações para a educação sexual. *Educ. Soc.* vol.31, no.110 Campinas.
- Saito, I.M.; Leal, M.M. (2000). Educação sexual na escola. *Revista Paul.Pediatrics* 22 (1), 44-48.
- Salmon, Y. ; Zdanowicz, N. (2007). Net, sex and rock'n'roll ! Les potentialités d'un outil comme Internet et son influence sur la sexualité des adolescents *Sexologies*, 2007, Vol.16(1), 43-52.
- Saluja, B.S., Grover, S., Irpati, A.S., Mattoo, S.K. & Basu, D. (2007). Drug dependence in adolescents 1978-2003: a clinical-based observation from North India. *Indian Journal of Pediatric*. 74 (5), 455-458.
- Sampaio, D. (1991). Ninguém morre sozinho. 2ª ed. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santo Agostinho. (1994). La cité de Dieu. Vol.2. Éditions du Seuil.
- Sánchez, F.L. (2002) Sexo e afecto en personas con discapacidad. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Savin-Williams, R.C. (1990). Gay and lesbian youth: expressions of identity. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Schmitt, D.P. (2005). Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48.nation study of sex, culture and strategies of human mating. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 247-311.
- Schumacker, R.E. & Lomax, R.G. (1996). A beginner's guide to structural equations modeling. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Sereno, S., Leal, I. & Maroco, J. (2009). Construção e validade de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto. *Psicologia, Saúde & Doenças*. V. 10, n.2
- Silva, M.M. (2011). Marcianos e Venusianas. Lisboa. Lidel, edições técnicas.
- Senf, J.H., Price, C.Q. (1994). Young adults, alcohol and condom use: what is the connection? *Journal of Adolescent Health*. Vol. 15, Issue 3, 238-244.
- Sequeira, F. (1993). A sexualidade na cínica psicanalítica. *Revista portuguesa de psicanálise*. Vol 6, nº2, 79-91.
- Shandra, C.L. & Chowdhury, A.R. (2012). The first sexual experience among adolescent girls with and without disabilities. *Youth Adolescence* 41: 515-532.
- Sharkin, B.S. (2006). College students in distress. A resource guide for faculty, staff and campus community. New York: The Haworth Press.
- Sherr, L. (1987). An evaluation of the UK government health education campaign on AIDS. *Psychology and Health*, 1, 61-72.
- Shoveller J.A, Johnson J.L. (2006) Risky groups, risky behaviour, and risky persons: dominating discourses on youth sexual health. *Critical Public Health*. 16(1):47-60.

- Showalter, E. (1991). *Sexual anarchy: Gender and culture at the Fin de siècle*, Bloomsbury, London.
- Showalter, E. (1993). *Anarquia sexual. Sexo e cultura no "fin de siècle"*. Rio de Janeiro: Editora Rocco.
- Siegel, D., Klein, D., & Roghmann, K. (1999). Sexual behavior, contraception, and risk among college students. *Journal of Adolescent Health, 25*, 336-343.
- Singly, François de (1981), "Le mariage informel: sur la cohabitation", *Recherches Sociologiques*, XII (1), 61-90.
- Sokal, L. (2002). Temporal Issues in Gender Schema Inventories. *Canadian Journal of Infancy & Early Childhood, 9*, (2), 91-96.
- Souza, V.A. (1997). Um olhar de gênero nas temáticas sociais. João Pessoa: Ideia.
- Sprinthall, N.A. & Collins, W.A. (2003). *Psicologia do Adolescente (3ª Ed.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stacey, J. & Biblarz, T.J. (2001). (How) Does sexual orientation of parents matter? *American Sociological Review, 65*, 159-183.
- Stephen, J., Fraser, E., & Marcia, J. E. (1992). Moratorium-achievement (Mama) cycles in lifespan identity development: value orientations and reasoning.
- Stern, C. & Medina, G. (2000). Adolescência y salud en México. In: Oliveira M.C, organizadora. *Cultura , adolescência e saúde*. Campinas: Consórcio de Programas em saúde reprodutiva e sexualidade na América Latina/CEDE/COLMEX/NEPO/UNICAMP. 98-160.
- Stevenson, M. (2000). Public Policy, homosexuality and the sexual coercion of children. *Journal of Psychology and Human Sexuality, 12* (4), 1-19.
- Stewart-Brown, S., Evans, J., Patterson, S., Doll, H., Balding, J. & Regis, D. (2000). The health of students in Institutes of higher education. An important and neglected public health problem? *Journal of Public Health Medicine, 22*, 492-499.
- Stoller, R.,J. (1968). *Sex and gender: on the development of masculinity and femininity*. New York: Science house.
- Strasburger, V. C. (1999). *Os adolescentes e a mídia: impacto psicológico*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Suplicy, M.; Egypto, A.C.; Branco, C.C.; Gonçalves, E.V. (1995). *Sexo se aprende na escola*. São Paulo: Olho d'água, 120.
- Tenenbaum H.R. & Leaper, C. (2002). Are Parents Gender Schemas related to their children's gender-related cognitions? A Meta-Analysis. *Developmental Psychology, 38*, (4), 615-630.
- Tinsley, H.; Tinsley, D. (1987). "Use of factor analysis in counseling psychology research". *Journal of counseling psychology, 34*(4), 414-424.
- Toniette, M.A. (2009). *Trajetórias de vida e sexualidades: um estudo a partir de depoimentos de homens e mulheres atendidos no Plantão Psicológico do Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP*. Tese apresentada para o grau de Doutor no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

- Toscano Rico, J.M. (2000). Crenças e ciência na farmacopeia da sexualidade. Sexualidade. Faculdade de medicina da Universidade de Lisboa.
- Turchik, J.A. , Garske, JP , Probst, D.R.& Irvin, C.R. (2010). Personality, Sexuality, and Substance Use as Predictors of Sexual Risk Taking in College Students. *Journal of sex research*. Volume: 47 Issue: 5, 411-419.
- Vainfas, R. (1986). Casamento, amor e desejo no Ocidente Cristão. São Paulo: Editora Ática.
- Vance, C.S. (1995). A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis. Revista de saúde coletiva* 5 (1),.7-31
- Vance, C. (1991). "Anthropology rediscovers sexuality: a theoretical comment", *Social Science and Medicine*, 33 (8): 875-884.
- Vasconcelos,P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e de sexualidade dos jovens portugueses. In: M. V. Cabral & J. M. Pais (Eds.), *Jovens portugueses de hoje*. 215-305. Oeiras: Celta.
- Vaz, A.M.B.M. (2011). Actitudes y comportamientos de los adolescentes frente a la sexualidad. Badajoz: Universidad de Extremadura.XLI, 156 p. Tese de Doutoramento.
- Vaz, J. (1993) O sexo dos anjos. Lisboa: Relógio de Água.
- Vaz, J.M. (1993). Psicanálise e educação sexual: o divórcio inexistente. *Revista portuguesa de psicanálise*. Vol 6, nº2, 103.
- Vaz, J. (2003). Sexualidade e História. In: A sexologia-perpectiva multidisciplinar II. Coord. Fonseca, L.; Soares, C.; Vaz, J. Coimbra. Quarteto Editora.
- Villaverde Cabral, M. e Machado Pais, J. (1998), *Jovens Portugueses de Hoje. Resultados do Inquérito de 1997*, Oeiras, Celta. Pedro Vasconcelos assina o quinto capítulo (215-305).
- Vrangalova, Z , Savin-Williams, RC (2010) Correlates of Same-Sex Sexuality in Heterosexually Identified Young Adults *Journal of sex research* Volume: 47 Issue: 1,p 92
- Webb, E., Ashton, C., Kelly, P. & Kamali, F. (1996). Alcohol and drug use in UK university students. *Lancet*. 5. (348), 922-925.
- Weeks, J. (1989). Sex, politics and society: The regulation of sexuality since 1800, 2<sup>a</sup> ed. Longman, London.
- Weeks, J. (1989). Sexualidade. Editorial Paidós Mexicana. México.
- Weeks, J. (2000). O corpo e a sexualidade. In: Louro, Guacira L. (Org.). O corpo.educado: pedagogias da sexualidade. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica. 35-82.
- Weeks J. (2007). The word we have won. London and New York. Routledge.
- Weller, S. (2000). Salud reproductiva de los/as adolescents, Argentina, 1990-1998. In: In: Oliveira M.C, organizadora. Cultura , adolescência e saúde. Campinas: Consórcio de Programa em saúde reprodutiva e sexualidade na América Latina/CEDE/COLMEX/NEPO/UNICAMP. 9-43.
- Wells, J., Barlow, J. & Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education Journal*, 103,4, 197-220.

- Weisman, C.S., Plichta, S.; Nathanson, C.A., Ensminger, M., Robertson, J.C. (1991). Consistency of condom use for disease prevention among adolescents users of oral contraceptives. *Family Planning Perspective*, 23, 71-74.
- Willig, C. (1999). Discourse analysis and sex education. In: WILLIG, C. (Ed.). *Applied discourse analysis: social and psychological interventions*. Buckingham: Open University, 110-124.
- WHO. (1986). Young people's health. Challenge for society: Report to a WHO Study group. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002). Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Word Health Organization.
- WHO (2006). Working together for health. Word Health Organization.
- Zani, B. (1991). Male and female patterns in the discovery of sexuality during adolescence. *Journal of adolescence*, 14, 163-178.



# Anexos



# Anexo 1



---

**De:** <nataliapacheco@iol.pt>  
**Para:** <jlpr@fpce.up.pt>  
**Enviado:** quarta-feira, 25 de Março de 2009 23:17  
**Assunto:** Doutoramento em Psicologia Clínica  
Exmº Sr Professor Doutor José Pais Ribeiro,

No âmbito do Doutoramento em Psicologia Clínica, que estou a realizar na Universidade da Beira Interior (UBI), subordinado ao tema “O comportamento sexual dos jovens universitários da UBI”, venho por este meio solicitar autorização para a utilização do instrumento de avaliação psicológica: Inventário de Saúde Mental. A utilização do instrumento destina-se exclusivamente para a recolha de dados no âmbito da referida investigação e será garantida a referência ao autor do mesmo.

Grata pela atenção dispensada  
Os meus cumprimentos

Natália Santos P. Nogueira

---

Dificuldade em pagar os seus créditos?  
Conheça o Único da Capital Mais e saiba quanto pode pagar a menos por mês.  
Saiba mais em: <http://www.iol.pt/correio/rodape.php?dst=0901051>



## Anexo 2



---

**De:** <nataliapacheco@iol.pt>  
**Para:** <iconcrutra@gmail.com>  
**Enviado:** quinta-feira, 26 de Março de 2009 22:49  
**Assunto:** Doutoramento em Psicologia Clínica  
Exm<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Isabel Freire,

No âmbito do Doutoramento em Psicologia, que estou a realizar na Universidade da Beira Interior (UBI), subordinado ao tema “O comportamento sexual dos jovens universitários da UBI”, venho por este meio solicitar autorização para a utilização do instrumento de avaliação psicológica: Escala de Fantasias Sexuais. A utilização do instrumento destina-se exclusivamente para a recolha de dados no âmbito da referida investigação e será garantida a referência à autora do mesmo.

Grata pela atenção dispensada  
Os meus cumprimentos

Natália Santos P. Nogueira

---

Descubra as Soluções de Financiamento Cetelem.  
Saiba mais em: <http://www.iol.pt/correio/rodape.php?dst=0901272>



## Anexo 3



---

**De:** <nataliapacheco@iol.pt>  
**Para:** <pnobre5@gmail.com>  
**Enviado:** segunda-feira, 30 de Março de 2009 15:13  
**Assunto:** Doutoramento em Psicologia Clínica  
Exmº Sr. Professor Doutor Pedro Nobre,

No âmbito do Doutoramento em Psicologia Clínica, que estou a realizar na Universidade da Beira Interior (UBI), subordinado ao tema “O comportamento sexual dos jovens universitários da UBI”, venho por este meio solicitar autorização para a utilização do instrumento de avaliação psicológica: Questionário de Crenças e Informação Sexual. A utilização do instrumento destina-se exclusivamente para a recolha de dados no âmbito da referida investigação e será garantida a referência ao autor do mesmo.

Grata pela atenção dispensada  
Os meus cumprimentos

Natália Santos P. Nogueira

---

COFIDIS Maxicredito. Até' €10.000 sem burocracias. Resposta on-line!  
Clique aqui para saber mais <http://www.iol.pt/correio/rodape.php?dst=0802273>



## ANEXO 4



### Escala de Fantasias Sexuais

(Wilson, 1978) adaptada para a população portuguesa da versão espanhola (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2006) por Freire, 2008.

Com que frequência tem fantasias com cada um dos seguintes temas?

		Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
1	Participação numa orgia (i.e., ter actividade sexual com vários parceiros/as em simultâneo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Actividade Homossexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Actividade Heterossexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Troca de parceiros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ser promíscuo(a) (i.e., ter actividade sexual frequente de forma descomprometida e casual)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ser muito solicitado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ter sexo com duas pessoas em simultâneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ser seduzido(a) como uma pessoa "inocente" ou "ingénua"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ter sexo com uma pessoa de raça diferente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Fazer amor ao ar livre num contexto romântico (p.e., num campo de flores ou numa praia à noite)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ter relações sexuais com um(a) parceiro(a) que ame?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ter relações sexuais com alguém conhecido mas com quem ainda não tenha tido sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Praticar sexo oral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Fazer amor noutro local que não o quarto (p.e., na cozinha ou casa de banho)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ser despido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ser masturbado(a) até ao orgasmo por um parceiro(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Beijar apaixonadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Presenciar outros a fazer sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ter relações sexuais com um estranho anónimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Sentir-se excitado(a) por borracha ou couro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Assistir a filmes ou imagens obscenas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Usar objectos para estimulação (p.e., vibradores)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Fazer sexo com alguém muito mais velho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Sentir-se excitado(a) por seda ou pele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Travestismo (usar roupas do sexo oposto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Chicotear ou dar palmadas a alguém?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Ser chicoteado(a) ou levar palmadas de alguém?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Atar alguém?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Ser atado(a) por alguém ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Exibir-se provocatoriamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Despir alguém?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Forçar alguém a fazer algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Ser forçado(a) a fazer algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por favor, indique outra ou outras fantasias que não tenham sido referidas. _____					
_____					
_____					
_____					



## ANEXO 5



## Grelha de Orientação Sexual de Klein

(Pereira, Leal & Maroco)

Itens	1 – Apenas o mesmo sexo	2 – Maioritariamente o mesmo sexo	3 – O mesmo sexo algo mais	4 – Os dois sexos de igual modo	5 – O outro sexo algo mais	6 – Maioritariamente o outro sexo	7 – Apenas o outro sexo
1. A sua atracção sexual <b>presentemente</b> (último ano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2. A sua atracção sexual no <b>passado</b>	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3. A sua atracção sexual <b>ideal</b>	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4. O seu comportamento sexual <b>presentemente</b> (último ano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5. O seu comportamento sexual no <b>passado</b>	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6. O seu comportamento sexual <b>ideal</b>	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7. As suas fantasias sexuais <b>presentemente</b> (último ano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8. As suas fantasias sexuais no <b>passado</b>	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9. As suas fantasias sexuais <b>idealmente</b>	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
10. A sua preferência emocional <b>presentemente</b> (último ano)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
11. A sua preferência emocional no <b>passado</b>	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
12. A sua preferência emocional <b>idealmente</b>	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
13. O género com que socializa mais <b>presentemente</b>	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
14. O género com que socializou mais no <b>passado</b>	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
15. O género com que socializaria <b>idealmente</b>	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦



## ANEXO 6



### Questionário de Crenças e Informação Sexual

(SBIQ; Adams e col., 1996; tradução e adaptação de P. Nobre, 2001)

Para cada uma das afirmações apresentadas faça um círculo em torno do «V» se pensa que esta afirmação é correta, em torno do «F» se pensa que é falsa, ou em torno do «?» se não tem a certeza. Algumas das questões não têm uma resposta correta ou errada. As respostas que escolher ajudar-nos-ão a compreender o que sente ou o que pensa ser correto.

	V	F	?
1. O pénis deve estar completamente ereto para que um homem possa ter um orgasmo (clímax) e ejacular.			
2. Um casal pode ter um bom relacionamento sexual, mesmo que nunca tenha tido um orgasmo (clímax) simultâneo.			
3. Um preservativo protege contra a gravidez e muitas doenças.			
4. A lubrificação vaginal (ficar molhada) nas mulheres é sinal de excitação sexual feminina tal como a ereção o é nos homens.			
5. Sexo anal sem preservativo aumenta as hipóteses de contrair doenças sexualmente transmissíveis.			
6. A masturbação tanto nos homens como nas mulheres é um sinal de que alguma coisa está errada com a vida sexual de quem a pratica.			
7. Os problemas sexuais ocorrem frequentemente porque os homens e as mulheres estão demasiado inibidos para dizer ao seu parceiro que estimulação necessitam para se excitarem sexualmente.			
8. A maioria das mulheres é capaz de se satisfazer sexualmente mesmo quando os seus parceiros não conseguem manter uma ereção.			
9. A área mais sensível dos órgãos sexuais femininos é no fundo da vagina.			
10. Quanto maior é o pénis, maior satisfação física para a mulher durante o coito.			
11. Se um casal não consegue realizar o ato do coito, não existem hipóteses de ter uma relação sexual satisfatória.			
12. As ereções nos homens idosos saudáveis não são tão fortes como nos jovens saudáveis.			
13. Com a idade os orgasmos e ejaculações nos homens podem tornar-se menos poderosos ou mesmo não ocorrerem em certas ocasiões.			
14. Com a meia-idade as mulheres podem necessitar de mais tempo para se conseguirem excitar e podem necessitar de utilizar lubrificantes para ter relações sexuais sem desconforto.			
15. Quando um homem se torna idoso, o seu pénis necessita habitualmente de maior estimulação e mais tempo para ficar ereto.			
16. O stress e o medo de falhar podem levar um homem a perder a sua capacidade para manter uma ereção.			
17. Fumar e beber não têm efeito sobre as capacidades sexuais do homem.			
18. A maioria dos homens começa a apresentar alguns problemas de ereção quando atingem os 40 ou 50 anos.			
19. A vida sexual de um casal pode ser melhorado através da maior disponibilidade para agradar ao outro tanto na cama como fora dela.			
20. A maioria das vezes a impotência é o resultado de o homem não possuir suficientes hormonas masculinas.			

21. Prazer sexual sem coito é contra os princípios da minha religião.			
22. O sexo para a maioria das pessoas não é como nos filmes, é necessário tempo e dedicação.			
23. Alguns medicamentos podem levar o homem a apresentar problemas com a sua ereção.			
24. Um homem ou uma mulher devem estar sempre prontos para o coito sexual, caso o parceiro o deseje.			
25. Se um homem ou uma mulher não são capazes de ter coito, então é preferível evitar todo e qualquer afeto físico.			

## ANEXO 7



## **Inventário de Saúde Mental**

(J. Luis Pais Ribeiro)

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia a dia. Responda a cada uma delas assinalando num dos quadrados por baixo a resposta que melhor que melhor se aplica a si.

1. QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

- Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita
- Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo
- Geralmente satisfeito e feliz
- Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz
- Geralmente insatisfeito, infeliz
- Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo

2. DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

3. COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

4. DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

5. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

6. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

7. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

- Sempre
- Com muita frequência

- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

- Não, nunca
- Talvez um pouco
- Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso
- Sim, e fiquei um bocado preocupado
- Sim, e isso preocupa-me
- Sim, e estou muito preocupado com isso

9. SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

- Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias
- Sim, muito deprimido quase todos os dias
- Sim, deprimido muitas vezes
- Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido
- Não, nunca me sinto deprimido

10. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte das vezes
- Algumas vezes
- Muito poucas vezes
- Nunca

11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

12. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

13. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

14. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?

- Sim, completamente
- Sim, geralmente
- Sim, penso que sim
- Não muito bem
- Não e ando um pouco perturbado por isso
- Não, e ando muito perturbado por isso

15. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

16. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

18. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

20. COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

21. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

22. QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

- Sempre

- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

23. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

24. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

25. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOC SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

- Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia
- Muito incomodado
- Um pouco incomodado pelos meus nervos
- Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso
- Apenas de forma muito ligeira
- Nada incomodado

26. NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

27. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

28. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, umas poucas de vezes
- Sim, uma vez
- Não, nunca

29. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo

- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

30. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

31. DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

32. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

33. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

- Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase
- Sim, muito
- Sim, um pouco
- Sim, o suficiente para me incomodar
- Sim, de forma muito ligeira
- Não. De maneira nenhuma

34. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

35. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EMÊSE MANTER

CALMO?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

36. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma boa parte do tempo
- Durante algum tempo

- Quase nunca
- Nunca acordo com a sensação de descansado

37. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E

REPOUSADO?

- Sempre, todos os dias
- Quase todos os dias
- Frequentemente
- Algumas vezes, mas normalmente não
- Quase nunca
- Nunca

38. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

- Sim, quase a ultrapassar os meus limites
- Sim, muita pressão
- Sim, alguma, mais do que o costume
- Sim, alguma, como de costume
- Sim, um pouco
- Não, nenhuma

## Anexo 8



# Os comportamentos sexuais nos jovens estudantes universitários portugueses.

Investigadora: Dra Natália Nogueira

Orientador Científico: Professor Doutor Henrique Pereira

Instituição: Universidade da Beira Interior

Consentimento informado Importante

No âmbito do Doutoramento em Psicologia Clínica na Universidade da Beira Interior, estou a desenvolver um estudo intitulado “Os comportamentos sexuais dos jovens estudantes universitários portugueses”.

Para participar, tem que ser estudante do ensino superior e ser residente em Portugal. Se aceitar participar, ser-lhe-á pedido que responda a um questionário (cerca de 30 minutos) acerca das suas experiências sexuais e da forma como se posiciona face a um conjunto de afirmações.

Pedia a sua disponibilidade para responder o mais fielmente à realidade, sabendo que todas as respostas são anónimas e confidenciais, não existindo respostas certas nem erradas. Após ter iniciado o questionário, é de toda a importância que complete o questionário e não desista, caso contrário, os seus dados não poderão ser utilizados.

Os dados aqui recolhidos destinam-se exclusivamente aos objectivos atrás propostos sendo transformados em números e utilizados com finalidade de um tratamento estatístico.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração, colocando-nos à sua disposição e podendo-nos contactar através do mail [nataliapacheco8767@gmail.com](mailto:nataliapacheco8767@gmail.com).

Se aceitar participar no estudo, carregue em continuar:

Declaro ser estudante do ensino superior e aceito participar neste estudo



## Anexo 9



# Os comportamentos sexuais nos jovens estudantes universitários portugueses.

\* Required

## Questionário sócio-demográfico

1. Qual a sua idade? \*

2. Qual o seu género sexual? \*

- Mulher
- Homem
- Other:

3. Qual a sua religião? \*

- Católica
- Evangélica
- Protestante
- Judia
- Agnóstico
- Hindu
- Other:

4. Indique o seu grau de religiosidade \*

- Muito religioso
- Algo religioso
- Mais ou menos
- Pouco religioso
- Nada religioso

5. Que instituição de ensino superior frequenta? \*

6. Que curso frequenta? \*

7. Em que ano está? \*

8. Qual a data da sua primeira matrícula? \*

9. Sempre esteve no mesmo curso? \*

- Sim
- Não

10. Se respondeu "Não" qual foi ou foram o(s) curso(s) anterior(es)?

11. Qual foi a opção de escolha do curso que frequenta? \*

- 1ª opção
- 2ª opção
- 3ª opção
- 4ª opção
- 5ª opção
- 6ª opção

12. É trabalhador estudante? \*

- Sim
- Não

13. Qual a sua residência de origem? (o seu local de proveniência antes de ir estudar) \*

14. Na zona universitária, reside em: \*

- Casa própria
- Casa alugada
- Em casa de familiares
- Residência universitária
- Casa partilhada com outros colegas
- Other:

15. Com quem vive habitualmente na sua zona de residência de origem? \*

- Pais
- Companheiro(a)
- Amigos
- Other:

16. Com quem vive habitualmente na sua zona universitária? \*

- Pais
- Companheiro(a)
- Amigos
- Other:

17. Tem irmãos? \*

- Sim
- Não

## SEXUALIDADE

18. Com quem costuma falar sobre assuntos de sexualidade? \*

19. Quais os assuntos que costuma falar mais com a(s) pessoa(s) que indicou? (pode assinalar mais do que uma opção) \*

- Aborto
- Abusos sexuais
- Gravidez na adolescência
- Gravidez não desejada
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Namoro
- Relações interpessoais
- Relações sexuais
- Prevenção
- preservativos
- Pílula
- Afectos e/ou amizade
- Revistas e /ou filmes pornográficos
- Higiene e saúde
- Menstruação e/ou ciclo menstrual
- Puberdade
- Prostituição
- Homossexualidade
- Masturbação
- Contracepção
- Não fala com ninguém
- Other:

20. Com quem gostaria de falar de assuntos de sexualidade? \*

- Com ninguém
- Com a mãe
- Com o pai

- Com a irmã
- Com o irmão
- Com outras pessoas da família
- Com amigos ou colegas
- Com professores

## REFERÊNCIAS REPRODUTIVAS

22. Em que circunstância considera ser apropriado uma pessoa iniciar a sua vida sexual? \*

- Durante o namoro
- Sem nenhum compromisso
- Após o casamento
- Pouco importa
- Other:

23. Na sua opinião, qual a idade que considera ser a mais acertada para iniciar-se a vida sexual? \*

24. Concorda com o casamento? \*

- Sim
- Não
- Não tenho opinião

25. Se sim, em que circunstâncias?

- Após iniciar a vida laboral
- Após namorarem algum tempo
- Após ter casa
- Other:

26. Qual seria a opção de formalização de um compromisso mais adequado para si? \*

- Casamento
- União de facto
- Cada um em sua casa
- Nenhum compromisso

27. Gostava de ter filhos? \* Se respondeu "Não", passe para a secção "INÍCIO DA VIDA SEXUAL" (a seguir)

- Sim
- Não
- Nunca pensei nisso/Não sei

28. Se sim, quantos filhos gostaria de ter?

29. Com que idade é que gostaria de ter o seu 1º filho?

30. Com que idade é que gostaria de ter o seu último filho?

## INÍCIO DA VIDA SEXUAL

31. Já iniciou a sua vida sexual? \* Se ainda não iniciou a sua vida sexual, por favor passe para a secção "PRÁTICAS SEXUAIS ACTUAIS" (A seguir)

- Sim
- Não

32. Se sim, com que idade teve a sua 1ª relação sexual?

33. Qual era o tipo de relacionamento entre os dois?

- Namorado(a)
- Noivo(a)
- Amigo(a)
- Desconhecido(a)
- Prostituto(a)

34. Na questão anterior, no caso de ser um namorado(a), noivo(a) ou amigo(a), qual a duração deste relacionamento?

35. Por que decidiu ter esta 1ª relação sexual? Pode dar até 3 respostas

- Curiosidade
- Atracção
- Amor
- Pressão do companheiro(a)
- Pressão de amigos
- Queria perder a virgindade
- Prazer

36. Considera que foi planeado ou simplesmente aconteceu?

- Planeada
- Não planeada

37. O que sentiu na sua 1ª relação sexual? Coloque uma cruz(X) nos espaços adequados do quadro seguinte:

Antes    Durante    Depois

---

	Antes	Durante	Depois
Medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Excitação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se respondeu Outro, indique:

38. Qual a importância que teve a sua 1ª relação sexual?

- Nada importante
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante
- Fundamental

39. A sua 1ª relação sexual foi consentida entre os parceiros?

- Sim
- Não

40. Se a sua 1ª relação sexual NÃO foi consentida, por favor especifique as circunstâncias

41. Em que circunstância aconteceu a sua 1ª relação sexual?

- Na sua casa
- Na casa dele(a)
- Na casa de amigos
- Num hotel
- Num carro
- Num espaço público
- Na rua
- Other:

42. Mantêm o relacionamento?

- Sim
- Não

43. Quem foi a primeira pessoa a quem contou o ocorrido?

44. Usou algum método anticoncepcional/de protecção contra Doenças Sexualmente Transmissíveis(DST)?

- Nenhum
- DIU
- Método calendário
- Termómetro
- Coito interrompido
- Pílula
- Preservativo masculino
- Other:

45. Se sim, onde o obteve?

- Na farmácia
- No centro de saúde
- Junto dos pais
- Junto de amigos
- Other:

46. Caso não tenha usado preservativo, por que não usou?

- Desconhecia
- Tinha vergonha
- Conhecia muito bem o(a) companheiro(a)
- Era caro
- O(a) companheiro(a) não aceitou
- Não gosto
- Não estava à espera que acontecesse
- Other:

47. Caso tenha utilizado um método, quem tomou a iniciativa?

- Você
- Companheiro(a)
- Ambos

## Parte II: Práticas Sexuais Actuais

(Nogueira & Pereira, 2009)

1. Com que idade teve a sua 1ª ejaculação(se for homem)/menstruação(se for mulher)? \*

2. Masturba-se? \* CASO TENHA RESPONDIDO NÃO, PASSE À PERGUNTA 8.

- Sim
- Não

3. Com que idade começou a masturbar-se?

4. Como se sente com isso?

- Satisfeito(a)
- Culpabilizado(a)
- Envergonhado(a)
- Com medo que faça mal à saúde e à mente

5. Quantas vezes se masturbou nos últimos sete dias?

6. Em que situação mais lhe apetece masturbar-se?

- Quando se excita com ideias românticas
- Quando se excita com pornografia
- Quando está triste
- Quando está tenso(a)

7. Alguma vez que preocupou com o facto de se masturbar excessivamente?

- Sim
- Não
- Não sei

8. Que idade tinha quando se apercebeu pela primeira vez dos seus sentimentos de natureza sexual? \*

9. Quem foi a primeira pessoa por quem sentiu atracção sexual? \*

- Um(a) amigo(a)
- Um ídolo
- Um(a) professor(a)
- Other:

10. Já sentiu atracção sexual por alguém do mesmo sexo? \*

- Sim
- Não

- Não sei

11. Já teve fantasias sexuais por alguém do mesmo sexo? \*

- Sim
- Não
- Não sei

12. Já teve algum contacto sexual com alguém do mesmo sexo? \*

- Sim
- Não
- Não sei

13. Tem namorado(a) no momento presente? \*

- Sim
- Não

14. Quantos namorados(as) já teve antes? \*

15. Com que idade começou a namorar? \*

16. Há quanto tempo namora com a pessoa actual?

17. Com que frequência se encontram?

- Diariamente
- Até 5 vezes/semana
- Até 3 vezes/semana
- Aos fins de semana
- Raramente

18. Se tem uma vida sexual activa, quando teve a sua última relação sexual? SE NÃO TEM VIDA SEXUAL ACTIVA, PASSE PARA A PERGUNTA 24

19. Na sua última relação sexual, utilizou algum contraceptivo?

- Nenhum
- DIU
- Método do calendário
- Termómetro
- Coito interrompido
- Pílula
- Preservativo masculino

20. Quantas vezes teve relações sexuais no último ano? (Estimativa)

21. Com quanto(a)s parceiro(a)s diferentes teve relações sexuais no último ano?

22. Com quem costuma ter relações sexuais?

- O(A) namorado(a)
- Um(a) desconhecido(a)
- Um(a) amigo(a)
- Other:

23. Normalmente, quem toma a iniciativa de consumir uma relação sexual?

- Eu
- O(a) meu(minha) parceiro(a)
- Os dois

24. Alguma vez foi obrigada(o) a praticar sexo contra a sua vontade? \* SE RESPONDEU NÃO PASSE PARA A PERGUNTA 30

- Sim
- Não

25. Como é que isso aconteceu?

- Fui levada(o) a pelas circunstâncias
- Fui forçada(o)
- Fui ameaçada(o)
- Fui chantageada(o)
- Other:

26. Quem foi(foram) a(s) pessoas(s) que o fez (fizeram)?

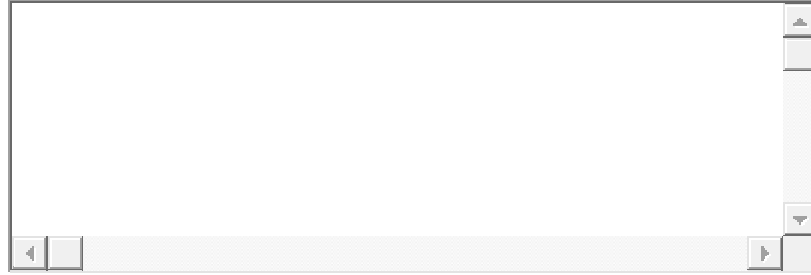
- Um homem desconhecido
- Uma mulher desconhecida
- Um membro da família (homem)
- Um membro da família (mulher)
- O namorado(a)
- Um professor
- Other:

27. Que idade tinha quando isso aconteceu?

28. Foi um acto

- Isolado (única vez)
- Algumas vezes
- Continuado durante um certo tempo

29. No caso de ter sido algumas vezes e/ou continuado durante um certo tempo, indique quantas



vezes ou quanto tempo:

30. Qual das seguintes razões é a mais importante se para ter sexo? \* Pode dar até 3 respostas

- Para confirmar o amor
- Para obter satisfação física
- Para poder dar-se com pessoas
- Pela experiência
- Pelo divertimento
- Para manter a relação
- Other:

31. Imagine que está sozinho(a) em casa com a sua(o) sua namorada(o). Começavam a beijar-se e a tocar-se. Qual dos seguintes cenários melhor descreveria a sua reacção? \*

- Continuava a "brincar" mas tentava parar antes de consumir uma relação sexual
- Continua até ter uma relação sexual sem protecção
- Abrandava até arranjar protecção e depois continuava
- Parava e fazia qualquer coisa diferente, como por um disco ou ir lanchar

32. Imagine que você e a(o) sua(seu) namorada(o) querem ter coito, mas não existe nenhum preservativo à mão. O que é que aconteceria? \*

- Tentaria convencer a(o) seu (sua) namorado(a) a ter sexo sem preservativo
- Tentaria arranjar um preservativo
- Desistiriam a ter sexo
- Deixariam para outra ocasião, quando tivessem um preservativo

33. Imagine que já namora com uma pessoa há muito tempo. Sente que está na altura de ter relações sexuais, mas não faz ideia se ele(ela) tem alguma doença sexualmente transmissível. O que é que seria mais provável acontecer? \*

- Não diria nada, mas tentaria observar algum sinal de doença
- Usaria um preservativo, mesmo que lhe fosse dito que ele(ela) não tinha nenhuma doença
- Teria sexo porque acreditaria que o(a) parceiro(a) não tinha nenhuma doença
- Decidiria simplesmente que não queria ter sexo

34. Imagine que tem a oportunidade de ter novamente relações sexuais com a(o) sua(seu) parceira(o), depois de ter tido uma primeira relação sem preservativo. O que faria? \*

- Iria à farmácia comprar protecção

- Diria que não lhe apetecia ter novamente uma relação sexual desprotegida
- Tentaria fazer uma actividade diferente
- Teria imediatamente relações sexuais porque não vale a pena preocupar-se muito com a protecção

35. Neste momento, qual é a principal razão para não ter uma relação sexual? \*

- Tenho medo de apanhar alguma doença
- Não me sinto preparada(o)
- Não tenho namorada(o)
- É contra os meus valores
- É contra a vontade dos meus pais
- Não se proporcionou

36. Alguma vez esteve envolvida(o) numa gravidez acidental? \* SE RESPONDEU NUNCA, PASSE À PERGUNTA 38

- Nunca
- Uma vez
- Mais de uma vez

37. Se sim, como resolveu a situação?

- Assumi a criança
- Decidiu fazer um aborto
- Deu a criança para adopção
- Os pais/familiares tomaram conta da criança
- Other:

38. Relativamente à actividade sexual que possa praticar, coloque uma cruz(X) nos espaços adequados do quadro seguinte: \*

	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Pratica carícias na pele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pratica beijos superficiais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beijos profundos, com a língua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carícias nos genitais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penetração de um pénis numa boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penetração de um pénis numa vagina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Penetração de um pênis num ânus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocação de uma boca num pênis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocação de uma boca numa vagina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocação de uma boca num ânus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. Já teve relações sexuais sob efeito de substâncias psicoactivas (drogas)? \* SE RESPONDEU NÃO, PASSE À PERGUNTA 43

- Sim
- Não

40. Se respondeu Sim, qual(uais) das seguintes substâncias?

- Álcool
- Cannabis
- Heroína
- Cocaína
- Ecstasy
- Ácidos
- Other:

41. Costuma ter relações sexuais sob efeito de substâncias psicoactivas?

- Sim
- Não

42. Se respondeu Sim, qual(uais) das seguintes substâncias?

- Álcool
- Cannabis
- Heroína
- Cocaína
- Ecstasy
- Ácidos
- Other:

43. O que é que para si significa ter sexo seguro? \* (Pode assinalar mais do que uma resposta)

- Ser abstinente (não ter sexo)
- Utilizar um preservativo
- Evitar parceiros múltiplos

- Evitar ter sexo com profissionais do sexo
- Evitar ter sexo anal
- Other:

44. Qual das seguintes afirmações melhor descreve as suas expectativas em relação à sua vida sexual no futuro? \*

- Não estou à espera de ter nenhuma relação sexual nos tempos mais próximos
- Espero ter apenas um parceiro sexual
- Espero ter dois ou três parceiros sexuais
- Espero ter vários parceiros sexuais

45. Qual das seguintes afirmações melhor descreve as suas expectativas em relação à sua vida sexual no futuro? \*

- Vou esperar até casar até ter relações sexuais
- Vou esperar até estar comprometida(a) até ter relações sexuais
- Vou esperar até encontrar alguém que eu ame realmente até relações sexuais
- Espero ter relações sexuais sempre que surja uma oportunidade
- Ter relações sexuais não é algo que se planeie, acontece

46. Qual das seguintes afirmações melhor descreve as suas expectativas em relação à sua próxima relação sexual? \*

- Só terei uma relação sexual com a utilização de um contraceptivo
- Só terei uma relação sexual com a utilização de um preservativo
- Espero usar um contraceptivo se for conveniente
- Espero usar um preservativo se o tiver à mão
- Espero usar um preservativo se a outra pessoa não se opuser
- Terei uma relação sexual mesmo que não tenha um contraceptivo
- Terei uma relação sexual mesmo que não tenha um preservativo

47. Ficou incomodado com alguma pergunta ou assunto? \*

- Sim
- Não

48. Se Sim, qual(uais) foi(foram)?

- Práticas sexuais
- Hetero/homossexualidade
- Parceiros casuais/regulares
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Uso de droga

### Parte III: Escala de Fantasias Sexuais

(Wilson, 1978) adaptada para a população portuguesa da versão espanhola (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2006) por Freire, 2008.

Com que frequência tem fantasias com cada um dos seguintes temas? \*

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
1.Participação numa orgia (i.e., ter actividade sexual com vários parceiros/as em simultâneo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Actividade Homossexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.Actividade Heterossexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Troca de parceiros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Ser promíscuo(a) (i.e., ter actividade sexual frequente de forma descomprometida e casual)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Ser muito solicitado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.Ter sexo com duas pessoas em simultâneo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.Ser seduzido(a) como uma pessoa "inocente" ou "ingénua"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.Ter sexo com uma pessoa de raça diferente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.Fazer amor ao ar livre num contexto romântico (p.e., num campo de flores ou numa praia à noite)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.Ter relações sexuais com um(a) parceiro(a) que ame?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.Ter relações sexuais com alguém conhecido mas com quem ainda não tenha tido sexo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.Praticar sexo oral ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.Fazer amor noutra local que não o quarto (p.e., na cozinha ou casa de banho)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.Ser despido(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.Ser masturbado(a) até ao orgasmo por um parceiro(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.Beijar apaixonadamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.Presenciar outros a fazer sexo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.Ter relações sexuais com um estranho anónimo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
20.Sentir-se excitado(a) por borracha ou couro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.Assistir a filmes ou imagens obscenas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.Usar objectos para estimulação (p.e., vibradores)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.Fazer sexo com alguém muito mais velho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.Sentir-se excitado(a) por seda ou pele?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.Travestismo (usar roupas do sexo oposto)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.Chicotear ou dar palmadas a alguém?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.Ser chicoteado(a) ou levar palmadas de alguém?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Atar alguém?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.Ser atado(a) por alguém ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.Exibir-se provocatoriamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.Despir alguém?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.Forçar alguém a fazer algo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.Ser forçado(a) a fazer algo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34.Por favor, indique outra ou outras fantasias que não tenham sido referidas

#### Parte IV: Grelha de orientação sexual de Klein

(Pereira, Leal&Marroco, 2009) Assinale com uma cruz a afirmação que melhor se aplica a si

1. A sua atracção sexual presentemente (último ano) \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

2. A sua atracção no passado \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

3. A sua atracção sexual ideal \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

4. O seu comportamento sexual presentemente (último ano) \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Mioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

5. O seu comportamento sexual no passado \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

6. O seu comportamento sexual ideal \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo

- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

7. As suas fantasias sexuais presentemente (último ano) \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

8. As suas fantasias sexuais no passado \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

9. As sua fantasias sexuais idealmente \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- os dois sexos de igual modo
- o outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

10. A sua preferência emocional presentemente (último ano) \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais

- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

11. A sua preferência emocional no passado \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

12. A sua preferência emocional idealmente \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

13. O género com que socializa mais presentemente \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

14. O género com que socializou mais no passado \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais

- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

15. O género com que socializa idealmente \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

16. O seu estilo de vida heterossexual, bissexual ou homossexual presentemente (onde e com quem tende a passar a maior parte do seu tempo) \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

17. O seu estilo de vida heterossexual, bissexual ou homossexual no passado \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

18. O seu estilo de vida heterossexual, bissexual ou homossexual ideal \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo

- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

19. A sua auto-identificação sexual (auto-imagem) presentemente \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

20. A sua auto-identificação sexual (auto-imagem) no passado \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

21. A sua auto-identificação sexual (auto-imagem) ideal \*

- Apenas o mesmo sexo
- Maioritariamente o mesmo sexo
- O mesmo sexo e algo mais
- Os dois sexos de igual modo
- O outro sexo e algo mais
- Maioritariamente o outro sexo
- Apenas o outro sexo

## Parte V: Questionário de crenças e informação sexual

(SBIQ; Adams e col., 1996; tradução e adaptação de P. Nobre, 2001)

Para cada uma das afirmações apresentada, faça um círculo em torno do «V» se pensa que esta afirmação é correcta, em torno do «F» se pensa que é falsa, ou em torno do «?» se não tem a certeza. \* Algumas das questões não têm uma resposta correcta ou errada. As respostas que escolher ajudar-nos-ão a compreender o que sente ou o que pensa ser correcto.

	V	F	?
1. O pénis deve estar completamente erecto para que um homem possater um orgasmo (clímax) e ejacular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Um casal pode ter um bom relacionamento sexual, mesmo que nunca tenha tido um orgasmo (clímax) simultâneo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Um preservativo protege contra a gravidez e muitas doenças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A lubrificação vaginal (ficar molhada) nas mulheres é sinal de excitação sexual feminina tal como a erecção o é nos homens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sexo anal sem preservativo aumenta as hipóteses de contrair doenças sexualmente transmissíveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A masturbação tanto nos homens como nas mulheres é um sinal de que alguma coisa está errada com a vida sexual de quem a pratica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Os problemas sexuais ocorrem frequentemente porque os homens e as mulheres estão demasiado inibidos para dizer ao seu parceiro que estimulação necessitam para se excitarem sexualmente..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A maioria das mulheres é capaz de se satisfazer sexualmente mesmo quando os seus parceiros não conseguem manter uma erecção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. A área mais sensível dos órgãos sexuais femininos é no fundo da vagina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Quanto maior é o pénis, maior satisfação física para a mulher durante o coito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Se um casal não consegue realizar o acto do coito, não existem hipóteses de ter uma relação sexual satisfatória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. As erecções nos homens idosos saudáveis não são tão fortes como nos jovens saudáveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Com a idade os orgasmos e ejaculações nos homens podem tornar-se menos poderosos ou mesmo não ocorrerem em certas ocasiões.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Com a meia-idade as mulheres podem necessitar de mais tempo para se conseguirem excitar e podem necessitar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	V	F	?
de utilizar lubrificantes para ter relações sexuais sem desconforto.			
15. Quando um homem se torna idoso, o seu pênis necessita habitualmente de maior estimulação e mais tempo para ficar erecto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. O stress e o medo de falhar podem levar um homem a perder a sua capacidade para manter uma erecção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Fumar e beber não têm efeito sobre as capacidades sexuais do homem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. A maioria dos homens começam a apresentar alguns problemas de erecção quando atingem os 40 ou 50 anos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A vida sexual de um casal pode ser melhorada através da maior disponibilidade para agradar ao outro tanto na cama como fora dela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. A maioria das vezes a impotência é o resultado de o homem não possuir suficientes hormonas masculinas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Prazer sexual sem coito é contra os princípios da minha religião.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. O sexo para a maioria das pessoas não é como nos filmes, é necessário tempo e dedicação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Alguns medicamentos podem levar o homem a apresentar problemas com a sua erecção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Um homem ou uma mulher devem estar sempre prontos para o coito sexual, caso o parceiro o deseje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Se um homem ou uma mulher não são capazes de ter coito, então é preferível evitar todo e qualquer afecto físico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Parte VI: Problemas sexuais

(Nogueira & Pereira, 2009)

1. Nas últimas 4 semanas experienciou dor ou desconforto durante o acto sexual nem que seja uma só vez? \*

- Sim
- Não
- Não se aplica

2. Nas últimas 4 semanas foi incapaz de atingir o orgasmo, nem que seja uma só vez? \*

- Sim
- Não
- Não se aplica

3. Se for MULHER, nas últimas 4 semanas teve algum espasmo involuntário que impedisse a penetração ou que a tenha tornado muito difícil (vaginismo), nem que seja uma só vez?

- Sim
- Não
- Não se aplica

4. Se for HOMEM, nas 4 últimas semanas sentiu dificuldade em iniciar ou manter erecção nem que seja uma só vez?

- Sim
- Não
- Não se aplica

5. Se for HOMEM, nas últimas 4 semanas teve ejaculação precoce, nem que seja uma só vez?

- Sim
- Não
- Não se aplica

6. Nas últimas 4 semanas, quão satisfeito tem estado com a sua vida sexual em geral \*

- 1. Muito insatisfeito
- 2. Insatisfeito
- 3. Mais ou menos satisfeito
- 4. Satisfeito
- 5. Muito satisfeito

7. Indique quais os problemas de natureza sexual que mais o preocupa \*

8.b). Nos últimos 6 meses, indique o grau de comportamento (fiz) relativamente aos seguintes aspectos. \*

Neste questionário são abordados temas mais "delicados" para descrever dimensões mais incomuns na expressão da sexualidade. Tendo isto em conta, reforça-se a importância de ser honesto/sincero na sua resposta.

	1. Nunca	2. Poucas vezes	3. Às vezes	4. Muitas vezes	5. Sempre
Exposição dos genitais do próprio a um estranho (Exibicionismo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de objectos inanimados (Fetichismo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1. Nunca	2. Poucas vezes	3. Às vezes	4. Muitas vezes	5. Sempre
Tocar e roçar-se num sujeito que não consente (Frotteurismo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acto (real e não simulado) de ser humilhado, agredido, amarrado ou submetido a sofrimento por qualquer outro modo (Masochismo sexual)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actos (reais e não simulados) em que o sujeito se excita sexualmente com o sofrimento psicológico ou físico, incluindo a humilhação da pessoa (Sadismo sexual)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acto de um homem envergar roupa de mulher para sentir prazer (Fetichismo travestido)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acto de observar sujeitos desprevenidos, habitualmente estranhos, que estão nus, que estão a despir-se ou envolvidos em actividade sexual (Voyeurismo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Parte VII: Inventário de saúde mental

(J. Luis Pais Ribeiro, 2001) Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia a dia. Responda a cada uma delas assinalando num dos quadrados por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

1. Quanto feliz e satisfeito você tem estado com a sua vida pessoal? \*

- Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita
- Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo
- Geralmente satisfeito e feliz
- Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz
- Geralmente insatisfeito, infeliz
- Muito insatisfeito e infeliz a maior parte do tempo

2. Durante quanto tempo se sentiu só no passado mês? \*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

3. Com que frequência se sentiu nervoso ou apreensivo perante coisas que aconteceram, ou perante situações inesperadas, no último mês? \*

- Sempre

- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

4. Durante o mês passado com que frequência sentiu que tinha um futuro promissor e cheio de esperança? \*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

5. Com que frequência, durante o último mês, sentiu que a sua vida no dia a dia estava cheia de coisa interessantes? \*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

6. Com que frequência, durante o último mês, se sentiu relaxado e sem tensão? \*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

7. Durante o último mês, com que frequência sentiu prazer nas coisas que fazia? \*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca

- Nunca

8. Durante o último mês, teve alguma vez razão para se questionar se estaria a perder a cabeça, ou a perder o controlo sobre os seus actos, as suas palavras, os seus pensamentos, sentimentos ou memória? \*

- Não, nunca
- Talvez um pouco
- Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso
- Sim, e fiquei um bocado preocupado
- Sim e isso preocupa-me
- Sim e estou muito preocupado com isso

9. Sentiu-se deprimido durante o último mês? \*

- Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias
- Sim, muito deprimido quase todos os dias
- Sim, deprimido muitas vezes
- Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido
- Não, nunca me sinto deprimido

10. Durante o último mês, quantas vezes se sentiu amado e querido? \*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte das vezes
- Algumas vezes
- Muito poucas vezes
- Nunca

11. Durante quanto tempo, no mês passado se sentiu muito nervoso? \*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

12. Durante o último mês, com que frequência esperava ter um dia interessante ao levantar-se? \*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência

- Quase nunca
- Nunca

13. No último mês, durante quanto se sentiu tenso e irritado? \*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

14. Durante o último mês, sentiu que controlava perfeitamente o seu comportamento, pensamento, emoções e sentimentos? \*

- Sim, completamente
- Sim, geralmente
- Sim, penso que sim
- Não muito bem
- Não e ando um pouco perturbado por isso
- Não e ando muito perturbado por isso

15. Durante o último mês, com que frequência sentiu as mãos a tremer quando fazia alguma coisa? \*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

16. Durante o último mês, com que frequência sentiu que não tinha futuro, que não tinha para onde orientar a sua vida? \*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

17. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz? \*

- Sempre

- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

18. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu emocionalmente estável? \*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

19. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo? \*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

20. Com que frequência, no mês passado, se sentiu como se fosse chorar? \*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

21. Durante o último mês, com que frequência você sentiu que as outras pessoas se sentiriam melhor se você não existisse? \*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca

- Nunca

22. Quanto tempo, durante o último mês, se sentiu capaz de relaxar sem dificuldade? \*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

23. No último mês, durante quanto tempo sentiu que as suas relações amorosas eram total ou completamente satisfatórias? \*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

24. Com que frequência, durante o último mês sentiu que tudo acontecia ao contrário do que desejava? \*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

25. Durante o último mês, quão incomodado é que você se sentiu devido ao nervosismo? \*

- Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia
- Muito incomodado
- Um pouco incomodado pelos meus nervos
- Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso
- Apenas de forma muito ligeira
- Nada incomodado

26. No mês que passou, durante quanto tempo sentiu que a sua vida era uma aventura maravilhosa? \*

- Sempre
- Quase sempre

- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

27. Durante quanto tempo, durante o mês que passou se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar? \*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

28. Durante o último mês, alguma vez pensou em acabar com a vida? \*

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, umas poucas de vezes
- Sim, uma vez
- Não, nunca

29. No último mês, durante quanto tempo se sentiu cansado, inquieto e impaciente? \*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

30. No último mês, durante quanto tempo se sentiu rabugento ou de mau humor? \*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

31. Durante quanto tempo, no último mês, se sentiu alegre, animado e bem disposto? \*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

32. Durante o último mês, com que frequência se sentiu confuso ou perturbado? \*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

33. Durante o último mês, sentiu-se ansioso ou preocupado? \*

- Sim, extremamente, ao ponto de ficar doente ou quase
- Sim, muito
- Sim, um pouco
- Sim, o suficiente para me incomodar
- Sim, de forma muito ligeira
- Não. De maneira nenhuma

34. No último mês, durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz? \*

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

35. Com que frequência, durante o último mês, se sentiu com dificuldade em manter-se calmo? \*

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

36. No último mês, durante quanto tempo se sentiu espiritualmente em baixo? \*

- Sempre
- Quase sempre
- Uma boa parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

37. Com que frequência durante o último mês, acordou de manhã, sentindo-se fresco e repousado? \*

- Sempre, todos os dias
- Quase todos os dias
- Frequentemente
- Algumas vezes, mas normalmente não
- Quase nunca
- Nunca

38. Durante o último mês, esteve ou sentiu-se de grande pressão ou stress?

- Sim, quase a ultrapassar os meus limites
- Sim, muita pressão
- Sim, alguma, mais do que o costuma
- Sim, alguma, como de costume
- Sim, um pouco
- Não, nenhuma

« Back

Submit