



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS:
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE USUÁRIOS E NÃO USUÁRIOS
DA CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Doutor em Bioética

por

João Francisco de Castro

INSTITUTO DE BIOÉTICA

Julho, 2021



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS:
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE USUÁRIOS E NÃO USUÁRIOS
DA CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Bioética

Por João Francisco de Castro

Sob orientação de: Professor Doutor Carlos Manuel Torres Almeida
Professor Doutor Walter Osswald

INSTITUTO DE BIOÉTICA

Julho, 2021

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho, foram várias as pessoas que, ainda presentes ou já ausentes de entre nós, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a sua concretização, pelo que a todas deixo o meu sincero e reconhecido agradecimento.

Ao Professor Doutor Walter Osswald, pela sabedoria e incentivo para levar a bom porto este trabalho, que depois de já me ter acompanhado durante a dissertação de mestrado não quis deixar de “acabar comigo” também este doutoramento.

Ao Professor Doutor Carlos Torres, pela disponibilidade e acompanhamento próximo, pelas suas sugestões, orientações e todo o tempo que comigo partilhou.

Aos Presidentes de Escola, pela sua recetividade, que permitiu agilizar a aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

Aos estudantes universitários que participaram neste estudo, por terem acedido a preencher o questionário, pois sem eles este trabalho não seria uma realidade.

Aos colegas da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, que de algum modo acompanharam e incentivaram este estudo.

RESUMO

Os jovens adultos, e em particular os jovens universitários, pela sua maior autonomia são um grupo prioritário de intervenção, pela prevalência de comportamentos de risco com relevo na vivência da sua sexualidade. As consequências destes comportamentos têm reflexo numa utilização substancial da contraceção oral de emergência (COE), de consumo autorregulado, que não pode ser visto como inócuo para a saúde dos jovens e, em particular, no seu impacto no início da vida do ser humano. Como qualquer intervenção necessita de um conhecimento prévio da situação, o mais detalhado possível, estabelecemos como objetivo geral deste estudo, a caracterização da vivência da sexualidade dos estudantes do ensino superior, identificando as eventuais diferenças entre usuários e não usuários da COE.

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, transversal e de abordagem quantitativa, que teve por base os estudantes universitários, de uma universidade da região norte de Portugal, num total de 1.164 estudantes. Como quisemos fazer uma avaliação da atitude e conhecimento acerca da COE de forma mais pragmática e com rigor científico, implementámos, para o efeito, um estudo preliminar para a tradução e validação de duas escalas para a população portuguesa - a “Knowledge-on-ECPs Scale” e a “ECPs-Attitude Scale”.

Os resultados indicam que existe um grande número de jovens com uma vida sexual ativa (77,8%), em que os comportamentos de risco estão muito presentes (34,8%), nomeadamente pelo uso inconsistente dos métodos contraceptivos, propiciando a existência de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Os comportamentos protetores e/ou profiláticos no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, são pouco mencionados pelos jovens, sendo que estes estão mais presentes no sexo feminino. O uso da COE está relacionado significativamente com os jovens universitários que: *i)* demonstraram uma atitude mais favorável em relação à COE; *ii)* detinham um conhecimento superior da COE; *iii)* tinham atitudes sexuais mais positivas e utilitárias; *iv)* valorizavam os motivos para fazer sexo; *v)* adotavam comportamentos de risco; *vi)* tinham mais idade; *vii)* não tiveram aulas de educação sexual.

Realça-se, ainda, uma aparente correlação negativa, embora sem significado estatístico, entre o conhecimento e a atitude face à COE, que sugere que quanto maior é o conhecimento acerca da COE, menos favorável é a atitude em relação à mesma. Neste sentido, podemos inferir que a existência de uma atitude mais positiva entre os utilizadores da COE não se baseia em conhecimento efetivo, o que se confirma com o modesto conhecimento que registámos.

Palavras-chave: Anticonceção pós-coito; Saúde sexual e reprodutiva; Comportamentos de risco; Estudantes universitários.

ABSTRACT

Young adults, and in particular university students, due to their greater autonomy, are a priority intervention group, due to the incidence of risk behaviors that are relevant while experiencing their sexuality. The consequences of these behaviors are reflected in a substantial use of oral emergency contraception (OEC), of self-regulated consumption, which cannot be seen as innocuous to the health of young people and specially in its impact on the beginning of human life. As any intervention requires a prior knowledge of the situation, as detailed as possible, we established as the general objective of this study, the characterization of the experience of sexuality of higher education students, identifying any differences between users and non-users of the OEC. This is a descriptive-correlational, cross-sectional study with a quantitative approach, which was based on university students from a university in the northern region of Portugal, with a total of 1164 students. As we wanted to assess the attitude and knowledge about the OEC in a more pragmatic and scientific way, we implemented a preliminary study as to translate and validate two scales for the Portuguese population – the “Knowledge-on-ECPs Scale” and the “ECPs-Attitude Scale”.

The results indicate that there is a significant number of young people with an active sexual life (77,8%), in which risk behaviors are very present (34,8%), namely, the inconsistent use of contraceptive methods, leading to the existence of sexually transmitted diseases and unwanted pregnancy. Protective and/or prophylactic behaviors in the context of sexual and reproductive health are rarely mentioned by young people, and especially among young women. The use of the OEC is significantly related to young university students who: i) demonstrated a more favorable attitude towards the OEC; ii) had superior knowledge of the OEC; iii) had more positive and utilitarian sexual attitudes; iv) valued the reasons for having sex; v) adopted risky behaviors; vi) were older; vii) did not have sex education classes.

There is also an apparent negative correlation, although without any statistical significance, between knowledge and attitude towards the OEC, which suggests that a greater knowledge about the OEC, means a less favorable attitude towards it. In this sense, we can

infer that the existence of a more positive attitude among the users of the OEC is not based on effective knowledge, which is confirmed by the modest knowledge we registered.

Keywords: Postcoital contraception; Sexual and reproductive health; Risk behaviors; University students.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO	v
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
ÍNDICE DE QUADROS.....	xv
ÍNDICE DE TABELAS.....	xvii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xxi
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
1. A NECESSÁRIA ACULTURAÇÃO HISTÓRICA DA SEXUALIDADE.....	9
2. O JOVEM NA SOCIEDADE HODIERNA.....	31
2.1. O namoro/início da atividade sexual.....	36
2.2. Comportamentos de risco: gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST's).....	41
3. EDUCAR A E PARA A SEXUALIDADE.....	47
3.1. Do Eros ao Ágape.....	53
3.2. Valores a preservar: dignidade, autonomia e alteridade.....	58
4. CONTEXTUALIZAÇÃO DA CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA.....	66
4.1. Impacto no início da vida humana.....	73
4.2. Contraceção/aborto.....	78
4.3. Perspetiva jurídica.....	86
PARTE II - ESTUDOS EMPÍRICOS.....	95
1. METODOLOGIA.....	97
1.1. Desenho de investigação e objetivos.....	97
1.2. Problema e hipóteses.....	100
1.3. Tipo de estudo.....	101
1.4. População e amostra.....	102

1.5. Variáveis e sua operacionalização	103
1.6. Instrumentos de recolha de dados	105
1.6.1. <i>Knowledge-on-ECPs Scale</i>	106
1.6.2. <i>ECPs-Attitude Scale</i>	107
1.6.3. Escala de Atitudes Sexuais (EAS).....	107
1.6.4. Escala de Autoeficácia Geral (EAEG)	109
1.6.5. Inventário da Cultura Organizacional da Família (ICOF).....	110
1.6.6. Escala de Motivação para Fazer e para Não Fazer Sexo.....	112
1.7. Procedimentos estatísticos de análise de dados	113
1.8. Procedimentos formais e éticos inerentes à recolha de dados	114
2. ESTUDO PRELIMINAR - ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DAS ESCALAS RELATIVAS AO CONHECIMENTO E ATITUDE FACE À CONTRACEÇÃO ORAL DE EMERGÊNCIA, À POPULAÇÃO DE JOVENS UNIVERSITÁRIOS PORTUGUESES	115
2.1. Procedimentos de tradução e adaptação	115
2.2. Estudos de fiabilidade e validade	117
2.3. Procedimentos, amostra e sua caracterização	119
2.4. Apresentação dos resultados da Escala de Conhecimentos face à Contraceção Oral de Emergência (ECCOE)	121
2.4.1. Análise da fiabilidade e consistência interna	122
2.5. Apresentação dos resultados da Escala de Atitudes face à Contraceção Oral de Emergência (EACOE)	124
2.5.1. Análise fatorial exploratória.....	124
2.5.2. Análise da fiabilidade e consistência interna	126
3. ESTUDO FINAL	130
3.1. Considerações metodológicas	130
3.2. Apresentação dos resultados	130
3.2.1. Caracterização sociodemográfica e académica dos estudantes	131
3.2.2. Fontes de informação sobre sexualidade e contraceção	140
3.2.3. Existência de relações sexuais, atitudes e comportamentos sexuais	145
3.2.4. Vivência do namoro pelos estudantes	165
3.2.5. Contextualização do uso da contraceção oral de emergência.....	170
3.2.6. Vigilância e procura dos serviços de saúde.....	179

3.2.7. Início da vida e gravidez.....	187
3.2.8. Análise inferencial	189
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	198
4.1. Caracterização sociodemográfica e acadêmica dos estudantes.....	198
4.2. Fontes de informação sobre sexualidade e contraceção	204
4.3. Existência de relações sexuais, atitudes e comportamentos sexuais	209
4.4. Vivência do namoro pelos estudantes.....	218
4.5. Contextualização do uso da contraceção oral de emergência	220
4.6. Vigilância e procura dos serviços de saúde.....	225
4.7. Início da vida e gravidez.....	228
5. CONCLUSÃO	231
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	239
APÊNDICES	263
Apêndice 1 - Questionário.....	265
ANEXOS	275
Anexo 1 - Autorização dos autores das escalas utilizadas	277
Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética da UTAD	281
Anexo 3 - Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados.....	283

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Evolução das vendas da COE em Portugal, de 2012 a 2017	72
Figura 2. IVG por opção da mulher, em Portugal, de 2012 a 2017	72
Figura 3. Desenho de investigação	98
Figura 4. Modelo de análise da cultura organizacional da família.....	112
Figura 5. Representação gráfica do ICOF por quadrantes e por eixos.....	140

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Critérios utilizados para estabelecer o início da vida de um ser humano	84
Quadro 2. Distribuição dos itens pelas quatro escalas do ICOF	110
Quadro 3. Valores de referência das tipologias familiares	111

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Vendas da COE em Portugal desde o ano de 2008 a novembro de 2020, nas farmácias associadas da ANF	70
Tabela 2. Operacionalização das variáveis	104
Tabela 3. Valores de referência KMO	118
Tabela 4. Valores de referência do <i>alpha</i> de <i>Cronbach</i>	119
Tabela 5. Caracterização sociodemográfica da amostra segundo o sexo	120
Tabela 6. Consistência interna da ECCOE.....	123
Tabela 7. Versão final da ECCOE	123
Tabela 8. Análise fatorial por componentes principais da EACOE	125
Tabela 9. Consistência interna do fator 1	126
Tabela 10. Consistência interna do fator 2	127
Tabela 11. Consistência interna do fator 3	127
Tabela 12. Consistência interna da EACOE	128
Tabela 13. Versão final da EACOE	129
Tabela 14. Resultados das correlações de <i>Spearman</i> das dimensões entre si e a EACOE	129
Tabela 15. Estatísticas relativas à idade segundo o sexo	132
Tabela 16. Caracterização sociodemográfica da amostra segundo o sexo	133
Tabela 17. Coabitação nas férias por sexo	134
Tabela 18. Coabitação em tempo de aulas por sexo.....	135
Tabela 19. Habilitações literárias dos pais por sexo	136
Tabela 20. Estatísticas relativas ao ICOF segundo o sexo	138
Tabela 21. Estatísticas descritivas das escalas do ICOF	139
Tabela 22. Hábito de falar com os pais sobre sexualidade/contraceção por sexo	141
Tabela 23. Razões apontadas para não falar/falar mais com os pais sobre sexualidade/ contraceção por sexo	142
Tabela 24. Fontes de conhecimento sobre sexualidade/contraceção por sexo	143
Tabela 25. Interlocutores privilegiados para falar de sexualidade/contraceção por sexo	144
Tabela 26. Abordagem da temática da sexualidade/contraceção em aulas ou palestras por sexo	145
Tabela 27. Opinião acerca dos conhecimentos detidos sobre sexualidade/contraceção por sexo	145
Tabela 28. Existência de relações sexuais e utilização de algum método contracetivo na primeira relação por sexo	146

Tabela 29. Estatísticas relativas à idade da primeira relação sexual segundo o sexo	147
Tabela 30. Método contraceptivo utilizado na primeira relação sexual por sexo	148
Tabela 31. Razões para a não utilização de um método contraceptivo na primeira relação sexual por sexo.....	149
Tabela 32. Ocorrência de relações sexuais exclusivamente dentro de um relacionamento amoroso, ocasionais, sob o efeito de drogas ilícitas e consumo de álcool por sexo ..	150
Tabela 33. Estatísticas relativas ao número de vezes de ocorrência de relações sexuais ocasionais, sob o efeito de drogas ilícitas e consumo de álcool por sexo	151
Tabela 34. Ocorrência de algum relacionamento em que existiu agressividade e o seu tipo por sexo.....	151
Tabela 35. Relativamente a métodos contraceptivos no global por sexo	152
Tabela 36. Último método contraceptivo utilizado por sexo.....	153
Tabela 37. Satisfação com o método contraceptivo utilizado por sexo	154
Tabela 38. Razão para não utilizar sempre um método contraceptivo nas relações sexuais por sexo.....	155
Tabela 39. Consideração da importância da utilização do preservativo e utilização do mesmo nas relações sexuais por sexo.....	156
Tabela 40. Probabilidade de contrair uma DST, ocorrência de gravidez não desejada, recomendar o uso ou usar a CE por sexo	157
Tabela 41. Estatísticas relativas à EAS segundo o sexo	159
Tabela 42. Estatísticas relativas à EAEG/Dimensões segundo o sexo	162
Tabela 43. Estatísticas relativas à Escala de Motivação para Fazer e para Não Fazer Sexo segundo o sexo	164
Tabela 44. Existência de namoro, relações sexuais e contraceção dentro do namoro por sexo	166
Tabela 45. Método contraceptivo utilizado na relação amorosa por sexo.....	167
Tabela 46. Quem aconselhou o método contraceptivo utilizado na relação amorosa por sexo.....	168
Tabela 47. Existência de pressão para ter relações sexuais e agressividade na relação amorosa por sexo	169
Tabela 48. Razões para manter a relação apesar da agressividade existente por sexo	170
Tabela 49. Conhecimento sobre a CE e formas de utilização da mesma por sexo.....	171
Tabela 50. Fontes de conhecimento acerca da CE por sexo	172
Tabela 51. Locais de obtenção da CE e informação fornecida no ato da aquisição por sexo	173
Tabela 52. Informação obtida no ato de aquisição da CE por sexo	174

Tabela 53. Motivo da utilização da CE por sexo	175
Tabela 54. Estatísticas relativas à ECCOE segundo o sexo	176
Tabela 55. Estatísticas relativas à EACOE/Dimensões segundo o sexo	177
Tabela 56. Frequência da consulta de PF e recurso aos serviços de saúde da instituição no âmbito da SSR por sexo.....	179
Tabela 57. Quem aconselhou a frequência da consulta de PF por sexo.....	180
Tabela 58. Razão para frequentar a consulta de PF por sexo.....	180
Tabela 59. Razão para não frequentar a consulta de PF por sexo	181
Tabela 60. Motivo para o recurso aos serviços de saúde da instituição no âmbito da SSR por sexo	182
Tabela 61. Distribuição quanto à execução do autoexame da mama, realização de citologia cervicovaginal e vacinação contra o HPV nos estudantes do sexo feminino	183
Tabela 62. Distribuição quanto à prática da contraceção oral e circunstâncias do seu uso nos estudantes do sexo feminino	184
Tabela 63. Distribuição quanto à prática do autoexame dos testículos nos estudantes do sexo masculino.....	184
Tabela 64. Teste ao VIH, ocorrência de DST e recurso ao tratamento por sexo	185
Tabela 65. Opinião acerca dos métodos contraceptivos que pode prevenir as DST's por sexo	186
Tabela 66. Ocorrência de gravidez e evolução da mesma por sexo.....	186
Tabela 67. Opinião acerca de quando começa a gravidez, a vida do ser humano e o seu valor por sexo	187
Tabela 68. Fontes de informação acerca do começo da gravidez, da vida do ser humano e o seu valor por sexo.....	188
Tabela 69. Opinião acerca de quando é mais fácil uma rapariga ficar grávida e se pode engravidar a usar métodos contraceptivos por sexo	189
Tabela 70. Estatísticas do teste de normalidade de <i>Kolmogorov-Smirnov</i>	190
Tabela 71. Relação entre ECCOE e a utilização da COE	191
Tabela 72. Relação da EACOE e suas dimensões com a utilização da COE.....	191
Tabela 73. Relação entre a EAS/dimensões e a utilização da COE	192
Tabela 74. Relação entre EAEG/dimensões e a utilização da COE.....	193
Tabela 75. Relação entre o ICOF e a utilização da COE	194
Tabela 76. Relação entre Escala de Motivação para Fazer e para Não Fazer Sexo e a utilização da COE.....	195

Tabela 77. Relação entre a adoção de comportamentos de risco e a utilização da COE	195
Tabela 78. Relação entre a idade e a utilização da COE	196
Tabela 79. Relação entre a educação sexual e a utilização da COE	196
Tabela 80. Correlação de <i>Spearman</i> da ECCOE e a EACOE/Dimensões	197
Tabela 81. Relação da concepção de início da vida do novo ser humano com a EACOE e suas dimensões.....	198

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- a. C. - antes de Cristo
- ANF - Associação Nacional de Farmácias
- APF - Associação para o Planeamento da Família
- CE - Contraceção de Emergência
- CEFAR - Centro de Estudos e Avaliação em Saúde
- CHE - Cultura da Heurística
- CHI - Cultura da Hierarquia
- CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
- COE - Contraceção Oral de Emergência
- COM - Comunhão
- COS - Cultura dos Objetivos Sociais
- CRI - Cultura das Relações Interpessoais
- CV - Coeficiente de Variação
- DGE - Direção-Geral da Educação
- DGS - Direção-Geral da Saúde
- DIU - Dispositivo Intrauterino
- DL - Decreto-Lei
- DST's - Doenças Sexualmente Transmissíveis
- EACOE - Escala de Avaliação da Contraceção Oral de Emergência
- EAEG - Escala de Autoeficácia Geral
- EAS - Escala de Atitudes Sexuais
- ECCOE - Escala de Conhecimento acerca da Contraceção Oral de Emergência
- EPA - Eficácia Perante a Adversidade
- ES - Eficácia Social
- EUA - Estados Unidos da América
- GTES - Grupo de Trabalho de Educação Sexual/Educação para a Saúde
- HPV - Papiloma Vírus Humano
- ICOF - Inventário da Cultura Organizacional da Família

IMP - Sexo Impessoal/Impessoalidade Sexual
IMS - *Intercontinental Medical Statistics*
INS - Instrumentalidade
IP - Iniciação e Persistência
IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez
KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*
MUI - Medo de Uso Indevido
n.º - número
OMS - Organização Mundial de Saúde
p. - página
PER - Permissividade
PES - Promoção e Educação para a Saúde
PEST - Projeto de Educação Sexual na Turma
PF - Planeamento Familiar
PRA - Práticas Sexuais
PS - Preocupações de Saúde
RES - Responsabilidade Sexual
SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva
UE - União Europeia
UMAR - União de Mulheres Alternativa e Resposta
UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

A temática da sexualidade continua a ser, nos dias de hoje, amplamente falada. Seja por uma visão mais sanitária (vírus da imunodeficiência humana [VIH] e síndrome da imunodeficiência adquirida [SIDA], aborto, prostituição...) ou numa visão mais romântica (namoro, paixões, emoções, prazer...), a sexualidade e a sua vivência estão presentes no nosso quotidiano, o que realça a sua importância e atualidade. Embora, como refere Foucault (1998), “o próprio termo sexualidade, tenha surgido tardiamente, no início do século XIX mas não marca, evidentemente, a brusca emergência daquilo a que se refere” (p.9).

No entanto, esta sexualidade tanto pode contribuir para uma vida mais prazenteira como para o surgir de diversos problemas, muitos dos quais não se limitam ao indivíduo. Podemos, pois, dizer que de qualquer forma esta vivência da sexualidade não é inócua para o ser humano. E se o ser humano é societário (por excelência), importa desde logo procurar retirar dela (sexualidade) os seus aspetos mais positivos para a felicidade e progresso da sociedade no seu todo.

A sexualidade é lugar humano por excelência, pois expressa e realiza a pessoa na sua totalidade, acompanhando o seu crescimento e maturação. A sexualidade não é «algo» exterior à pessoa, abrange-a na sua totalidade, condiciona-a no seu núcleo mais profundo, repercute-se em todas as manifestações da sua vida. “Por tal razão, é a pessoa toda, na unidade diádica de corporal e espiritual, natureza e história/cultura, indivíduo e sociedade, o referencial último e o lugar hermenêutico privilegiado da pergunta sobre o valor, finalidade e sentido da realidade sexual” (J. Pinto, 1996, p.37).

Este estudo centra-se num grupo social em concreto, que são os jovens universitários. Estes encontram-se numa fase desenvolvimental entre o fim da adolescência e a idade adulta, estando compreendida em torno dos 20-29 anos, mas que se pode prolongar até à faixa etária entre os 30-35 anos (World Health Organization [WHO], 2011, como citado por Reis et al., 2017). Não existe uma idade precisa que marque o fim da juventude e a entrada no mundo dos adultos, já que estes limites não são cronológicos, mas eminentemente sociais e culturais, podendo considerar-se que a independência económica e a saída de casa dos pais são os principais acontecimentos que determinam a entrada no

mundo dos adultos (Reis et al., 2017). Assim, este grupo é marcado pela busca da sua afirmação/independência em relação aos pais, em que a sua progressiva autonomia é marcada pela saída, em muitos casos, da casa dos pais, tendo de gerir a sua vida e escolhas pessoais. Esta “súbita” independência é assinalada no campo da vivência sexual, por vezes, por escolhas que podem afetar a sua estabilidade, percurso académico e relação familiar, mas também a sua saúde em termos futuros.

Estes jovens adultos experimentam um sentimento de ambiguidade, que reflete a ambivalência que os adultos emergentes sentem pelo facto de já não serem adolescentes, mas também não serem ainda adultos (Magalhães, 2019). É, por vezes, tempo de crise por se verem mantidos numa dependência parental, que facilmente contradiz os seus desejos de independência (Reis et al., 2017).

Vários estudos apontam que os jovens tendem a adotar condutas pouco saudáveis de saúde, principalmente durante a fase de transição para a universidade. Isto porque os estudantes passam por um período de independência e questionamento de valores, crenças e atitudes, que pode acarretar mudanças no seu estilo de vida, como a adoção de condutas negativas (Foster et al., 2014; Matos et al., 2015). Os perigos associados a estas condutas, nomeadamente na vivência da sexualidade, prendem-se com comportamentos de risco que propiciam a existência da gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST's), que podem comprometer o projeto de vida dos jovens (Nogueira, 2017; Reis et al., 2017).

A prevalência destes riscos tem vindo sistematicamente a aumentar, em particular nos jovens adultos, constituindo um problema importante de saúde pública, sendo consequentemente o foco de muitos trabalhos de investigação (Reis et al., 2017).

No sentido de combater as consequências destes comportamentos de risco, e em especial a gravidez indesejada entre os jovens, tem-se facilitado o acesso aos métodos contraceptivos com ênfase na contraceção oral de emergência (COE). Todavia, existe por vezes a assunção de que uma atitude mais favorável ao uso de um método contraceptivo pós-coital, fomenta o relaxamento de condutas preventivas em relação à gravidez e DST's (Brandão et al., 2016). De facto, alguns estudos demonstram que a crença na efetividade da COE afeta

negativamente o uso do preservativo e, conseqüentemente, a prevenção das DST's (Wasie et al., 2012). Acresce, que o efeito do uso da COE no início do desenvolvimento de uma vida humana não é consensual e levanta algumas questões éticas, pelo que pode levar a questionar se a promoção do seu uso não poderá representar um sentimento de desvalorização da vida humana?

Esta é uma questão que nos interessa e a qual abordamos regularmente com os nossos estudantes de primeiro e segundo ciclos, em que não raramente são evidentes as lacunas de conhecimento nesta área da saúde sexual e reprodutiva (SSR) e, em particular, no que diz respeito à utilização da COE.

Tendo em conta que o conhecimento detalhado e sistemático dos comportamentos sexuais é um dos aspetos fundamentais para a criação e adequação de programas de intervenção eficazes, decidimos dentro da caracterização da vivência da sexualidade dos estudantes do ensino superior, efetuar um estudo comparativo entre usuários e não usuários da COE. Realizando, para o efeito, uma avaliação da atitude e do conhecimento acerca da COE de uma forma mais pragmática e com rigor científico, pois a inexistência de instrumentos de medida validados foi já sentida por nós numa primeira abordagem que efetuámos junto de estudantes do ensino secundário (J. Castro & Rodrigues, 2009).

Assim, no desenho desta investigação realizamos a tradução e validação de instrumentos de medida para a população portuguesa, seguindo as práticas recomendadas em investigação, nomeadamente pela realização de um estudo preliminar para o efeito (Fortin & Nadeau, 2003; Hill & Hill, 2012).

A proposta para o desenvolvimento deste estudo de investigação é suportada, para além de toda a controvérsia que envolve a COE e do nosso interesse pessoal nesta temática, numa sustentada procura por uma contraceção dita de emergência, que nos leva a suspeitar da existência de uma vivência problemática da sexualidade por parte dos jovens. Pelo que interessa, desde logo, investigar possíveis fatores que estejam estatisticamente associados ao grupo usuário da COE, possibilitando não só agir de uma forma fundamentada e mais dirigida às reais necessidades/problemas identificados, mas também que as ações ou medidas a implementar sejam mais sensíveis e ajustadas.

A nossa investigação assenta num estudo descritivo-correlacional e transversal de natureza quantitativa, que nos permite dar resposta aos objetivos traçados. A população alvo que esteve na origem do estudo teve por base os estudantes universitários de uma universidade da região norte de Portugal, num total de 1.164 estudantes.

Esta tese encontra-se dividida em duas partes fundamentais. A primeira relativa ao enquadramento teórico, em que se faz referência a alguns aspetos evolutivos da vivência da sexualidade, passando para a análise desta vivência pelos jovens na sociedade hodierna, a importância da educação sexual, terminando com uma contextualização da COE, nomeadamente na sua relação/impacto no início da vida humana.

A segunda parte relativa aos estudos empíricos, em que se faz referência a todos os aspetos metodológicos subjacentes tanto ao estudo preliminar da adaptação e validação das escalas relativas ao conhecimento e atitude face à COE, como em relação ao estudo final. Depois da apresentação e discussão dos resultados, apresentam-se algumas notas conclusivas assim como sugestões, permitidas pelo estudo levado a cabo e resultados obtidos.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A NECESSÁRIA ACULTURAÇÃO HISTÓRICA DA SEXUALIDADE

Quando falamos de questões relacionadas com sexualidade ou sexo não podemos deixar de as contextualizar na história e na cultura própria de cada época. Como refere P. Ribeiro (2005) “... a maneira como as civilizações entendiam e lidavam com comportamentos, valores e normas ligados ao sexo nunca foram iguais e, tão pouco, constantes” (p.1). É, portanto, importante realçar a extrema complexidade do binómio sexualidade/humanidade que faz que em cada situação relacionada com este tema envolva questões sociais, morais, culturais, religiosas e psicológicas, vividas historicamente, de forma diferentemente consoante o povo e época. Por isso, a sexualidade (humana) é de difícil abordagem, dado os seus diferentes matizes e a sua iminente interdisciplinaridade, como apontam diversos autores (López & Fuertes, 1999; Vaz, 2003).

Se por um lado, como refere Vaz (2003), o reconhecer de uma multiplicidade de identidades e atitudes sexuais estanques traria enormes dificuldades/dúvidas no estabelecer de fronteiras, por outro lado, não devemos rejeitar a inexistência de pontos de referência, mas sim explorar a diversidade contínua que é certamente a que mais se aproxima do quotidiano.

Esta mesma ideia é transmitida por Dinshaw (1999), como citado por Vaz (2003),

O sexo é heterogéneo, múltiplo, e fundamentalmente indeterminado; tais qualidades têm complicado, minado e frustrado não só esforços críticos para definir um objecto de estudo mas também esforços comunitários para construir associações distintas e unificadas com base no sexo. Mas essas mesmas escorregadias características, ...são as condições e não o fracasso de análises históricas e da formação de selvas e comunidades. (pp.38-39)

Assim, com base nestes pressupostos procuraremos traçar alguns dados histórico-evolutivos da sexualidade. Como ponto prévio, à sexualidade, dispensamos o complemento de humana, pois como referem M. Neves e Osswald (2007),

O desejo sexual do Homo sapiens é o do único animal que o pode experimentar e viver de modo não-animal, isto é, a nível da autoconsciência. Por isso, falar de sexualidade humana é, de certo modo, redundante – a sexualidade é um atributo humano. (p.159)

A sexualidade desde sempre esteve presente na vida do Homem, assim como o está desde a sua conceção, embora a importância e relevo que lhe é dada varie em função de diversos fatores, entre eles a própria idade do ser humano. Também ao longo da história da humanidade teve diferentes evoluções, abordagens, motivações, significados, sendo que estas transformações não se deram de uma forma uniforme ou unidirecional, existindo avanços e recuos próprios da evolução das diferentes sociedades.

Esta mesma plasticidade de uma construção cultural é reconhecida por Henderson (1988), como citado por Vaz (2003),

Que os mesmos dois sexos existem em todas as sociedades, releva da Biologia...Que exista sempre sexualidade é, contudo, uma questão cultural...A sexualidade é o complexo de reacções, interpretações, definições, proibições, e normas que é criado e mantido por uma dada cultura como resposta ao facto dos dois sexos biológicos. (p.19)

Na mesma linha de pensamento, Weeks (1958), como citado por Vaz (2003), afirma que “Damos hoje uma importância suprema ao sexo nas nossas vidas individuais e sociais por causa de uma história que atribuiu um significado central ao sexual. Não foi sempre assim; e não tem de ser sempre assim” (p.19).

De facto, não foi sempre assim, a sexualidade nem sempre teve a centralidade que hoje ocupa em termos de discurso e estudo, nem as significações eram as mesmas. Assim, Vaz (2003) recorda-nos que, em Atenas, no discurso acusador de Ésquines a Timarco, este era acusado de se ter prostituído em jovem, procurando assim desacreditá-lo enquanto representante da cidade nas negociações com Filipe II da Macedónia. Este crime de prostituição que hoje tem uma delimitação precisa, entre nós, na altura abrangia “qualquer cidadão que tivesse maltratado os pais, recusado o serviço militar, fugido do campo de batalha, desbaratado uma herança ou prostituído o corpo com outro homem” (Daves, 1978, como citado por Vaz, 2003, p.19). Havia aqui a assunção de quem vendia o seu próprio corpo aos outros, não hesitaria em vender também os interesses de toda a comunidade.

Mas também este comportamento apenas era sancionado aos cidadãos (Homens) que aspiravam à vida política, não se aplicava aos cidadãos na sua vida privada ou aos estrangeiros ou escravos, a que se convencionou apelidar de uma Moral Política, postura

que difere totalmente da do cristianismo que postula uma Moral Universal, condenando os atos em si mesmos, despidos de contextos ou agentes. Aparece aqui, não só, o sexo reduzido a uma variável, no meio de tantas outras, perdendo uma posição fulcral na realização de uma vida e determinante da génese da personalidade humana, mas também dependente do contexto em que se encontra inserido, ou seja, mediante a situação em concreto assim será a sua valoração, assumindo um carácter perfeitamente situacional. A moralidade dos atos sexuais dependia, pois, das circunstâncias em que eram praticados, do estatuto dos intervenientes e da sua adesão a papéis de género. Sendo que entre os gregos, esses comportamentos sexuais assumiam uma dicotomia básica, ativo/masculino ou passivo/feminino, em que era sistematicamente vincada a superioridade masculina em relação às mulheres, estando estas assim muito confinadas (limitadas) aos gineceus juntamente com as crianças (Vaz, 2003). Assimetria em relação ao homem que se mantém na sociedade romana, e de que ainda se encontra inúmeras ilustrações na sociedade contemporânea.

A sociedade grega fomentava, ainda, o amor unissexual, hoje catalogado de homossexual, pois não existia à data um aparelho conceptual para identificar uma determinada e fixa orientação sexual da pessoa, assim “a categoria homossexual não passaria da projeção no ecrã do nosso passado de uma invenção contemporânea, quando muito seria legítimo historiar actos ‘homossexuais’ (não esquecendo as aspas!), e não pessoas pertencendo a grupos auto ou hetero-reconhecidos” (Vaz, 2003, p.18). Deste modo, era normal/natural o amor de um homem mais velho (*erasta*) apaixonado por um jovem (*erómeno*) a quem ensinava os caminhos da cidadania, sendo retribuído esse ensino com favores sexuais. O jovem assumia uma postura passiva e, portanto, feminina, mas que nada ditava em relação à sua masculinidade ou reputação futura. “O sexo nada ‘decidia’ definitivamente sobre pessoas respeitadoras das coordenadas culturais que lhe eram atribuídas” (Vaz, 2003, p.21).

A sexualidade, assim apresentada, aparece como consequência (epifenómeno) e não como mola propulsora, como transparece do conceito de sexualidade da Organização Mundial de Saúde (OMS),

uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções [sic] e interacções [sic] e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental. (Pan American Health Organization & World Health Organization [WHO], 2000, p.6)

De facto, para os gregos a vivência da sexualidade decorria da observância de teorias mais abrangentes de equilíbrio e homeostasia. Assim, não é de estranhar a existência da temperança entre as virtudes consideradas fundamentais para os gregos e que se opõe precisamente à desmesura (ao excesso). Esta temperança exige o triplo domínio dos prazeres do vinho, do amor e da mesa (Foucault, 1998).

Entre os gregos, aliada à possibilidade de influenciar a procriação, existiam crenças que vinham reforçar o controlo sobre a fertilidade e que se relacionavam intimamente com a temperança (comedimento ...sexual). Assim, aos homens que procuravam limitar ou evitar gerar filhos, era-lhes garantido que a abstinência era simultaneamente prudente e saudável. Era defendida a moderação sexual masculina (o homem deveria ajuizar sobre a oportunidade de atos que poderiam minar a sua força). Segundo Aristóteles, casar tarde era saudável porque “o corpo de um homem também fica definhado se exercer a faculdade reprodutora antes do sémen estar completamente desenvolvido” (Aristóteles, como citado por McLaren, 1997, p.23). O tamanho pequeno da família resultava simultaneamente de taxas elevadas de mortalidade e de restrições à fertilidade, que eram muitas vezes consequências não intencionais de práticas sociais não procriadoras.

A propósito da problematização da austeridade sexual na sociedade grega, e contrariamente ao que se verifica atualmente, refere Foucault (1998), que ela assentava claramente na assimetria bem particular a toda essa reflexão moral sobre o comportamento sexual, pelo que as mulheres eram associadas, em geral, a obrigações extremamente estritas. Contudo, é uma moral que não é endereçada às mulheres, não são os seus deveres ou condutas que aí são tratados. Trata-se de uma moral, pensada, escrita, ensinada por homens e dirigida a homens, evidentemente livres. Um ponto notável desta reflexão moral é que ela não visa definir um campo de conduta e regras válidas para os dois sexos, nesta moral viril, as mulheres só aparecem a título de objetos ou no máximo parceiras que

convém formar, educar e vigiar. É a conduta masculina feita sob a perspectiva dos homens o que está em causa.

Esta moral não visa um conjunto de interdições ao homem, consensualmente aceites e traduzidas em costumes ou preceitos de qualquer espécie, mas sim à conduta onde os homens podem fazer uso do seu direito, do seu poder, da sua autoridade e da sua liberdade nas práticas dos prazeres que não são condenados. Onde, por exemplo, ao homem, na sua vida de casamento, nada o impedia de ter relações extraconjugais, de ter relações com rapazes que, pelo menos dentro de certos limites, eram admitidas, correntes e até valorizadas. “É preciso entender esses temas da austeridade sexual não como uma tradução ou um comentário de proibições profundas e essenciais, mas como elaboração e estilização de uma actividade no exercício de seu poder e na prática de sua liberdade” (Foucault, 1998, p.25).

Foucault (1998) refere quatro noções que frequentemente se encontram na reflexão sobre a moral sexual: *i*) a noção de aphrodisia pela qual se pode aprender o que no comportamento sexual era reconhecido como “substância ética”; *ii*) a noção de “uso” de chrēsis, que permite aprender o tipo de sujeição a que a prática dos prazeres devia sujeitar-se para ser moralmente valorizada; *iii*) a noção de enkrateia, de domínio, que define a atitude que é preciso ter a respeito de si próprio para se constituir como sujeito moral; *iv*) e, por fim, a de “temperança”, de “sabedoria” de sōphrosunē que caracteriza o sujeito moral em sua realização.

Seria através destas quatro noções que se conseguiria englobar o que estrutura a experiência moral dos prazeres sexuais – sua ontologia, sua deontologia, sua ascética e sua teleologia.

Nos gregos não existe uma palavra equivalente à abrangência de sexualidade que tende a agrupar como sendo da mesma natureza ou fazendo intervir o mesmo tipo de causalidade, fenómenos diversos como comportamentos, sensações, imagens, desejos, instintos e paixões. Seria o termo aphrodisia que agruparia todos esses gestos, atos, contactos e práticas nessa categoria geral, e que proporcionassem uma certa forma de prazer. Na reflexão acerca desses atos de prazer, o que coloca problema não é a forma que tomam,

mas sim a atividade que manifestam, a sua dinâmica muito mais do que sua morfologia.

A atração exercida pelo prazer e a força do desejo que tende para ele constitui uma unidade sólida com o próprio ato dos aphrodisia.

Na avaliação dinâmica que une os três elementos de maneira circular, a questão ética colocada não é: quais desejos? Quais atos? Quais prazeres? Mas sim, com que força se é levado “pelos prazeres e pelos desejos”?

Essa dinâmica é analisada segundo duas grandes variáveis. Uma é a quantitativa, que diz respeito ao grau de atividade traduzida no número e frequência dos atos. Na avaliação moral de uma personagem não é dado relevo se o prazer é obtido desta ou daquela forma, mas antes se na sua prática com as mulheres ou com os rapazes, ele soube dar provas de comedimento. Mesmo na referência à relação “conforme à natureza”, que liga o homem e a mulher para os fins da geração, por mais marcada que seja a referência à natureza, a distinção fundamental é feita em relação à continência e incontinência. As práticas que contravêm à natureza e ao princípio da procriação não são explicadas como sendo de uma natureza anormal, mas antes como consequência do desmesurado, é a “intemperança no prazer” que está na sua origem.

A outra variável tem a ver com o “papel” ou “polaridade”. Ao papel masculino na relação corresponde a função ativa, definida pela penetração; no outro extremo temos o papel passivo, do parceiro-objeto, sendo este papel o que a natureza reservou às mulheres. Os aphrodisia são pensados como uma atividade implicando dois atores, um que exerce a atividade e outro sobre o qual a atividade é exercida. Os primeiros são, evidentemente, os homens adultos e livres e os segundos são as mulheres, que figuram em representação de um conjunto mais amplo de objetos de prazer possível e que compreende as mulheres, os rapazes e os escravos. O excesso e a passividade são, para um homem, as duas formas principais de imoralidade na prática dos aphrodisia.

Tendo em conta a *chrēsis*, a questão não é a do que é permitido ou proibido de entre os desejos ou atos, mas uma questão de que maneira se distribui e se controla os seus atos. De que maneira obter o prazer “como convém”? Nesta reflexão sobre o uso dos prazeres, há

que ter em conta uma tripla estratégia: a da necessidade, a do momento e a do *status*.

No uso dos aphrodisia regulado pela necessidade, o objetivo não é o de anular o prazer, trata-se antes de sustentá-lo pela necessidade que o desejo suscita. Pelo que

a fome, a sede, o desejo amoroso, as vigílias, são as únicas causas do prazer que se tem em comer, em beber, em fazer amor, em repousar e em dormir, quando se esperou e se suportou essas necessidades até que a sua satisfação fosse tão agradável quanto possível. (Foucault, 1998, p.53)

No entanto, se é preciso sustentar a sensação de prazer pelo desejo, por outro lado não se devem multiplicar os desejos pelo recurso a prazeres que não estão na natureza: é o cansaço e não a ociosidade cultivada que deve dar vontade de dormir; e se é possível satisfazer os desejos sexuais quando eles se manifestam, não se deve criar desejos que vão além das necessidades (Foucault, 1998). A temperança é a única que faz suportar as necessidades, mas também a única que faz experimentar um prazer digno de memória.

Relativamente à estratégia “do momento”, consiste em determinar “quando convém”, para os gregos constitui não só um problema moral, mas também uma questão de ciência e técnica. Um dos aspetos fundamentais da virtude da prudência, para o indivíduo se conduzir como convém é ter em conta a “política do momento”, nos diferentes domínios, quer se trate da vida da cidade ou do indivíduo, do corpo ou da alma.

Na determinação deste momento oportuno pode utilizar-se diversas escalas. A escala da vida, como por exemplo a idade oportuna à prática dos prazeres, que não deve ser quando se é muito jovem nem prolongar até uma idade avançada. Há também a escala do ano com as estações, em que se atribui grande importância à correlação entre a atividade sexual e a mudança de equilíbrio no clima (entre o quente e o frio, o húmido e o seco). Também se deve escolher o momento durante o dia, em que por razões dietéticas, de decência e religiosas era preferível a noite.

A arte de usar o prazer também é avaliada segundo o *status* do protagonista. Assim, não é criticado quem comete uma falta pouco honrosa se for de condição obscura e humilde, agora se foi alguém que atingiu a notoriedade essa falta cobre-o de vergonha. De modo que, quanto mais se quiser colocar a sua conduta em alta estima, quanto mais se tiver ou se

quiser ter autoridade sobre os outros, mais será preciso impor-se, por escolha e vontade, princípios rigorosos de conduta sexual. “A temperança é representada com grande regularidade entre as qualidades que pertencem ... não a todos e a qualquer um, mas, de forma privilegiada, àqueles que têm posição, status e responsabilidade na cidade” (Foucault, 1998, p.58).

O termo *enkrateia* refere-se à relação consigo mesmo, nessa atitude que é necessária à moral dos prazeres que se manifesta no bom uso que se faz deles. Caracteriza-se fundamentalmente numa forma ativa de domínio de si, que permite lutar ou resistir garantindo a sua dominação no terreno dos desejos e dos prazeres: ela é comedimento, tensão, continência. Somente instaurando em relação aos prazeres, uma relação agonística, é que o indivíduo pode conduzir-se moralmente. A *enkrateia* na sua definição de domínio e vitória, pressupõe a existência de desejos, e tem tanto mais valor quanto maior for o domínio daqueles que são mais violentos. A virtude no campo dos prazeres não é definida como um estado de integridade, mas como uma relação de dominação. Enquanto na ética da carne esta luta/contenda se dá contra um “Outro” sob as suas mais insidiosas e secretas formas, com suas artimanhas e ilusões; na ética dos aphrodisia esta contenda se desenrola de si para consigo, o adversário a vencer não é exterior a ele, não está perto dele ou nele, é parte dele. Lutar contra os desejos e prazeres é medir-se consigo mesmo.

A virtude de *sōphrosunē* refere-se a um estado geral que garante uma conduta “como convém para com os deuses e para com os homens”, isto é ser temperante, mas ao mesmo tempo justo e devoto, como também corajoso. O temperante sabe escolher deliberadamente bons princípios, segui-los e aplicá-los, tendo prazer na moderação que apresenta. No oposto da *sōphrosunē* está a intemperança (desregramento) (*akolasia*), onde há escolha deliberada pelo sujeito de maus princípios, o intemperante se abandona até aos mais fracos desejos, obtendo prazer com essa má conduta.

Ao contrário da intemperança na incontinência (*akrasia*) não há escolha deliberada de maus princípios. O incontinente deixa-se levar contra a sua vontade, apesar dos seus princípios razoáveis, por não ter força suficiente para impô-los, para lutar e dominar, ou porque não refletiu suficientemente sobre eles. Pelo que o incontinente pode curar-se e aceder ao

domínio de si, ao contrário do intemperante. “Nesse sentido a enkrateia é a condição da *sōphrosunē*, a forma de trabalho e de controle que o indivíduo deve exercer sobre si para tornar-se temperante (*sōphrōn*)” (Foucault, 1998, p.62).

A *sōphrosunē* não implica a supressão dos desejos; “o temperante não é aquele que não tem mais desejos, mas aquele que deseja ‘com moderação, não mais do que convém, nem quando não convém’” (Foucault, 1998, p.66).

No mundo dos romanos, como refere Vaz (2003), há atitudes e comportamentos parecidos com os dos gregos. Continua-se a incentivar o desejo dos homens que teria apenas como limite o estatuto de cidadão do outro. Da violação desta fronteira decorria o conceito de *stuprum*, como violação da integridade sexual de um romano livre, qualquer que fosse o seu sexo. O que inviabiliza uma relação do tipo *erasta/erómeno*, sendo que o problema não é o sexo do desejado, mas o seu estatuto de cidadão. Partilham com os gregos a divisão em função da atividade sexual sendo o papel ativo o masculino, e o papel passivo o feminino, seja qual for o sexo do parceiro passivo. No entanto, os papéis de género não se esgotam na determinação de quem penetra e de quem é penetrado, pelo que o conceito de homem efeminado tinha uma outra abrangência, englobando os homens que não são capazes de se controlar a si nem aos outros, é a ausência de um *imperium* que é tipicamente masculino, daí a afirmação de Williams (1999), como citado por Vaz (2003) “A essência da fraqueza feminina, personificada pelas mulheres e pelos homens efeminados é a *mollitia* (moleza)” (p.22). Por isso, um homem efeminado pode ser aquele que apresenta um comportamento desregrado com as mulheres.

Tal como os gregos, também para os romanos era importante o contexto ou o estatuto dos intervenientes na avaliação dos atos sexuais, pois o mesmo ato de *impudicitia* escandalizava num homem livre, decorria naturalmente do estatuto de escravo e podia ser compreendido no liberto, desde que praticado com o antigo amo a quem devia gratidão. Mantém-se a inferioridade das mulheres e a aceitação das relações homossexuais desde que o homem tenha um papel ativo, assim como a defesa da moderação sexual por razões de saúde (Vaz, 2003).

A literatura médica sugeria que os romanos encaravam a sexualidade com uma certa

ansiedade. Plutarco louvava a abstinência sexual com a própria esposa enquanto treino para passar sem outras mulheres. O interesse dos homens pela abstinência centrava-se mais nos benefícios para a saúde do que na proteção contra a gravidez que esta representava para as esposas. Célio Aureliano afirmava que o ato sexual contribuía para a pleurisia, a apoplexia, a loucura, a paralisia, a nefrite e hemorragias; ataca igualmente o argumento de Asclepiades de que o coito podia curar a epilepsia, dizendo que o coito é em si uma “epilepsia menor”. O medo dos excessos sexuais pode ter como resultado a queda nos índices de relações sexuais, tratando-se assim de um dos factores responsáveis pela notável infertilidade da elite romana (McLaren, 1997).

Nos primeiros séculos da nossa era, há pela Igreja primitiva uma acentuação dos males da sexualidade humana que lhe imprimiram um cunho preponderantemente negativista, ao que ajudou a confluência de certas correntes filosóficas e doutrinárias. Merecendo destaque o estoicismo que reduz a finalidade dos órgãos sexuais à reprodução; o neoplatonismo, que considerava como dimensão especificamente humana a espiritual, menosprezando a dimensão corporal, e doutrinas de orientação rigorista em relação ao matrimónio que tiveram influência na moral cristã da sexualidade, como o encratismo que acentuava a continência sexual, o gnosticismo que apresentando a matéria como a obra de um princípio mau depreciava o matrimónio e o montanismo que impunha um rigoroso ascetismo traduzido por uma radical continência. Pelo que neste contexto era dado especial realce à virgindade, assim como gozava de apreço a viuvez e má aceitação para as segundas núpcias (J. Pinto, 1996).

A mudança de atitudes para com a sexualidade que acompanhou o declínio do império romano estava associada à ascensão do cristianismo, mas não foi ocasionada por ela. Os cristãos e pagãos pareciam dizer praticamente a mesma coisa – especialmente acerca da sexualidade não procriadora -, mas por razões diferentes. Os ataques feitos ao antigo estilo de vida lançados pelos estoicos foram continuados pelos neófitos cristãos. Muitas das virtudes anunciadas por estes tinham já sido antevistas pelos antigos. João Crisóstomo (347-407) foi precedido na sua oposição aos banhos públicos e à nudez por moralistas pagãos; Séneca já havia condenado o adultério antes de Jerónimo (347-420), também

Musónio Rufo e Séneca já tinham tecidos críticas à busca do prazer sexual antes de Jerónimo, Orígenes e Clemente (McLaren, 1997).

Esta mesma ideia defende Vaz (2003), quando refere que “Os estoicos dissertaram amplamente sobre temas queridos aos cristãos, da abstinência sexual á condenação do aborto e das relações “homossexuais”, até ao amor ao próximo ...” (p.25), pelo que algum do ideário cristão encontrou terreno pronto a semear.

De igual forma, Foucault (1998) refere que não houve propriamente uma rotura entre uma moral sexual do paganismo e uma moral sexual do cristianismo, pelo que pontos importantes como a natureza do ato sexual (o valor do próprio ato sexual), a fidelidade monogâmica (a delimitação do parceiro legítimo), as relações homossexuais (a desqualificação das relações entre indivíduos do mesmo sexo), a castidade (o valor atribuído à abstinência rigorosa, à castidade permanente e à virgindade), aparecem como uma constante entre as primeiras doutrinas cristãs e a filosofia moral da Antiguidade, sendo mesmo alguns princípios e preceitos tomados diretamente à filosofia pagã. Numa perspetiva histórica, bem mais longa, podemos ver que temas e exigências que marcaram a ética cristã e a moralidade das sociedades europeias modernas já se encontravam presentes no pensamento grego ou greco-romano. Não se pode inferir, contudo, que formem uma continuidade ou a existência de uma pré-formatação da moral cristã, pois esta fez valer princípios constritivos e de alcance universal. Por seu lado, no pensamento antigo, as exigências de austeridade não se encontravam organizadas numa moral unificada, coerente e autoritária que se aplicava a todos de igual forma, tratavam-se mais de um suplemento, de um “luxo” em relação à moral quotidiana, eram vinculadas em focos dispersos através de movimentos filosóficos ou religiosos que proliferavam em múltiplos grupos e que propunham, mais do que impunham, modelos de moderação e rigor, cada um com as suas características próprias. Há como que uma constância no tempo de pontos de problematização que se reformulavam constantemente e que se relacionavam com o cuidado com a austeridade sexual.

Para McLaren (1997), onde a Igreja foi verdadeiramente inovadora foi na transformação da sexualidade como símbolo da diferença entre pagãos e cristãos e no indicador privilegiado

da moralidade individual. Todos viam agora, independentemente da sua condição, elevada a um novo denominador moral comum a importância de controlar os instintos sexuais.

Um enorme fardo ético era agora suportado por actos até então considerados pouco mais significativos do que comer ou beber. Os pagãos não haviam sido hedonistas insensatos, mas a ideia de encararem práticas sexuais mundanas como os indicadores privilegiados do estado espiritual de cada um era anteriormente impensável. Os cristãos fizeram de uma diferença de cambiante a base de uma clivagem cultural fundamental. (pp.89-90)

A fixação na sexualidade decorre de uma tensão na conciliação da aparente oposição entre as exigências do espírito e do corpo, a que não é estranha a ideia de uma certa repulsa pelo corpo que «andava no ar» nos primeiros séculos do cristianismo. Merece referência S. Agostinho dada a sua influência no pensamento cristão, que cristalizou a doutrina da Igreja nos séculos futuros. Ele apresentava uma visão mais positiva do matrimónio, desde que produzisse progenitura, fidelidade e continência. Não se fazia referência ao amor recíproco, pois o amor era considerado uma paixão subversiva e destrutiva, o que interessava era a *caritas conjugalis* - a amizade, a caridade e a fidelidade, pelo que “Agostinho traçava o contraste entre um casamento respeitável, ‘contraído por causa da prole, e o pacto de um amor lascivo” (McLaren, 1997, p.92). As relações sexuais só deviam ser empreendidas em busca da prole, pois se tivessem como objetivo a busca do prazer, mesmo com o cônjuge, eram sujeitas a pecado venial.

Também J. Pinto (1996), faz referência ao pensamento de Agostinho, fazendo notar que, neste, o ato conjugal não é algo mau, mas apenas misturado com algum mal, sendo a sua moralidade avaliada pelo fim em vista. Apesar de sublinhada a concupiscência que sempre o acompanha, é algo lícito e honesto se orientado para o seu fim natural - a procriação, mas é falta venial se procura a satisfação da concupiscência.

Na época medieval é de referir Pedro Lombardo, pois a sua doutrina exerceu poderosa e prolongada influência na teologia moral do matrimónio e da sexualidade. Afirma como suficiente para o matrimónio o *affectus conjugalis*, mesmo sem a intenção de ter filhos; quanto ao ato conjugal devido à concupiscência que o acompanha é apenas desculpado pelos fins do matrimónio.

Os séculos seguintes até ao Concílio Vaticano II, não trazem grandes novidades em termos de reflexões sobre o matrimónio e sexualidade. Pelo que a doutrina cristã até ao Concílio Vaticano II, passava por dois vetores fundamentais:

1) visão predominantemente generativa e genital com a consequente dificuldade de integração harmónica dos pólos procriação - prazer; 2) referência à sexualidade quase exclusivamente no âmbito matrimonial, com o consequente silenciamento quase total da sexualidade como dimensão presente em todas as etapas do desabrochar humano. (J. Pinto, 1996, p.36)

Contudo, o modo de pensar o sexo e os afetos é fortemente determinado por variáveis sociais, mesmo no interior de uma Moral Universal. No seio da própria Igreja houve posições/discursos divergentes; por exemplo, a tentativa inicial de impor o celibato aos clérigos aprovada no concílio de Elvira (305/306) e revogada no concílio de Niceia (325), só veio a ser conseguida a sua imposição no século XIII, pela Igreja Romana (Vaz, 2003).

Também a nível social, como refere McLaren (1997), enquanto praticamente em toda a Europa até ao século XI, em que dominava a herança divisível, as famílias proprietárias tinham interesse em limitar o número de filhos para evitar a divisão das terras, a partir do século XI, com o aparecimento da primogenitura, esta pressão foi aliviada pois a transmissão dos bens era só efetuada para o filho mais velho. Refere, ainda, a aceitação explícita de um modelo sexual duplo (o evitar das relações sexuais pelas esposas, fosse porque razões fosse, e uma certa liberdade para os homens recorrerem a prostitutas, encarada como uma válvula de segurança necessária para o alívio da paixão sexual masculina); sustenta mesmo que a prostituição era teologicamente defendida no final da Idade Média, pois os penitenciais, embora atacassem a lascívia e o adultério, nada referiam em relação às prostitutas. “Foram estabelecidos bordéis pelos municípios para dar apoio ao casamento e combater o adultério e a homossexualidade. Gozavam da protecção real e municipal em Espanha e França meridional, onde os seus proprietários nobres ou burgueses os ‘arrendavam’ a encarregados” (McLaren, 1997, p.134).

Na Idade Média, era a Igreja, mais que qualquer governo, que policiava a moralidade. Neste período há denúncias renovadas da oposição da Igreja ao controlo da fertilidade por duas razões: por um lado, a tradicional hostilidade à sensualidade, que foi revigorada por

um renascimento do agostinianismo, na alta Idade Média e, por outro lado, como resposta ao catarismo, uma nova heresia do século XII que se opunha à procriação. A Igreja, deste período, sempre se preocupou mais com o prazer que resultava de atos antinaturais, do que com a contraceção propriamente dita. Esta “não estava decerto sujeita, como a sodomia a partir do século XIII, a castigos selváticos” (McLaren, 1997, p.147).

Chegados à modernidade, diz-nos McLaren (1997) que a Igreja começa a ser substituída, no policiamento dos casais, pelo estado. O autocontrolo sexual era claramente uma forma arraigada de comportamento racional; continuando a ser maioritariamente honrada a injunção medieval «sem terra não há casamento», embora a importância desta fosse menor a partir do século XVI. As uniões que violassem os costumes locais eram censuradas pelos jovens janotas da aldeia que empregavam alaridos ou charivaris para tal. Pouca diferença fazia que a cautela se devesse a uma interiorização da ética cristã ou ao medo do ostracismo social.

Foucault (2009) refere que no início do século XVII ainda havia uma certa franqueza de práticas e palavras, sendo frouxos os códigos da grosseria, da decência se comparados com os do século XIX. A ideia de uma repressão do sexo é colocada como tendo origem no século XVII, “após centenas de anos de arejamento e de expressão livre, faz-se com que coincida com o desenvolvimento do capitalismo: ela faria parte da ordem burguesa” (Foucault, 2009, pp.11-12). Dá-se, então, um cuidado encerramento da sexualidade, em que esta é “empurrada” para dentro de casa, confiscada pela família conjugal. O casal legítimo e procriador, dita a lei, serve de norma e impõe-se como modelo. Há, no entanto, a concessão a sexualidades ilegítimas circunscritas aos circuitos do lucro, gozando de tolerância o *rendez-vous* e a casa de saúde, lugares onde a prostituta, o cliente, o rufião, o psiquiatra e sua histérica, trocavam palavras e gestos em surdina a alto preço. “Fora desses lugares, o puritanismo moderno teria imposto seu tríplice decreto de interdição, inexistência e mutismo” (Foucault, 2009, p.11).

No entanto, analisando as transformações nos três séculos seguintes a esta repressão com início no século XVII, assistimos a uma explosão discursiva em torno e a propósito do sexo. Por um lado, novas regras de decência filtraram as palavras, depuraram o

vocabulário, codificaram toda uma retórica da alusão e da metáfora; definiu-se de maneira precisa onde e quando não era possível falar dele, em que situações e quais os protagonistas, criando zonas de completo silêncio ou, então, de muita descrição como na relação pais e filhos ou alunos e professores, por exemplo, o que representou uma economia restritiva. Por outro lado, em sentido contrário, existe uma compensação ao nível do discurso sobre o sexo, uma fermentação discursiva que se acelerou a partir do século XVIII, discursos específicos, diferentes tanto pela forma como pelo objeto (Foucault, 2009).

Alferes (1997), partindo do pensamento de Foucault, diz-nos que

a expressão *hipótese repressiva* aplica-se às interpretações da história da sexualidade para as quais os excessos da sociedade vitoriana constituem o termo de um longo processo repressivo, cujo início, coincidiu, *grosso modo*, com a Contra-Reforma. A repressão da sexualidade ... encontraria explicação cabal no desenvolvimento do capitalismo e na necessidade correlativa de canalizar as energias sexuais para o processo produtivo. (pp.23-24)

A pastoral católica também sofre uma evolução, evita-se a enumeração em que os manuais da confissão da Idade Média eram profícuos com um exame minucioso do ato sexual em sua própria execução - para que a confissão fosse completa. A descrição é recomendada cada vez com mais insistência. “Uma dupla evolução tende a fazer da carne a origem de todos os pecados e a deslocar o momento mais importante do ato em si para a inquietação do desejo, tão difícil de perceber e formular” (Foucault, 2009, p.25). Pelo que o homem devia examinar cuidadosamente todos os pensamentos, atos, sentimentos, vontades, e apesar do refinamento da linguagem, para não o mencionar diretamente, jamais seria permitido ao sexo a obscuridade e o sossego.

Com efeito, como refere Foucault (2009),

por volta do século XVIII nasce uma incitação política, económica, técnica, a falar do sexo. E não tanto sob a forma de uma teoria geral da sexualidade, mas sob a forma de análise, de contabilidade, de classificação e de especificação, através de pesquisas quantitativas ou casuais. (p.30)

Para Vaz (2003), esta explosão discursiva fez do sexo o segredo mais exposto da história, sendo que esta obsessão classificativa, analítica, de recolha de dados, visava atingir a

verdade pela acumulação de saberes.

A sexualidade, para Foucault (2009), não é mais do que “o correlativo desta prática discursiva lentamente desenvolvida que é a *Scientia sexualis*” (p.78) e, como o próprio refere, a descoberta de Freud ou outro não marca uma nova racionalidade, “mas a formação progressiva (e também as transformações) desse ‘jogo da verdade e do sexo’, que o século XIX nos legou” (Foucault, 2009, p.65). Este empreendimento não data do século XIX, mesmo se foi neste que ele foi enformado por um projeto de ciência.

Esta ciência da sexualidade, com a sua aparente pureza e isenção, conduziu essencialmente a uma prática médica em que a pretensa verdade se subordinava aos imperativos da moral vigente, reiterando-os sob a forma de normas médicas. Era uma ciência que atribuía às menores oscilações da sexualidade toda uma panóplia de males capazes de levar à extinção da própria humanidade. A sua volubilidade levava-a a estar sempre pronta em socorro da lei e da opinião dominante sendo, assim, mais fiel ao poder instituído que à verdade. A ciência em geral, e a medicina em particular, reivindicava para si, enquanto isenta de especulações e falsas crenças, e a partir de uma visão “científica”, a hegemonia no acesso a uma “verdade” irretocável, o que lhe conferia a idoneidade para a análise da prática sexual e seu estudo bem como no ditar de regras em nome da saúde pública e mesmo pureza física e moral da sociedade (Foucault, 2009). A este propósito, Foucault (2009) dá conta de um importante desfasamento, durante todo o século XIX, entre uma biologia da reprodução desenvolvida sob a normatividade científica e uma medicina do sexo que seguia regras de origens totalmente diversas.

Vaz (2003) salienta que, embora as revoluções científicas e políticas viessem baralhar um pouco as regras, manteve-se quase tudo na mesma pelo menos em relação à hierarquia dos sexos. Ultrapassando a fundamentação divina coube à “neutralidade” da ciência com relevo para a medicina, fornecer bases laicas para a organização sexual. De um modelo «unissexual», em que o homem é o ponto de referência, salienta-se apenas as diferenças da mulher para justificar a sua inferioridade, passando-se para um modelo de “sexos opostos”,

assim, o antigo modelo no qual homens e mulheres estavam dispostos segundo o grau de perfeição metafísica, o valor vital, ao longo de um eixo cuja referência era masculina, cedeu o lugar, no fim do século XVIII, a um novo modelo de

dimorfismo radical, de divergência biológica.... A biologia - o corpo estável, sem história, sexuado - é compreendida como o fundamento epistémico das afirmações normativas relativas à ordem social. (Laquer, 1992, como citado por Vaz, 2003, p.32)

A prática discursiva apoiava-se na teoria da degenerescência e procurava fornecer às solicitações do sistema de justiça, a definição de conceitos como motivação e imputabilidade. Neste contexto, procurava-se definir o “normal” a partir das aberrações, merecendo aqui particular destaque o professor de psiquiatria Krafft-Ebing (1840-1902), que escreveu aquele que pode ser considerado o primeiro manual sobre sexualidade. O seu livro, *Psychopathia sexualis* (1886), teve por base crimes sexuais analisados em tribunal, estes comportamentos foram considerados desvios ou degenerescências do comportamento normal, sendo possível a sua transmissão à descendência, pelo que tendo tomado como critério científico a moral dominante, fez a distinção entre instinto sexual (reprodutivo e normal) e instinto patológico, o que o levou a considerar tão doentia a masturbação ou homossexualidade como comportamentos sádicos ou masoquistas (Alferes, 1997; Antunes, 2007; López & Fuertes, 1999; Vaz, 2003).

Com Krafft-Ebing a sexualidade entra no campo de estudo da medicina, pelo que pode ser considerado o predecessor da Sexologia ao descrever de forma sistemática determinados comportamentos sexuais, embora o fizesse pela porta das patologias. A partir daí novos estudos proliferam no estudo de comportamentos que agregam pessoas, para lhes descobrir os traços “característicos”, físicos e psicológicos (López & Fuertes, 1999; Vaz, 2003). Não que anteriormente não houvesse já descrições de sinais característicos de determinados comportamentos/vícios, só que com a entrada em cena da medicina ocidental, com o seu estatuto de cientificidade, há um processo contínuo de medicalização da sociedade que lhe aumentou desmesuradamente o poder, pelo que se poderia afirmar que “os médicos, de certo modo, tornaram-se os alto-sacerdotes de uma ‘religião’ que substituía a chaveta virtude/pecado pela de normal/anormal” (Vaz, 2003, p.36).

Há, no entanto, uma evolução das atitudes de Krafft-Ebing, como frisa Vaz (2003), pois acabou por defender os direitos dos homossexuais e a abolição do crime de sodomia, tendo escrito no seu último artigo sobre homossexualidade (1901) que esta

não era um fenómeno patológico, mas uma condição biológica e psicológica que tinha que ser aceite como um destino mais ou menos deplorável, mas natural. Focando menos os actos sexuais e mais os aspectos relacionais da sexualidade, atribuiu também um valor ético igual aos amores uni e heterossexuais. (Oosterhuis, 1997, como citado por Vaz, 2003, p.35)

Muitos outros autores, embora com menor influência que Krafft-Ebing, começaram a dar uma visão mais positiva da sexualidade, destacando-se o médico e professor inglês Havelock Ellis (1859-1939) que, tendo conhecido diversas culturas nas suas numerosas viagens, apresenta esta perspectiva mais positiva e aberta da sexualidade. Nos seus trinta e dois ensaios, publicados a partir de 1896 e dedicados ao estudo da psicologia do sexo, apresenta a sexualidade como uma dimensão positiva e com lugar de destaque entre as motivações humanas, sendo que pode ser vivida de diferentes maneiras. Reconhece na origem das diferentes disfunções sexuais o peso dos fatores psicossociais, rompendo com a conceção biológica. Criticou e relativizou o conceito de normalidade, utilizando uma das suas frases preferidas “pensa que nem todos são como tu”, pelo que recusou muitos preceitos tidos como verdades científicas, defendendo que

a masturbação não é um comportamento patológico, mas sim uma prática comum em ambos os sexos; a homossexualidade não é um desvio, mas sim um comportamento minoritário; o prazer não é só desejável no homem, mas também a mulher deseja e pode obter prazer nas relações sexuais. (López & Fuertes, 1999, p.41)

A partir de meados do século XIX, a comunidade científica começa a por em causa as posições da Igreja em relação ao amor, casamento e sexualidade, que haviam reduzido já desde a Idade Média o casamento à procriação e à fidelidade. A medicina ajudou a combater a rigidez moral vigente, entre outras coisas afirmando que a masturbação não produz doenças físicas, podendo apenas eventualmente levar a perturbações nas relações sexuais (Antunes, 2007). Desta forma, preparou-se o terreno para o que viria a ser a revolução do século XX.

Para Foucault (2009), a história da sexualidade pressupõe duas roturas, uma no decurso do século XVII, em que surgem as grandes proibições com a valorização unicamente do sexo adulto e conjugal, acompanhado por imperativos de decência que ditam pudores em relação ao corpo e à linguagem; a outra no século XX, onde os mecanismos de repressão

teriam começado a abrandar e, das interdições absolutas, passa-se a uma relativa tolerância em relação às relações pré-nupciais e extramatrimoniais, menor marginalização dos perversos e sua condenação pela lei, assim como o desfazer de grande parte dos tabus em relação à sexualidade infantil.

Na tomada de consciência da importância decisiva da sexualidade na vida humana, Sigmund Freud (1856-1939) é sem dúvida o nome maior. Com base no estudo dos seus doentes psiquiátricos descobriu, para além dos sintomas manifestos, que todos tinham tido conflitos infantis de natureza sexual, o que o levou a formular o conceito de pulsão sexual e uma teoria sobre o adoecer psicossomático com base na história sexual de cada pessoa. Tem aqui enorme importância a sexualidade infantil. Freud apresenta a libido ou pulsão sexual como fator de motivação e organização dos comportamentos e do desenvolvimento psicosexual, esta está presente na vida do homem desde o seu nascimento, estabelecendo, assim, uma continuidade do desenvolvimento sexual desde a infância à idade adulta. Esta pulsão sexual é uma força/energia endossomática que flui continuamente orientada pela necessidade de busca do prazer, sendo que, no que tange ao objeto da pulsão, este é variável. Esta dinâmica profunda, porque desconhecida do próprio, explica não só os sintomas e comportamentos do doente como do indivíduo normal, e pode ser descoberta através do método psicanalítico (Antunes, 2007; López & Fuertes, 1999).

Não tendo a pulsão sexual pré-fixado o objeto de satisfação, ela pode satisfazer-se de diferentes formas, sendo a sublimação uma das vias possíveis de viver sadicamente a sexualidade, permitindo usufruir de realizações da mais diversa natureza (López & Fuertes, 1999; M. Neves & Osswald, 2007).

Foi também a psicanálise que operou a rotura com o sistema perversão-hereditariedade-degenerescência, libertando a sexualidade das correlações com a hereditariedade e, portanto, com todo o tipo de racismos e eugenismos. A sexualidade freudiana seria mais “democrática” por impor a todos um processo de desenvolvimento comum, alheio a tempos históricos e raças (Foucault, 2009; Vaz, 2003).

Esta extraordinária construção intelectual de Freud não está isenta de críticas e, para alguns, de erros preconceituosos. Vaz (2003) aponta desde logo a associação entre a

procriação (logo heterossexualidade) e sexualidade normal, pois como refere Freud (1974), como citado por Vaz (2003), “O que se entende por sexualidade fora da psicanálise, é uma sexualidade completamente restrita, uma sexualidade posta apenas ao serviço da procriação, em resumo o que se chama a vida sexual normal” (p.36). Sendo que, em Freud, tal como para Krafft-Ebing, é normal tudo o que não cai na alçada das perversões, pois “O que caracteriza, ... todas as perversões, é que elas desconhecem a finalidade essencial da sexualidade, ou seja, a procriação. Qualificamos com efeito como perversa toda a actividade sexual que, tendo renunciado à procriação, busca o prazer como fim independente daquela” (Freud, 1974, como citado por Vaz, 2003, p.36).

Independentemente da veracidade e aceitação dos seus postulados, o reconhecimento da importância da sexualidade na saúde e na doença e a crítica à moral sexual vitoriana são contributos do pensamento freudiano, bem como a tomada de consciência da existência da sexualidade infantil, contributos que tiveram uma influência decisiva no século XX. Nos anos posteriores à Primeira Guerra Mundial, com a publicação das últimas obras de Ellis e Freud, os valores próprios da era vitoriana entram em crise e novas ideias de liberdade e igualdade acabam por se estender por todo o ocidente. Muito contribuíram para esta mudança a influência do pensamento socialista, as transformações socioeconómicas, a incorporação de muitas mulheres no trabalho e os movimentos feministas e juvenis (López & Fuertes, 1999).

Reich, crítico do carácter excessivamente repressivo da nossa cultura e a associação juvenil *Sex-Pol*, defenderam nos anos 30, na Áustria e Alemanha, a necessidade de uma revolução sexual como parte fulcral da revolução social, “esta revolução defendia o direito dos jovens à sexualidade e a obrigação da sociedade oferecer assistência na educação sexual e contraceção para que este direito pudesse ser exercido sem risco” (López & Fuertes, 1999, p.44).

Só a depressão de 1929, algumas formas de poder fascista e a Segunda Guerra Mundial pararam temporariamente este processo de reconhecimento social da sexualidade. Com o triunfo das democracias no ocidente, o interesse de alguns investigadores pela sexualidade bem como a difusão de publicações com esta relacionadas, estendem-se as ideias e práticas

de uma sexualidade mais liberal. Assim, “a educação sexual na escola e os cuidados de saúde na área do planeamento familiar converteram-se em serviços reconhecidos pelos próprios poderes públicos em numerosos países” (López & Fuertes, 1999, p.45).

Em Portugal só as grandes mudanças políticas e sociais introduzidas com o derrube da ditadura em 25 de abril de 1974 e com o acesso ao poder de governos com perspetivas mais liberais e modernas, foi possível a implementação, em 1976 (por despacho governamental) de consultas de planeamento familiar nos centros de saúde. Sendo o direito ao planeamento familiar, consagrado na Constituição da República aprovada em 1976. As mudanças havidas na sociedade portuguesa, acompanhadas do intenso debate público, possibilitaram a legitimação em definitivo do direito ao planeamento familiar e à educação sexual, através da aprovação da Lei n.º 3/84, de 24 de março, que também contemplava o acesso das camadas mais jovens (A. Almeida, 2004).

Entre os diferentes estudos sobre sexualidade, Kinsey (1894-1956), nos anos cinquenta, e depois os trabalhos nos anos sessenta do casal Masters e Johnson, criaram um novo campo de estudo - a Sexologia, revolucionando o conhecimento sobre a sexualidade humana (Antunes, 2007; López & Fuertes, 1999; Vaz, 2003).

Kinsey introduz uma nova vertente de estudo da sexualidade - a sociológica. Através do estudo de uma amostra de 10 mil norte-americanos, chega a resultados interessantes, em relação à infidelidade masculina (40%), à masturbação feminina (62%). Estes dados, juntamente com outros referentes a atividades sexuais concretas como a homossexualidade, levaram muitas pessoas a sentir-se libertos por verem que determinados comportamentos/fantasias não lhes eram exclusivos. Os estudos de Kinsey, ao pretenderem uma alteração de mentalidade ao demonstrar que aquilo que as pessoas consideravam mais secreto, individual e motivo de vergonha devia ser considerado normal, levaram a uma forte contestação por parte das forças conservadoras de então (Antunes, 2007; López & Fuertes, 1999).

Algumas práticas sexuais como a masturbação, a homossexualidade, o sexo oral até aí considerados perversos, são atualmente considerados como parte integrante de uma sexualidade normal, por grande parte dos autores da comunidade científica, sendo disso

mesmo reflexo a DSM-III-R da Associação Americana de Psiquiatria (1987) e a CID 10, da OMS (1992). Estes comportamentos sexuais, quando integrados dentro da vida afetiva dos casais e livremente consentidos, não são classificados como comportamentos desviantes.

Os trabalhos de Masters e Johnson sobre a resposta sexual humana vieram demonstrar que a resposta sexual masculina e feminina é muito semelhante, sendo o prazer da relação sexual equivalente entre homens e mulheres. Ao seguirem uma metodologia experimental rigorosa, foram mais bem aceites pela comunidade científica, embora não evitassem também o ressoar de algumas vozes escandalizadas. Com este tipo de estudos aceitou-se pela primeira vez que também a sexualidade pode ser estudada em laboratório. O saber acumulado, com estes estudos, permitiu-lhes obter dados que serviram de base para propor um modelo de terapia sexual para a maioria das disfunções sexuais (Antunes, 2007; López & Fuertes, 1999).

A investigação científica no campo da sexualidade não pára, debruçando-se sobre o estudo dos processos de sexualização. Assumem grande atualidade os estudos e os tratamentos que deles derivam sobre os problemas na identidade sexual, como o transsexualismo e as crises de papéis sexuais tradicionais, pelo que pode dizer-se que nos anos oitenta se abriu um novo campo de investigação científica - o da sexualidade (López & Fuertes, 1999).

A vertigem terapêutica no campo da sexologia tem vindo a abrandar como reconhece Vaz (2003), que defende a Sexologia como um ponto de encontro de diferentes olhares. Esta interdisciplinaridade, referem López e Fuertes (1999), torna por vezes difícil o entendimento dentro da comunidade científica, no entanto, tal não impediu que, fruto dos esforços de inúmeros investigadores no aprofundamento de conhecimentos nesta área, bem como a sua partilha e difusão no seio da sociedade, se possa afirmar que a sexualidade foi finalmente resgatada ao seu secretismo.

O estudo e o conhecimento adquirido no âmbito da sexualidade podem melhorar a qualidade de vida do homem e possibilitou já a intervenção em diferentes áreas como a educação sexual nas escolas, o planeamento familiar como parte integrante de numerosos serviços de saúde, em praticamente todos os países desenvolvidos, e a terapia sexual,

embora esta mais difundida nos serviços privados.

A sexualidade acaba por ser o “espelho” de cada cultura e cada época, uma vez que integra os valores e os padrões culturais de cada sociedade. Esta construção social ultrapassa claramente a sua componente biológica básica, resultando fortemente da modelação de fatores psicológicos e sociológicos. Como resultado as práticas sexuais consideradas desejáveis ou normais e as indesejáveis ou desvios, ser variável de cultura para cultura e ao longo do tempo.

2. O JOVEM NA SOCIEDADE HODIERNA

A “revolução sexual”, a que aludimos anteriormente, não representa um avanço neutro em termos de género na permissividade sexual. Ela baseia-se em dois elementos essenciais, uma (r)evolução na autonomia sexual feminina, centrada nessa época, mas com antecedentes que vêm já do século XIX e o florescimento da homossexualidade masculina e feminina que vem revolucionar a forma de encarar a sexualidade para ambos os sexos. A partir desta, as relações sexuais pré-conjugais tornam-se usuais, independentemente do sexo, tem-se relações sexuais com quem se gosta (ou não) sem que isso represente um compromisso para o futuro, o que importa é a felicidade individual, em que o prazer e o erotismo passam a fazer parte das relações sexuais (Antunes, 2007).

Para V. Pinto (2014), toda a evolução cultural e filosófica de que a denominada “revolução sexual” é um marco importante, que anunciava o permissivismo hedonista convidando a viver a vida assente em duas premissas “a sexualidade como consumo” e a “sexualidade sem risco nem arrependimento”, veio culminar na relativização total da sexualidade, em que a afetividade se encontra secundarizada, alterando radicalmente, no século XX, o relacionamento humano. Para este autor, esta transformação conduziu a sexualidade do tabu à sua banalização e se o tabu provocou inúmeros complexos, a hipersexualidade, por sua vez, não está isenta de problemas.

Diríamos, hoje, que o desconfinamento progressivo da sexualidade, o fervilhar discursivo (e não só) em torno e a propósito da sexualidade, levam-nos a concordar com M. Neves e

Osswald (2007), quando afirmam que “depois de uma época em que tudo o que dizia respeito ao sexo era entendido como realidade imoral e penosa que não devia ser tornada pública nem discutida, o tabu estilhaçou-se e hoje existe, claramente, uma saturação de referências à sexualidade” (p.157).

É inegável que o desenvolvimento verificado trouxe inúmeros benefícios para a sociedade atual, mesmo no que diz respeito à vida afetivo-sexual, no entanto, é também inegável, no que diz respeito à sexualidade, que se passou de um extremo para o outro, do silenciado e proibido para a sua exposição e utilização extrema. É o que V. Pinto (2014) refere como sendo a lei do pêndulo e a dificuldade de manter um equilíbrio, a sexualidade passou da obscuridade para o mediatismo.

Recorremos precisamente ao pensamento de V. Pinto (2014), para ilustrar o contexto em que hoje os jovens crescem, interagem e vão formando a sua personalidade:

Ontem, a sexualidade não era nada, hoje é o absoluto para a solução de todos os problemas. Cai-se então numa visão obsessiva da sexualidade, coisificada, comercializada, desprovida de ingredientes pessoais, reduzida a um bem de consumo. Os meios de publicidade usam-na para vender todo o tipo de produtos. O importante é produzir, vender, ganhar e, para isso, a sexualidade é um instrumento valioso e que dá lucro. A sexualidade então degrada-se, torna-se um simples valor comercial, seja para vendê-la, seja para utilizá-la na venda de outros produtos. Ultrapassa o erotismo, converte-se em excelente moeda de troca. É claro que acaba por se criar uma sexualidade culpabilizada que abre a porta à violência, de forma inevitável. (p.29)

A influência da sociedade e da cultura nos comportamentos sexuais é por demais evidente, assim, C. Almeida e Teixeira (2010) apresentam-nos a sociedade hodierna como o resultado progressivo de um conjunto de mudanças, ressaltando, desde logo, a destruição da espiritualidade humana. A visão teocêntrica que orientava o agir humano e dava um sentido para a sua existência foi colocada em causa pela utopia da modernidade e a sua crença numa nova racionalidade em que o progresso técnico-científico e económico traria a realização pessoal, a felicidade e afastaria o Homem do sofrimento. Porém, a realidade levou a comunidade humana à descrença no projeto da modernidade, pois não só o vasto leque de expectativas apresentava um défice no seu cumprimento, como o Homem se viu inúmeras vezes vítima do anunciado progresso, de que a Segunda Guerra Mundial é o

exemplo maior. Com a crise do modernismo e com filósofos como Nietzsche a anunciar a “morte de Deus” ou Heidegger a apresentar o homem como o “ser-para-a-morte”, um “ser-para-o-nada”, o indivíduo pós-moderno vê-se na árdua tarefa da busca de si próprio, sem certezas e sem referências. Esta sociedade hodierna

Edificada sobre a Autonomia, acompanhada pelo crescente nihilismo assente na debilidade do ser, do pensamento, da verdade e das relações sociais, leva o Homem à adopção [sic] de um individualismo atroz e de uma moral hedonista e permissiva, que abre caminho a uma revolução nos processos de busca da felicidade. Sendo a felicidade uma tarefa do Homem integral e complexo, do qual não se pode retirar a dimensão constituinte que é a sexualidade, também esta vem sofrendo profundas alterações. (C. Almeida & Teixeira, 2010, p.81)

Neste novo paradigma emergem na sociedade, na perspectiva de V. Pinto (2014), características negativas, que influenciam profundamente a vida afetivo-sexual das pessoas e aponta-nos, desde logo, o racionalismo materialista, a permissividade hedonista, o subjetivismo individualista, a visão redutora da sexualidade e a absolutização do económico.

Com o racionalismo materialista e a supremacia da razão no ditar dos comportamentos, a importância dos afetos é secundarizada na relação entre as pessoas. Mais do que o amor, o que interessa é a exploração da libido com as sensações e o prazer daí obtido, tudo o resto é platonismo sem interesse. O subjetivismo individualista ao colocar a tónica na perspectiva do indivíduo, reduz a vida afetivo-sexual a um problema pessoal/individual em que cada um define egoisticamente o comportamento a adotar, ficando o outro remetido para o papel de objeto. De todas as características, V. Pinto (2014) aponta a permissividade hedonista como uma das características mais marcantes da sociedade atual.

Procura-se e vive-se o que dá prazer e recusa-se liminarmente, tudo o que traz algum sacrifício. No uso da sexualidade, o culto do prazer, independentemente dos valores que possa envolver, é uma das notas de uma mentalidade permissiva. Para o homem atual, o prazer constitui a única razão do exercício da sexualidade, seja o prazer autoerótico, seja o prazer conseguido num orgasmo, independentemente da relação que se possa ter com um parceiro. A absolutização do prazer na vida sexual é uma das expressões máximas do hedonismo permissivista. (pp.82-83)

Sobressai uma visão redutora da sexualidade muito limitada à sua componente biológica e a sua riqueza ao seu uso fisiológico. Há um empobrecimento da sexualidade, em que na

relação com o par se procura sobretudo o prazer numa relação física que culmina no orgasmo, sendo desconsiderada a afetividade como elemento essencial. Por fim, a absolutização do económico remete-nos para uma sociedade em que a cultura do lucro fácil está bem presente e, o liberalismo económico, invadindo todas as facetas do comportamento humano das quais se possa obter lucro, encontrou na sexualidade todo um manancial de formas de a explorar. Hoje, a comercialização do sexo é tão habitual que se tornou quase um sinónimo do progresso de uma sociedade. “As *sex shops* invadiram todas as grandes cidades ... Com referências sexuais, os programas têm uma audiência que dá lucro à estação. E não é preciso falar do sexo como diversão, do sexo como empresa, do sexo...” (V. Pinto, 2014, pp.83-84).

As características da sociedade contemporânea alteraram-se tão profundamente que não se estranha que os comportamentos sexuais se tenham alterado completamente, chegando-se, hoje, a considerar natural o que poderia ser visto como uma autêntica perversão no passado. De facto, a sociedade atual, com a sua permissividade, na ânsia de vencer os tabus do passado recente, acaba por destruir os valores mais belos da vida humana, como seja a capacidade de amar e a importância da afetividade na vida afetivo-sexual do par. Banaliza-se o prazer como objetivo único da vida sexual, que importa maximizar. Nesta cultura permissivista da sociedade, a pornografia é já quase inofensiva. Já ninguém estranha cenas pornográficas nas suas diferentes expressões (publicidade, cinema, teatro, pintura, escultura e até poesia), que são apresentadas como formas eminentes de cultura (V. Pinto, 2014).

Esta permissividade está refletida no pensamento de Antunes (2007), quando nos diz que:

Se é inevitável que tenhamos normas, inclusive para assegurar os direitos individuais, que estas sejam mais abrangentes e menos preconceituosas, de modo a enquadrar o maior número e possibilidades dentro da esfera do comportamento humano, com o mínimo de discriminação em relação às diferenças que hão-de existir sempre. (p.54)

As mudanças culturais ocorridas na sociedade atual, com reflexo nos comportamentos humanos, nomeadamente nos comportamentos sexuais, apresentadas por V. Pinto (2014), são corroboradas por C. T. Almeida e Castro (2014), quando referem que o desejo de

liberdade e felicidade são ambições intemporais, no entanto, enquanto que, outrora, a felicidade era uma meta a atingir, um objetivo que se ia concretizando gradualmente e que envolvia esforço para a sua concretização, hoje existe uma nova temporalidade nesta busca da felicidade, queremos tudo e agora. Como não se respeitam muito objetivos a longo prazo, a busca da felicidade sofreu uma (r)evolução, passando agora por quatro aspetos distintivos – hedonismo, consumismo, relativismo e permissividade (C. T. Almeida, 2007; Lipovetsky, 2007; Rojas, 1994, como citado por C. T. Almeida & Castro, 2014). Existe um autêntico *upgrade* do mito de felicidade para a sua assunção, como o prazer fácil, o bem-estar individual editável e personalizável que as tendências da moda, numa lógica de mercado, vão sugerindo de uma forma apelativa. É a sedução, por uma prática hedonista impregnada de materialismo, pelo prazer consumista que leva o homem a “coleccionar” símbolos e sinais de conforto, novas e excitantes sensações, como sinónimo de felicidade.

Nesta nova cultura hedonista, é essencial a procura do prazer, do bom nível de vida, a ausência de desconforto moral ou psicológico, o que importa é ser feliz, mesmo que seja uma felicidade *light*, que não passe do momento. A felicidade e o prazer são a meta desta nova lógica hedonista, não havendo para isso quaisquer interditos morais ou éticos, pelo que a permissividade representa uma etapa-chave da história sem proibições, sem territórios vedados ou limitações (C. T. Almeida, 2007).

V. Pinto (2014) afirma mesmo que “nada é tabu, no sexual a liberdade é completa ... A moral sexual é uma moral social, a verdade ética foi substituída pela tolerância social” (p.105). Apresenta esta sociedade com uma tônica dominante, a cultura do mais fácil, tanto na esfera individual como social, e que ele adjectiva como sendo uma cultura: do provisório que dá prioridade ao efémero, do prazer, do bem-estar material, da facilidade, do irresponsável, mediatizada, do indivíduo. Na permissividade hedonista a pessoa é secundarizada, pelo que na economia da sexualidade hoje há inúmeros exemplos da utilização indiscriminada de pessoas, para “prazer sexual” de outras. A razão última de todos estes problemas está no culto do prazer pelo prazer. O prazer é considerado como o interesse fundamental a procurar. Os grandes absolutos do homem contemporâneo são o ter, o poder e o prazer.

Na promoção do paradigma dionisíaco, a “revolução sexual” teve uma importância capital acabando por impor-se nas sociedades democráticas, que viram emergir uma nova cultura que presta culto às sensações imediatas, aos prazeres do corpo e dos sentidos, às volúpias do presente, colocando um extraordinário ênfase no *carpe diem*. O liberalismo sexual que acompanha a sociedade de consumo ditou uma dissociação da sexualidade e da moral com a queda de múltiplos tabus, a que não é estranho a difusão e proliferação dos meios de comunicação em massa. Na década de 80, a produção e o consumo pornográfico tiveram um considerável impulso, com o fenómeno da globalização a pornografia deixou de estar confinada às *sex-shops* e às revistas da especialidade, inundando os ecrãs dos computadores. Na sociedade de hiperconsumo temos um “hipersexo virtual, agressivo e banalizado, consumível por todos, a qualquer idade, a toda a hora, nas nossas casas e à distância (Lipovetsky, 2007). Para este autor, “é inegável que a sociedade de hiperconsumo se encontra associada à expansão da pornografia” (Lipovetsky, 2007, p.209).

Considerando o mecanismo “‘triple-A’ ... affordability, accessibility, and anonymity” (Cooper, 1998, como citado por Ezzell et al., 2020, p.460), o conteúdo pornográfico está mais disponível agora do que nunca. As taxas de consumo são altas e crescentes (McCormack & Wignall, 2017; Sun et al., 2016), pelo que cada vez mais a pornografia funciona como um componente essencial da educação sexual dos jovens e da socialização sexual e de género (Rothman & Adhia, 2015; Rothman et al., 2015).

2.1. O namoro/início da atividade sexual

O comportamento sexual dos jovens, nos últimos anos, sofreu uma acelerada e permanente evolução consumando uma verdadeira “revolução sexual” na sociedade ocidental, atingindo mesmo as sociedades mais tradicionais. As transformações ocorridas nas sociedades e nas culturas condicionaram uma maior liberalização dos costumes sexuais, e um maior número de jovens tornou-se sexualmente ativo (Antunes, 2007).

Esta maior liberalização nos costumes e conduta sexuais está já patente na obra coordenada por Pais (1998), quando aí se refere que, nomeadamente entre os jovens, existe uma considerável heterogamia, chegando ao casamento com uma considerável bagagem em

termos de experiência e conhecimentos sexuais, com as mulheres a aproximarem-se tendencialmente dos homens. A atividade sexual já não é conotada com o comportamento adulto, ocorrendo a iniciação sexual normalmente na adolescência, facto facilitado pelo controlo dos nascimentos, o que tornou a sexualidade mais autónoma. Este mesmo autor aponta como uma das mudanças mais relevantes nos comportamentos sexuais, à semelhança do já referido por Antunes (2007), aquela que possibilitou uma maior autonomia sexual feminina. Na ótica de Pais (1998), os jovens parecem ser portadores de uma nova ética sexual, mais desinibida ou tolerante em relações às gerações anteriores, levando-o a afirmar que, enquanto as gerações mais velhas se encontram orientadas para valores que radicam num ideário de *coletivismo societal*, as gerações mais novas parecem orientar-se para valores mais flutuantes que assentam num *individualismo societal*.

Entre as gerações mais velhas, o ideário de *coletivismo societal* dá cobertura a uma ética sexual conservadora, defensora do matrimónio institucional, das ligações duradouras, de um puritanismo sexual. Entre as gerações mais jovens – porque a ‘modernidade’ se associa a uma ‘cultura de separação’ - o ideário do *individualismo societal* estaria mais conectado com uma ética sexual experimentalista e fragmentada onde há lugar para ligações fugazes e românticas, experiências pré-matrimoniais e coabitacionais; iniciações sexuais precoces e relações heterogâmicas; sendo, finalmente, observável uma relativa tolerância a diversas formas de sexualidade socialmente ou ideologicamente consideradas mais periféricas. (Pais, 1998, p.463)

Para Vasconcelos (1998), e com base nos resultados do inquérito de 1997, embora se verifique o adiar da idade do casamento e da parentalidade, os jovens continuavam a ter uma clara orientação para o casamento, coincidindo estes projetos de matrimónio com projetos de parentalidade. Verificou, no entanto, que as atitudes relativamente à sexualidade que precedem o casamento, ou seja, na fase do namoro e de coabitação informal, são caracterizadas por um princípio de reversibilidade, o que consubstancia uma ética de experimentação, diferindo da atitude pós casamento, em que já existe a exigência de fidelidade conjugal. Constatou, igualmente, a subsistência de uma visão do papel das mulheres que subalterniza a sua realização profissional, tendo em conta as suas habituais competências maternas.

Também os dados obtidos por Alferes (1997), num estudo com 587 estudantes (319 do

sexo feminino) do ensino superior da cidade de Coimbra, com idades entre os 18 e 34 anos (média de 21,41 anos), se revelaram interessantes. Os dados apoiam, de forma evidente, a existência de um duplo padrão sexual pré-matrimonial, assim relativamente à experiência sexual, a taxa de virgindade era de 34,9% (sendo de 17,9% para os homens contra 49,2% para as mulheres), a percentagem dos homens virgens é sempre inferior em todas as faixas etárias consideradas. Existe sensivelmente um ano de diferença entre a idade média da primeira relação sexual dos homens (17,67 anos) e das mulheres (18,77 anos) e, embora a maioria (74,3%) refira estar apaixonada pelo primeiro parceiro sexual, esta paixão é mais referida pelas mulheres (88,5%) quando comparada com a dos homens (62,7%). Também em relação ao número de parceiros durante toda a vida, o número de parceiros durante o último ano, o número de *one night stands* e o número de parceiros concomitantes, estes são sempre superiores nos homens em relação às mulheres.

Os homens ... desejam relacionar-se sexualmente com um maior número de parceiros e esperam vir a fazê-lo no futuro. Pensam mais sobre sexo, masturbam-se mais e têm maior experiência do orgasmo. Do ponto de vista atitudinal, revelam-se mais permissivos, admitindo mais facilmente o sexo ocasional, o sexo sem compromissos e o sexo impessoal. Por sua vez, as mulheres mostram um maior conhecimento da eficácia dos métodos contraceptivos e, ao nível das atitudes, manifestam-se mais sensibilizadas para a educação sexual e planeamento familiar.

.... Em síntese, tanto ao nível comportamental como aos níveis atitudinal e normativo, os dois sexos estão de acordo no que diz respeito à sexualidade pré-matrimonial orientada para o prazer e vivida no quadro de uma relação emocional duradoira. O script do 'sexo com afecto' é, pois, um script maioritário partilhado. Em contrapartida, a adesão ao 'sexo pelo sexo' continua a ser quase exclusivamente masculina. Por outras palavras, os dados obtidos permitem-nos concluir pela existência de um duplo padrão sexual condicional. (Alferes, 1997, pp.139-141)

Na sua forma clássica, o duplo padrão da sexualidade pré-matrimonial traduz-se pela permissividade exclusiva dos homens para se envolverem em relações sexuais antes do casamento, sendo que, no duplo padrão sexual condicional, é admitido o relacionamento sexual feminino pré-marital desde que vivido no âmbito de uma relação relativamente duradoira e com envolvimento emocional (Alferes, 1997).

Na nossa sociedade, embora tenda a haver uma aproximação dos papéis sexuais, as expectativas continuam a ser diferentes entre rapazes e raparigas, existindo uma maior

tolerância em relação ao comportamento sexual dos rapazes. Apesar de as atitudes sexuais terem evoluído nos dois géneros, com predominância até do género feminino, os comportamentos sexuais continuam a ser diferentes, sendo que as raparigas continuam a ser mais condicionadas por padrões socioculturais e familiares, de que resulta o denominado duplo padrão de moralidade (Antunes, 2007).

Convém realçar que a convergência dos dois sexos relativamente à atitude face à sexualidade não se reflete noutras preferências ou orientações mais globais, pelo que as raparigas apresentam uma visão mais responsável e idealista da sexualidade, enquanto os rapazes se mostram mais permissivos, instrumentais e detentores de controlo e do poder das relações sexuais (Antunes, 2007).

De facto, estudos mais recentes vêm evidenciar estas transformações no âmbito da vivência da sexualidade, nomeadamente na precocidade das relações sexuais, com uma evolução mais evidente no caso do sexo feminino, mas mantendo-se o duplo padrão sexual (A. Oliveira et al., 2017; Pimentel et al., 2016; Reis et al., 2017). Nos estudos de Alferes (1997), referente ao ano de 1994, e de Antunes (2007), que refere um seu estudo de 1995 com uma amostra de 570 estudantes do ensino superior, encontrou-se como idade média da primeira relação sexual, aos 17,67 *versus* 18,77 anos para homens e mulheres, respetivamente, no estudo de Alferes (1997); e de 16,79 *versus* 18,34 anos para homens e mulheres, respetivamente, no estudo de Antunes (2007). Em contrapartida, no estudo de Reis et al. (2012), em que se estudam os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010, vem já apontar como idade média da primeira relação sexual os 16 anos, ou mais tarde para ambos os sexos, verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, sendo o sexo masculino que mais refere atividade sexual e mais precocemente. Este padrão é mantido no estudo nacional dos comportamentos de saúde dos jovens universitários portugueses, com números relativos a 2016 (Reis et al., 2017).

Esta tendência para a precocidade na iniciação sexual é não só fruto da pressão dos colegas, pois aquele que ainda não teve relações sexuais é visto como a exceção à regra, mas também das maravilhas associadas que os *mass media* parecem transmitir (Ghandour

et al., 2014; Pimentel et al., 2016). Esta precipitação para a relação é evidenciada neste estudo de Pimentel et al. (2016), quando é referido que mais de metade (58%) dos jovens universitários iniciou a atividade sexual de forma imprevista, com grande predomínio (69%) se considerarmos só o sexo masculino. Também o relatório com dados nacionais relativos à saúde dos adolescentes portugueses (Matos et al., 2015), reforça esta ideia, pois daqueles que referiram já ter tido relações sexuais, entre as raparigas, 19,6% afirma que preferia que tivesse acontecido mais tarde, chegando mesmo 7,5% a afirmar que não queria realmente ter tido relações sexuais, os números entre o sexo masculino são substancialmente mais reduzidos nestas duas situações (9,7% e 3,9%, respetivamente).

Apesar da idade de início das relações sexuais ser relativamente semelhante para ambos os sexos, os contextos permanecem diferentes. Algumas conceções de género de índole tradicional podem explicar que, enquanto entre as jovens parece persistir a ideia romântica da entrega ao parceiro através da primeira relação sexual, tradicionalmente num contexto de namoro com a concessão da própria virgindade, que se apresenta como uma consequência natural da consolidação do vínculo amoroso e permite manter o interesse do parceiro no prosseguimento da relação; entre os rapazes, tendencialmente, a sexualidade e sentimento são duas realidades distintas que podem, eventualmente, sobrepor-se e a primeira relação sexual é vista como uma prova de iniciação, um desafio que ele deve superar para provar a sua competência sexual (Delatorre & Dias, 2015; Nelas et al., 2016; Patias et al., 2014; Thongnopakun et al., 2018). Não admira, pois, que os rapazes não necessitem de estar tão envolvidos emocionalmente como as raparigas para o encetar de uma relação sexual. Assim, no estudo de Delatorre e Dias (2015), enquanto o sexo masculino se iniciou sexualmente maioritariamente (45,5%) com uma amiga, as jovens iniciaram-se sexualmente com o namorado (82,7%) e com parceiros mais velhos.

Para V. Pinto (2014), na sociedade atual, contrariando as propostas dos direitos humanos, a sexualidade tornou-se fonte de exploração oportunista. Para este autor, uma forma de violação ocorre quando as jovens não se apercebem que estão a ser utilizadas pelos namorados ou pelos amigos para as primeiras experiências sexuais.

O estudo nacional sobre as trajetórias relacionais e reprodutivas conducentes à gravidez na

adolescência veio demonstrar que, independentemente de terem tido um (59,91%) ou múltiplos parceiros (40,09%), as adolescentes engravidaram de forma mais frequente numa relação de namoro, sendo relações maioritariamente duradouras (> 19 meses) e com homens mais velhos (> 4 anos) (Pires et al., 2014).

A ética da experimentação e relações heterogâmicas entre os jovens é ilustrada em vários estudos em que, apesar de existir uma relação de namoro, não deixam de estar presentes, em especial por parte do sexo masculino, a existência de relações paralelas (Dantas et al., 2015; Darré et al., 2018; Hoffman et al., 2017; M. Santos et al., 2018a; Reis et al., 2012), sendo usual a existência de relações sexuais nos primeiros três meses de namoro para 61,8% dos jovens, sendo a maior percentagem (24,1%) referida ao fim de um mês de relacionamento amoroso (Matos et al., 2012). Esta experimentação estende-se ao relacionamento fora de qualquer relação de namoro, com a procura de parceiros sexuais através da internet (Dantas et al., 2015; Folch et al., 2015; Gräf et al., 2020).

2.2. Comportamentos de risco: gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST's)

Cada cultura constrói e comporta em si mesma todo um quadro normativo do comportamento e atitudes sexuais, que dão sentido à sexualidade e que regulam e orientam as interações sexuais entre os seus elementos. Atualmente, subsiste entre nós uma ideologia e discursos socialmente instituídos, que ligam a sexualidade a valores, crenças e atitudes, que tem por base o modelo sexual reprodutivo, o paradigma do coito heterossexual, o mito da beleza física e jovem, e o duplo padrão de moral sexual (Antunes, 2007).

São, no entanto, reconhecidas por Antunes (2007), mudanças nos últimos anos no âmbito da sexualidade, valorizando-se o prazer, a experimentação e até alguma transgressão. O sexo passou a ter sentido em si mesmo, pelo prazer que proporciona; valoriza-se o prazer e a satisfação sexual e aceitam-se atitudes sexuais não convencionais, principalmente entre os jovens. Entre estes, parece esbater-se o duplo-padrão de moralidade, pelo que chegam

nos dias de hoje ao casamento com uma longa experiência sexual, o que não acontecia nas gerações anteriores, em especial para as mulheres. Apesar da importância do contexto familiar, social, cultural, religioso e económico nos comportamentos sexuais, atualmente, o género desempenha um papel determinante na expressão da sexualidade do indivíduo. Essas diferenças de género podem ver-se na forma como os homens e mulheres vivenciam as suas primeiras experiências sexuais.

De facto, alguns autores têm observado que as vivências da sexualidade e práticas contraceptivas entre os jovens são atravessadas por questões assimétricas de género, havendo uma dominância do papel masculino sobre o feminino, que acaba por interferir nas negociações sobre sexualidade (Delatorre & Dias, 2015; Patias et al., 2014), e que vem refletir-se nos dados obtidos na generalidade dos estudos, nas diferenças observadas entre os dois géneros.

A ligação entre as conceções tradicionais de género e a ocorrência de gestação na adolescência é particularmente evidente (Patias et al., 2014; Pires et al., 2014).

Embora haja um predomínio do sexo masculino entre os jovens sexualmente ativos, a preocupação contraceptiva é particularmente evidente no sexo feminino quando comparada com o sexo masculino (Gräf et al., 2020; M. Santos et al., 2018b; Pimentel et al., 2016; Reis et al., 2017; Spindola et al. 2020).

Mesmo o uso do preservativo masculino é, por vezes, referido pelos rapazes como uma exigência da companheira, para a existência de relações sexuais (Delatorre & Dias, 2015).

Esta preocupação é compreensível, uma vez que é no corpo feminino que se processam as consequências imediatas de uma relação sexual desprotegida (Delatorre & Dias, 2015) e, tendo em conta as tradicionais conceções de género, o impacto acaba por ser substancialmente maior na vida da mulher (Delatorre & Dias, 2015; M. Santos et al., 2018b; Patias et al., 2014).

A passagem dos jovens do ensino secundário para o ensino universitário representa mais um passo na sua progressiva autonomia (C. Oliveira et al., 2016; Nogueira, 2017; Reis et al., 2017; Sales et al., 2016). Esta maior autonomia em relação à família, sobretudo nos

estudantes deslocados, implica também uma maior responsabilidade nas suas opções de vida, verificando-se, muitas vezes, o questionar de convicções, crenças e valores por estes jovens adultos, levando-os a adotar comportamentos pouco saudáveis (Borges et al., 2015; Foster et al., 2014; Reis et al., 2017; Sales et al., 2016; Scull et al., 2019).

Estes comportamentos prendem-se com o consumo de substâncias e práticas sexuais conducentes a oportunidades e práticas de risco, nomeadamente o uso inconsistente de métodos contraceptivos e do preservativo, a existência de parceiros ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e/ou drogas e comportamentos sexuais (A. Castro & Santos-Iglesias, 2016; M. Santos et al., 2018b; Matos et al., 2012; Parks et al., 2017).

Apesar de se verificar um uso relativamente alto de métodos contraceptivos na primeira relação sexual, onde assume especial relevo o preservativo masculino, o que se verifica posteriormente é o seu abandono progressivo ou uso inconsistente (Gräf et al., 2020; M. Santos et al. 2018b; Pimentel et al., 2016; Sanz-Martos et al., 2020; Spindola et al., 2020).

Verifica-se, não raramente, a passagem para a pílula contraceptiva em detrimento do preservativo em relacionamentos mais estáveis e de namoro (Delatorre & Dias, 2015; M. Santos et al., 2018b; Patias et al., 2014) e, em estudantes mais velhos (M. Santos et al., 2018b), constituindo um risco para a transmissão de DST's, quando se verifica com relativa frequência a existência de relações paralelas ou ocasionais (Dantas et al., 2015; Darré et al., 2018; Hoffman et al., 2017; M. Santos et al., 2018a; M. Santos et al., 2018b; Reis et al., 2012; Spindola et al., 2020), embora um dos motivos apontados pelas jovens para o abandono do preservativo e passagem para a pílula seja a confiança na relação (Delatorre & Dias, 2015; Gomes & Nunes, 2015; Patias et al., 2014).

Por outro lado, a insistência no uso do preservativo no âmbito de uma relação estável pode associar-se a falta de intimidade e desconfiança em relação ao parceiro e não à ideia de cuidado, de igual forma, a entrega numa relação sem preservativo é encarada como uma prova de amor no âmbito da relação amorosa (Patias et al., 2014), o que remete para a ideia de Gomes e Nunes (2015) “a associação entre a ideia de amor e preservativo parece estar mais associada à heurística de quem ‘ama protege’ o que facilita a não utilização do preservativo, em vez de a aumentar” (p.177).

O início precoce da atividade sexual, a que já aludimos, representa um fator de risco para a adoção de comportamentos de risco, pois os adolescentes e jovens adultos estão mais propensos a correr riscos (Matos et al., 2015; Neto et al., 2014; Pimentel et al., 2016). Gräf et al. (2020), no seu estudo com 1.547 jovens universitários, verificaram que a idade com que os estudantes iniciaram a vida sexual esteve inversamente associada ao comportamento sexual de risco; sendo aqui considerado comportamento sexual de risco, quando reportado mais de um parceiro sexual nos últimos três meses e não ter utilizado preservativo na última relação. Acresce que, fruto da sua pouca experiência de vida, o conhecimento sobre métodos profiláticos é menor e o uso incorreto está mais presente (M. Santos & Figueiredo, 2015; M. Santos et al., 2018b; Matos et al., 2015).

Reflexo disso são os dados nacionais de 2014, em que se reporta uma diminuição do uso do preservativo e aumento de relações sexuais associadas ao consumo de drogas e álcool, sendo que aqueles que não utilizaram preservativo na primeira relação sexual apontaram como motivos, em primeiro lugar “não pensaram nisso” (42%) e, em segundo, “não tinham preservativos consigo” (31,8%) (Matos et al., 2015), o que remete nestes jovens para uma iniciação sexual de risco e impregnada de irresponsabilidade, em que está evidente o carácter espontâneo e não planeado dos relacionamentos sexuais entre os jovens, o que leva a que grande número se inicie sexualmente de uma forma imprevista (Matos et al., 2015; Pimentel et al., 2016).

Estes fatores, isoladamente ou em conjunto, estão na origem de falhas contraceptivas com potencial para originar uma gravidez não desejada, tendo-se verificado que, no estudo nacional de Pires et al. (2014), as adolescentes engravidaram de forma mais frequente utilizando contraceção à data da conceção e identificando a falha contraceptiva que originou a gravidez (39,22%), tendo indicado maioritariamente o rompimento do preservativo como a causa da falha. As falhas contraceptivas, incluindo o esquecimento da toma da pílula contraceptiva (Águas et al., 2016; M. Santos et al., 2018b), podem também estar na origem do recurso à contraceção de emergência (CE) numa tentativa de evitar uma gravidez não desejada (M. Santos et al. 2018b; Nelas et al., 2016). No estudo de Pimentel et al. (2016), foi referenciada uma prevalência de 40% de utilização da CE, pelos jovens universitários.

Mesmo abordando só o caso dos jovens universitários, observam-se bons conhecimentos em relação à contraceção e DST's, na generalidade dos estudos, mas que não encontram depois reflexo na adoção de comportamentos seguros (Gräf et al., 2020; M. Santos et al. 2018a; M. Santos et al., 2018b; Pimentel et al., 2016; Sanz-Martos et al., 2020; Spindola et al., 2019). Entre nós, os dados nacionais relativos aos comportamentos sexuais de risco dos jovens universitários portugueses, com dados de 2016, revelaram mesmo um agravamento de alguns comportamentos de risco em relação ao ano de 2010, ter engravidado sem desejar (4,1% para 6%), ter tido uma DST (3,3% para 5,2%) e ter realizado uma interrupção voluntária da gravidez (IVG) (3,2% para 4,5%) (Reis et al., 2017). De facto, o acesso à informação e o conhecimento adquirido não garantem, por si só, as escolhas mais adequadas ao nível da saúde sexual e reprodutiva (SSR) (Matos et al., 2014; Sales et al., 2016; Sanz-Martos et al., 2020; Spindola et al., 2019).

Como o aspeto contraceutivo é essencial na prevenção da gravidez indesejada e DST's, é importante a procura dos profissionais de saúde, como fonte de informação para a obtenção de informação completa e credível, assim como a obtenção gratuita dos meios contraceutivos. No entanto, os jovens parecem não sentir a necessidade da procura dos serviços de saúde. Num estudo nacional para avaliação das práticas contraceutivas das mulheres em Portugal (Águas et al., 2016), verificou-se precisamente que são as mulheres mais jovens que menos frequentam as consultas de PF, com apenas 11,9% no grupo dos 15 aos 19 anos e 48,7% no grupo dos 20 aos 29 anos, a referir uma consulta de PF no último ano. Também o médico é menos referido como fonte de informação, sendo que as mulheres de faixas etárias com idades inferiores a 20 anos procuram informação na internet ou junto de colegas/amigos (46,1% e 45,9%, respetivamente), persistindo o uso incorreto dos métodos contraceutivos (Águas et al., 2016; Delatorre & Dias, 2015).

Os indicadores de SSR ainda não são satisfatórios em Portugal, pois cerca de um terço dos infetados com o VIH/SIDA tem menos de 30 anos e cerca de 16% tem entre 15 e 24 anos de idade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2018a). Apesar de se terem registado progressos, o nosso país tem apresentado das mais elevadas taxas de novos casos de infeção VIH e SIDA da Europa ocidental. A taxa de diagnóstico mais elevada registou-se no grupo etário

25-29 anos, sendo que o tempo médio entre a infeção e o diagnóstico era 3,4 anos, no final de 2017 (DGS & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019).

Embora se observe uma redução consistente no número de novos casos diagnosticados em Portugal, há muito que a taxa anual de novos diagnósticos no país é uma das mais elevadas na União Europeia (UE) e, nos anos mais recentes, corresponde aproximadamente ao dobro da taxa calculada pelo European Centre for Diseases Prevention and Control para o conjunto dos países que integram a UE (European Centre for Diseases Prevention and Control, 2018).

O único meio de evitar a infeção com o VIH/SIDA (e outras DST's), entre indivíduos que têm relações sexuais, continua a ser o preservativo (Ramiro et al., 2014).

Para além do uso do preservativo, as relações sexuais associadas ao consumo de álcool e/ou droga têm sido identificadas como comportamentos sexuais de risco (Gräf et al., 2020; M. Santos et al., 2018a; Mola et al., 2016; Ramiro et al., 2015; Reis et al., 2018; Spindola et al., 2019).

No contexto académico, vêm sendo referidos comportamentos sexuais de risco, particularmente evidentes pelo não uso ou uso inadequado dos métodos contraceptivos, o que expõe os jovens às DST's e à gravidez indesejada (M. Santos et al., 2018b; Sales et al., 2016; Spindola et al., 2019). Num estudo nacional, numa população universitária entre os 18 e 35 anos, os jovens mais velhos referiram mais frequentemente terem relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso, parceiros sexuais ocasionais, mais de três parceiros sexuais ocasionais no último ano e relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas (Reis et al., 2012).

Estes consumos podem levar a uma menor eficácia da contraceção, quer pela sua utilização incorreta, quer pela incapacidade de negociar a utilização do preservativo com o parceiro sexual (Dantas et al., 2015; Spindola et al., 2019; Uecker, 2015).

Como a adesão à contraceção é importante, no âmbito da SSR, compreender as razões subjacentes à decisão pode revelar a perceção da (in)vulnerabilidade ao risco (Firmeza et al., 2016; Pimentel et al., 2016). Coloca-se a questão, se com os avanços tecnológicos no

combate às DST's, nomeadamente ao VIH e à SIDA com a introdução dos antirretrovirais, mudou a representação do risco e a sua perceção (Beltzer et al., 2013; Gräf et al., 2020) e, por outro lado, se uma atitude mais favorável a uma CE (de venda livre entre nós), pode fomentar o relaxamento de condutas preventivas em relação à gravidez e DST's. Ao transmitir uma sensação de segurança pela existência de um método anticoncetivo pós-coito, os comportamentos de risco podem multiplicar-se (Brandão et al., 2016).

3. EDUCAR A E PARA A SEXUALIDADE

A transmissão de informação/educação sexual pela família e pela sociedade nunca é desinteressada, ela tem subjacente todo um contexto histórico-cultural numa sociedade que vai influenciar a mensagem a ser transmitida, refletindo os padrões culturais da sociedade numa determinada época (Ramiro, 2013).

Por vezes, existe a ideia de que a educação sexual conduz a uma iniciação sexual mais precoce, no entanto, estudos recentes (Flora et al., 2013; Ramiro, 2013; Vilar & Ferreira, 2008) vêm contrariar essa ideia. Mas, independentemente da possibilidade de esse “efeito secundário” se poder verificar em situações particulares, na nossa opinião, mais do que diminuir a incidência das relações sexuais entre os jovens, a importância da educação sexual reside na preparação dos jovens para assumirem essa vivência com responsabilidade, aceitando a diferença do outro e com conhecimento das opções e riscos que estão em causa.

Pois, como referem M. Neves e Osswald (2007), a educação da sexualidade é um “permanente e contínuo processo de ajudar o outro a construir-se na autonomia, na responsabilidade e no respeito amoroso de si mesmo e dos outros” (p.162).

Assim, para o Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES), a educação sexual é um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes relacionadas com a sexualidade humana, em todos os domínios que ela compreende e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis (GTES, 2007).

A educação sexual dos jovens constitui a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à SSR, podendo contribuir para ajudar os adolescentes a tomar decisões mais adequadas nesta área, pois o facto de terem atualmente muita facilidade em obter informação, não garante que as suas escolhas sejam as mais adequadas (Matos et al., 2014; Sales et al., 2016; Sanz-Martos et al., 2020; Spindola et al., 2019). Acresce que a educação sexual pretende responder a problemas urgentes de saúde pública, como sejam a prevalência de práticas sexuais de risco que têm vindo a aumentar entre os jovens adultos (Reis et al., 2017), constituindo um grupo social prioritário de intervenção (M. Santos et al., 2018b; Matos et al., 2014).

Na sociedade em que vivemos, os jovens têm acesso a informação sobre a sexualidade em fontes informais diversas como, por exemplo, através dos *media* ou de amigos. No entanto, para além desta informação ser por vezes menos séria, parcelar e superficial, subsistem problemas que os jovens têm de enfrentar obrigatoriamente, como são as DST's, a gravidez não desejada e os abusos sexuais (Ramiro, 2013). Fruto do recurso a fontes informais, a informação obtida pelos jovens sobre sexualidade e contraceção nem sempre é a mais correta, pelo que pode originar conhecimentos que nem sempre são os melhores, podendo mesmo estas lacunas de conhecimento prevalecer em jovens universitários (Sales et al., 2016; Spindola et al., 2019).

A educação sexual passa em primeiro lugar pelos pais e família, mas o facto é que esta se constitui como um processo contínuo e multiparticipado, com o crescimento e socialização da criança há toda uma série de agentes que intervêm direta ou indiretamente nesta aprendizagem de temas relacionados com a sexualidade (Matos et al., 2014; Pimentel et al., 2016). Incontornável neste processo de educação sexual encontra-se a comunidade escolar, até pelo elevado número de horas que as crianças e jovens passam na escola. Neste contexto, a escola pode ser um agente privilegiado na educação para a sexualidade e para os afetos, cabendo-lhe ensinar, educar de forma a favorecer o desenvolvimento global dos alunos, fomentando atitudes e valores e incentivando a formação de cidadãos livres, responsáveis, autónomos e respeitadores (GTES, 2007).

Entre nós, só após a revolução de abril de 1974, marco incontornável da democracia em

Portugal, foi publicada a primeira lei de educação sexual em 24 de março de 1984. A Lei n.º 3/84, que versa sobre a “Educação sexual e planeamento familiar”, e que logo no seu primeiro artigo explicitava o papel do estado português: “O estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação” (p.981); e no segundo artigo se debruçava sobre a educação sexual dos jovens, que devia ser garantida pelo estado através da escola, organizações sanitárias e dos meios de comunicação social, em cooperação com os pais (Matos et al., 2014). Seguiu-se toda uma evolução legislativa que visa progressivamente assegurar a efetividade desta incumbência do estado, nomeadamente a garantia do direito à SSR, apelando sempre à participação dos pais e encarregados de educação. Atualmente, é a Lei n.º 60/2009, de 06 de agosto, que rege a educação sexual em meio escolar e que abrange todos os ciclos do ensino básico e também o ensino secundário, ficando apenas excluídos o ensino pré-escolar e o ensino superior (Matos et al., 2014; Pimentel et al., 2016).

Decisivo para esta lei foi a criação do GTES, criado em 2005 por despacho ministerial, tratava-se de um conjunto de especialistas na matéria, que tinha como missão a definição dos modelos de aplicação e a efetivação de uma educação sexual em meio escolar, na perspetiva da promoção da saúde. Este grupo de trabalho chegou a uma proposta de programa de Promoção e Educação para a Saúde (PES), incluindo quatro áreas (alimentação/atividade física, consumo de substâncias psicoativas, sexualidade/SSR e saúde mental/violência). Este grupo foi ainda responsável pela elaboração de uma proposta de conteúdos mínimos para cada uma das quatro áreas. Decorrente da aprovação das propostas do GTES apresentadas nos relatórios de 2005 e 2007, estas foram transformadas em despachos pelo Ministério da Educação. Em 2009, foi aprovada a Lei n.º 60/2009, de 06 de agosto, através da qual se estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, concretamente no ensino básico e secundário (do 1º ao 12º ano), no âmbito da educação para a saúde, conferindo-lhe o carácter de obrigatoriedade. É também salientada a obrigatoriedade de inclusão da educação sexual nos projetos educativos dos agrupamentos de escolas/escolas não agrupadas (artigo 6º), assim como deve estar explícita num projeto de educação sexual de turma (PEST). Ficou ainda consagrado nesta lei que as escolas deveriam ter uma equipa dinamizadora de um projeto de PES/educação

sexual e gabinetes de educação para a saúde. Para a concretização destes programas, ficou estipulado que se daria preferência às áreas curriculares não disciplinares, como a Formação Cívica e a Área de Projeto (Caldeira, 2015; Matos et al., 2014; Ramiro, 2013). Com esta lei, embora a educação da e para a sexualidade, como processo contínuo, não deva ser concentrada numa fase da vida (a escolar), apresenta, como advogam M. Neves e Osswald (2007), um carácter transversal (interdisciplinar) e vertical (ao longo dos anos de acordo com o nível de maturidade dos alunos).

A regulamentação da Lei n.º 60/2009, efetuada através da Portaria n.º 196-A/2010, de 09 de abril, objetiva claramente os conteúdos mais centrados nos aspetos biológicos e anatómicos que se prendem com objetivos utilitários, como a redução das DST's e da gravidez indesejada, que são importantes, mas redutores, para representarem uma conceção global da sexualidade. Já na educação para os valores ou princípios éticos para uma vivência da sexualidade, limita-se à expressão generalista “Compreensão ética da sexualidade humana”, não acrescentando qualquer outra especificação.

Ora como referem M. Neves e Osswald (2007), não se pode

cair na tentação de substituir uma admitidamente difícil apresentação holística da sexualidade por uma fácil, mas enganosa fragmentação nos seus aspectos [sic] biológicos, psicológicos, sociológicos, éticos. Nesta perspectiva, são conceitos fundamentais o respeito (pela autonomia, pela dignidade, pela equidade, pela alteridade), a fidelidade (a si próprio e ao outro) e a aceitação do interdito (sem o qual não há relacionamento intersubjectivo possível). (p.162)

No Relatório 2019 - Acompanhamento e avaliação da implementação da Lei n.º 60/2009, de 06 de agosto, da responsabilidade do Ministério da Educação, que deve fiscalizar se a legislação está a ser aplicada, pode verificar-se que há escolas que confirmam não cumprir uma lei com uma década de existência. Em causa estão o pouco tempo dedicado ao tema e a falta de gabinetes de apoio à saúde e educação sexual. As escolas deveriam dedicar entre 6 a 12 horas por ano à educação sexual. As maiores carências acontecem no ensino secundário, onde apenas 36% das escolas e agrupamentos de escolas dedicam as 12 horas de carga horária prevista, por ano, ao PEST, sendo que, num terço das escolas, esse projeto simplesmente não existe. No 3.º ciclo do ensino básico, onde o limite mínimo também é de 12 horas, a percentagem sobe para 57%. No 1.º ciclo, onde o limite desce para 6 horas, os

valores de cumprimento da legislação sobem para 68%, chegando a um máximo de 74% no 2.º ciclo (Direção-Geral da Educação [DGE], 2019)¹.

A lei também prevê que as escolas devem disponibilizar aos alunos um gabinete de informação e apoio para a educação para a saúde e educação sexual, mas o relatório revela que mais de um quarto não possui esse gabinete, pois apenas 72% o têm. Houve 29% das escolas que referiram sentir constrangimentos na aplicação da lei, apontando como principais razões a “Falta de recursos humanos” (69 casos), “Falta de crédito de horas” (52) e “Falta de espaço físico adequado” (49). Destas escolas, 22% apontou sugestões, passando essencialmente por “Atribuir crédito de horas a este projeto (Ed. Saúde)” (52 casos) e “Colaboração pelos elementos da saúde escolar” (23 casos). No espaço para comentários ou sugestões que as escolas poderiam fazer, embora a maioria tenha optado por não responder, das que responderam, as sugestões mais referidas foram a “Necessidade de crédito horário” (38 casos) e “Necessidade de formação” (24 casos) (DGE, 2019).

Neste relatório, entre outras propostas de melhoria, é apontada a necessidade de encontrar espaço para um gabinete de informação e apoio (educação para a saúde e educação sexual), assim como a importância de a equipa interdisciplinar/multidisciplinar de educação para a saúde e educação sexual ter uma constituição em número e diversidade, pois verificou-se que, com exceção dos docentes, quase sempre presentes, os outros elementos nem sempre fazem parte desta equipa: 75% não integra nenhum aluno, 77% não integra nenhum pai/encarregado de educação, 18% não integra nenhum psicólogo, 75% não integra nenhum assistente social e 10% não integra nenhum elemento da saúde escolar (DGE, 2019). Esta mesma recomendação, relativa à consolidação da existência de um Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno, já tinha sido formulada numa primeira avaliação à Lei n.º 60/2009, assim como era sugerida a reposição das Áreas Curriculares Não Disciplinares, pois, sem estas, os professores eram forçados a utilizar tempos de aulas curriculares para cumprir a lei (Matos et al., 2014).

Para Ramiro (2013), a reorganização curricular do ensino básico e do ensino secundário

¹ O documento resulta de questionários a que responderam 633 escolas ou agrupamentos de escolas (95% do total existente no país).

efetuada no ano letivo de 2011/2012, em que em ambas foi eliminada a Área de Projeto, área aconselhada pelo GATES (2007) a ser rentabilizada para dinamizar a educação sexual, deixando esta de estar nas prioridades do Ministério da Educação, configura um desinvestimento na educação sexual e admitindo mesmo que volte a sofrer um retrocesso num futuro próximo.

Como possível reflexo destas alterações verificou-se, numa amostra de 5.695 adolescentes, retirada do estudo mais amplo *Health Behaviour in School aged Children*, de 2018², contemplando só alunos do 8º, 10º e 12º anos com uma média de idades de 15,46 anos; que apesar dos resultados genericamente positivos, uma minoria significativa reporta não ter usado preservativo na última relação sexual e ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas. Comparando com os dados anteriores, verifica-se que estes dois comportamentos de risco aumentaram, necessitando de intervenção preventiva urgente (Ramiro et al., 2019).

Em consonância, é preocupante que, apesar do atual enquadramento legal relativo à educação sexual em meio escolar, com horas previstas exclusivamente para esse efeito, verificou-se um agravamento dos comportamentos sexuais de risco dos jovens universitários de 2010 para 2016. Pois, entre os estudantes que já tiveram relações sexuais, observou-se um aumento dos que mencionaram ter engravidado sem desejar, ter tido uma DST e ter realizado uma IVG (Reis et al., 2017).

Isto, apesar da complementaridade de agentes prevista na lei para esta educação sexual, pois reconhece-se que nem sempre os pais estão suficientemente habilitados para esta (Dantas et al., 2015; M. Santos et al., 2018b; Ramiro, 2013) e os próprios estudantes mencionam outras fontes de informação (A. Oliveira et al., 2017; M. Santos et al., 2018b).

Embora a maioria dos estudantes tenha referido a abordagem de conteúdos de sexualidade/contraceção em sala de aula (A. Oliveira et al., 2017; Matos et al., 2018), se considerar bem informada (Matos et al., 2018; Nelas et al., 2016) e até referir a utilização de métodos contraceptivos na primeira relação sexual (A. Oliveira et al., 2017; Matos et al., 2018; Nelas et al., 2016; Reis et al., 2017), não deixam depois de apresentar comportamentos sexuais

² Inquérito realizado de 4 em 4 anos em 48 países, em colaboração com a OMS.

de risco significativos, pela não utilização sistemática de métodos contraceptivos (Gräf et al., 2020; M. Santos et al., 2018b; Pimentel et al., 2016; Reis et al., 2017; Spindola et al., 2019), relações sexuais ocasionais (A. Oliveira et al., 2017; Moghaddam et al., 2015; Spindola et al., 2020) e sob o efeito do consumo de álcool (Matos et al., 2015; Rocha & Silva, 2014; Spindola et al., 2019).

Compreender os comportamentos sexuais para além do aporte cognitivo (Nelas et al., 2016; Sales et al., 2016; Sanz-Martos et al., 2020; Uecker, 2015), torna-se essencial para a promoção da efetividade da educação sexual. A prevenção em SSR é fundamental e atitudes de negação do risco são das principais barreiras para a sua implementação (Borges et al., 2015; Deblonde et al., 2014; Firmeza et al., 2016).

3.1. Do Eros ao Ágape

Atualmente, a atitude da sociedade perante a sexualidade é diferente, verificando-se uma maior liberalização nos costumes e condutas sexuais dos indivíduos, sendo, por isso, considerado normal e aceite a existência de relações sexuais pré-maritais, tanto por homens como por mulheres. As relações sexuais não aparecem já como o termo de um envolvimento afetivo, mas podem ocorrer sem qualquer prelúdio ou mesmo na ausência de qualquer envolvimento sentimental por parte dos intervenientes (Antunes, 2007).

De facto, toda a evolução sociocultural registada desemboca numa sociedade hodierna em que se verifica uma vitória do eros. A sexualidade, como dimensão constituinte do homem, também sofreu profundas alterações, numa sociedade edificada sobre a autonomia, marcada por um forte individualismo e em que prevalece uma moral hedonista e permissiva (C. Almeida & Teixeira, 2010).

V. Pinto (2014), corrobora esta ideia quando refere que “A época moderna trouxe ao homem a consciência da sua individualidade. O homem descobriu-se então como ser único, original, diferente, insubstituível, irrepetível e autónomo” (p.84). Apesar da importância dos valores que acompanham esta descoberta como a liberdade, o pluralismo e a responsabilidade, ela pode exacerbar o individualismo. Segundo este autor, “Este

individualismo, assumido como um absoluto, marcado de egoísmo e de egocentrismo, no exercício da sexualidade humana compromete totalmente a ideia de relação e comunhão que constituem elementos fundamentais da mesma sexualidade. Esta mentalidade enforma toda a cultura atual” (V. Pinto, 2014, p.84).

A sexualidade humana é plurivetorial, e da sua vertente biológica emergem duas dimensões importantes, a dimensão generativa e a dimensão unitiva ou do prazer. Embora se reconheça que a dimensão unitiva não é algo accidental ou secundário, subordinada à dimensão procriativa e legitimada por esta,

tão-pouco se pode reduzir a mero «jogo» descomprometido e despersonalizador, confinado às fronteiras do genital e, por isso mesmo, vazio de conteúdo humano. Um dos «sinais dos tempos» da sociedade hodierna é o «mito do erotismo» alimentado pelo consumismo. Assistimos a uma hipergenitalização, a um predomínio do «sexo-quantitativo», gerador duma petição cada vez mais exacerbada de estímulos sensoriais e vivenciado numa relação ávida e fugidia. (J. Pinto, 1996, p.38)

A sexualidade, na opinião de C. T. Almeida e Castro (2014), depois da penumbra e de assunto tabu passou à exposição extrema, vivemos agora numa sociedade extremamente sensual e erótica, em que a referência ao sexual se encontra em múltiplas atividades sociais, sendo a exploração comercial da sexualidade uma realidade incontornável nas sociedades consumistas; a proliferação da indústria do sexo (cinema, televisão, revistas websites, entre outros) é marca evidente da afirmação da “civilização de Eros” (Lipovetsky, 2007, p.210).

Para Lipovetsky (2007), “o liberalismo sexual que acompanha a expansão da sociedade de consumo de massa gerou o ‘sexo selvagem’” (p.207). Este eros frenético em expansão vertiginosa, com especial ênfase para a pornografia, alimenta um mercado de milhares de milhões de dólares, o que motiva as mais diversas análises, “as almas poéticas deploram a comercialização de Eros e o esgotamento do discurso amoroso; os outros felicitam-se pelo desenvolvimento de um erotismo irresistível, de um orgasmo libidinal em plena efervescência (Lipovetsky, 2007, p.209).

Na sociedade contemporânea também o lazer pós-moderno evolui para dar resposta a novos contextos e valores que emanam duma crescente erotização da sociedade, este

tempo de lazer permeia agora as práticas e consumos de caráter erótico e sexual mais diversas (Nadais, 2018). Estas práticas são comprovadas pelo estudo de Nadais (2018) sobre “Lazeres eróticos e sexuais”, que analisa as práticas, consumos e perceções da população, com o intuito de apurar o nível de interesse e potencial destas práticas na população inquirida; onde, num total de 797 participantes, se verificou que estas atividades (encontros às cegas, *speed dating*, *sites* de infidelidade, *sites* e aplicações móveis para encontros, festivais eróticos, danças eróticas, *swing*/troca de casais, canais de televisão para adultos, acompanhante de luxo, prostituição, *sex shops*, massagens eróticas, *bodysushi*, *bodyshot*, restaurante erótico, jantar às escuras, cruzeiro de solteiros, motel, motel voador), se apresentam com um potencial considerável, uma vez que cerca de um terço dos inquiridos afirmou o seu interesse em conhecer ou participar neste tipo de práticas, movido especialmente pela curiosidade.

Para Frota (2020), constata-se a propensão, na sociedade da segunda metade do século XX, ao sexo desprovido de intimidade, ao desejo de que o desempenho sexual ocorra sem envolvimento nem compromisso entre os parceiros, tornando o ato sexual cada vez mais impessoal e premiando a sensação destituída de sensibilidade. Este autor, recorrendo ao pensamento de Rollo May, apresenta alguns sintomas desta tendência comportamental de prática sexual impessoal e dessensibilizada, como: *i)* o esmorecimento do erotismo genuíno, em prol da presença cada vez mais marcante da pornografia, da promiscuidade e do sexo como um fim em si mesmo; *ii)* a ênfase nas sensações em detrimento das emoções, a intimidade trocada pela superficialidade, a resistência à tomada de consciência das próprias sensibilidades e à construção de laços de afetividade e o receio de se sentir vulnerável e de experienciar frustrações amorosas; *iii)* o incentivo a uma espécie de automatismo narcisístico, em que homens e mulheres deixam de ser amantes para se tornarem máquinas sexuais, que priorizam o estímulo sexual de si mesmas, em prejuízo de uma verdadeira partilha, dessensibilizados para as necessidades e os desejos do parceiro ou da parceira.

A distinção entre sensação e sentimento é um aspeto da psicologia humana, que ocupa lugar de destaque na pós-modernidade e que é radicalizada em algumas práticas afetivo-

sexuais forjadas pelos jovens, com beijar bocas em série ou “ficar com” várias pessoas numa mesma noite ou programa (Chaves, 2016). Este autor, no seu estudo com entrevistas a jovens entre os 18 e os 25 anos, percebeu que nem todos estão dispostos ou se sentem capazes de empreender um esforço em algo que vá para além das aparências, da sensação, da efervescência, da pura fruição. Nestes, prevalece a busca por experiências mais superficiais, as quais têm uma intensidade que pode ser definida como sendo pontual, efémera e hedonista, que não busca ir além do gozo daquele instante. É elucidativa a fala de uma das participantes para explicar a diferença entre transar (fazer sexo) com alguém que se ama ou com alguém que pouco se conhece ou de quem não se gosta tanto:

Porque [na relação casual] você não tem amor, não tem carinho, não tem nada. você está ali porque te atraiu, entendeu? Você quer “ficar”, você quer beijar na boca, você quer fazer não sei o quê. No momento você está com o cara, você está se sentindo bem, você está se sentindo gostada, desejada e etc. e tal. E na verdade não tem o sentimento, é tudo muito superficial. (Cláudia, 20 anos). (Chaves, 2016, p.325)

No entanto, este tipo de sociedade conduz o indivíduo a uma vivência da sexualidade centrada no momento, não revelando qualquer preocupação na descoberta de sentido das relações, ou existência de um projeto. A nova temporalidade da relação remete para o presente e para o agora, traduzido, entre os jovens, pela conhecida expressão “enquanto está a dar” (C. T. Almeida & Castro, 2014).

Por outro lado, o homem vive a sua sexualidade apenas centrado em si próprio e nas sensações que pode obter e ao esquecimento do outro e da partilha. Só que o individualismo egocêntrico conduz a uma ‘sexualidade sem esforço’, sem interesse, onde a intimidade e interactividade do amor são inexistentes, apresentando assim, apenas o *eros* como expressão máxima da sexualidade humana... (C. Almeida & Teixeira, 2010, p.86)

É revelador o estudo de Matos et al. (2018), onde num total de 1.166 jovens entre os 18 e 24 anos, maioritariamente universitários (78,4%), se tenha destacado como a principal razão para acontecer a primeira relação sexual, o quererem experimentar (56,3%). Assim como os jovens referirem maioritariamente nos motivos apontados para se ter relações sexuais o terem vontade/desejo (56,9%) e quererem ter uma experiência sexual (43,6%), só em terceiro lugar aparece o facto de estarem apaixonados (41%).

Na ótica de Antunes (2007), esta geração diferencia-se das anteriores pela valorização da dimensão erótico hedonista da sexualidade, em especial entre os jovens. Nesta linha de pensamento, para Chaves (2016), os relacionamentos atuais dos jovens baseiam-se na liberdade, igualdade de géneros, superficialidade, individualidade e descartabilidade. Neste contexto, para J. Pinto (1996), “torna-se, pois, absolutamente imprescindível ... promover o ‘significado nupcial’ do corpo”. Este, de facto, “revela o homem e ‘exprime a pessoa’” e, enquanto tal, “exprime a vocação do homem à reciprocidade, isto é, ao amor e ao mútuo dom de si” (p.38).

Ultrapassando uma visão dualista, J. Pinto (1996) apresenta-nos o corpo como a presença permanente de mim mesmo, ao mundo e aos outros e, por isso mesmo, afirmação manifesta da intersubjetividade como dimensão constitutiva da pessoa. A sexualidade adulta caracteriza-se pela integração da sexualidade no dinamismo global da pessoa e pela vivência da mesma num determinado projeto de vida. Esta sexualidade

ao mesmo tempo que força integradora do ‘eu’, a sexualidade manifesta e expressa o mistério da pessoa como realidade relacional, isto é, *ser-com* e *ser-para*, e torna-se o ‘lugar humano’ onde a pessoa experimenta a dimensão oblativa, a estrutura antropológica privilegiada mediante a qual a pessoa vive a abertura ao ‘outro’. A sexualidade é apelo ao outro e desejo do outro: desejo de comunicação, partilha e comunhão, numa realização conjunta de si mesmo e do outro. Se a pessoa se constituiu como pessoa na relação ‘eu-tu’, a sexualidade constitui-se como humana na abertura ao ‘outro’. (J. Pinto, 1996, p.39)

Neste contexto, a sexualidade encontra a sua mais intensa realização como dinâmica para a diferença, como abertura primordial à descoberta, ao respeito e à atenção ao outro, a uma alteridade radical, só possível de viver a partir do amor. Esta abertura ao outro é agora aceitação “não para completar ou suprimir o que falta, através da instrumentalização do outro, mas para que se torne exequível a felicidade de viver em unidade sem perda da individualidade” (M. Neves & Osswald, 2007, p.159).

O amor, na vida afetivo-sexual, envolve todo o ser humano na mais bela alteridade que agora se expressa como *ágape*, vocábulo que “exprime a experiência do amor que agora se torna verdadeiramente descoberta do outro, superando assim o carácter egoísta que antes claramente prevalecia. Agora o amor torna-se cuidado do outro e pelo outro” (Bento XVI,

2005, p.4).

O amor como vivência máxima da sexualidade, é mais do que eros (estética) ou do que filia (ternura), é “ágape” na partilha do todo que se tem, mas sobretudo do que se é, “mas é fundamentalmente ‘comunhão’, construção da unidade do ser e do agir, de tal maneira que o homem e a mulher que se amam já não são dois, mas um só” (V. Pinto, 2014, p.133).

A sexualidade humana tende a traduzir-se no amor, sendo que amar consiste na capacidade de sair de si para ir ao encontro do outro e fazê-lo feliz. O objetivo do amor está no outro, na sua realização, na alegria que se lhe oferece. A este nível, o corpo não é o objeto do amor, o objeto do amor é a pessoa. O corpo apenas participa da experiência do amor, mas a expressão não termina no corpo, realiza-se no todo da pessoa (V. Pinto, 2014).

Amar é, nas inspiradas palavras de Sá (2010):

sentir e palavrear de uma só vez. É dizer eu e tu ao mesmo tempo. É esperar que o outro saiba sempre mais de nós do que nós próprios. É conceber a diferença entre imaginar que se voa e aprender a voar. E descobrir que um amor só é amor quando nos diz: *sente-me em ti, olha por mim, fala por nós*. (p.53)

3.2. Valores a preservar: dignidade, autonomia e alteridade

A sexualidade é lugar humano por excelência, pois expressa e realiza a pessoa na sua totalidade, acompanhando o seu crescimento e maturação. A sexualidade não é «algo» exterior à pessoa, abrange a pessoa na sua totalidade, condiciona-a no seu núcleo mais profundo, repercute-se em todas as manifestações da sua vida. “Por tal razão, é a pessoa toda, na unidade diádica de corporal e espiritual, natureza e história/cultura, individuo e sociedade, o referencial último e o lugar hermenêutico privilegiado da pergunta sobre o valor, finalidade e sentido da realidade sexual” (J. Pinto, 1996, p.37).

Como referem López e Fuertes (1999), “a sexualidade não só mediatiza todo o nosso ser como também é mediatizada pelo que somos” (p.16), pelo que se torna essencial a compreensão da sexualidade a partir de uma visão holística do homem que integre toda a sua complexidade. Ora, apesar das diferentes mundividências, parece consensual que “são características fundantes da pessoa humana a sua dignidade, a sua autonomia, a sua

alteridade” (M. Neves & Osswald, 2007, p.158).

No encontro interpessoal entre os jovens,

verifica-se uma passagem progressiva de uma atracção ‘anónima’ a uma relação objectivante e, por fim, a uma relação personalizada. Nesta etapa, descobre-se o ‘tu’ pessoal heterossexual em que o erotismo ou a emoção nervosa vai paulatinamente cedendo lugar ao desejo de descoberta do outro e de dom ao outro. O ‘outro’ é acolhido não pelo que representa para o sujeito, mas por si mesmo, na realidade da sua alteridade.

...Sem alteridade, fechar-se-ia narcisisticamente num círculo autopossessivo despersonalizador e vazio de significação humana. Por tal razão, o sentido dialógico da sexualidade é a chave hermenêutica de toda a conducta sexual humana. (J. Pinto, 1996, pp.39-40)

Embora na análise de Lipovetsky (2007) haja um fundo narcísico na valorização do amor e da intimidade relacional com o outro, pois além de permitir uma vida rica em emoções e sentido permite igualmente concretizar uma aspiração profunda, comum à maioria dos seres humanos – ser-se reconhecido como uma subjetividade imutável. Pois ser amado implica ser escolhido, sobrestimado, preferido a todos os outros, com toda a satisfação íntima que isso proporciona. “Felicidade de ser distinguido, desejado, amado, *por si próprio*: se a experiência amorosa cria condições para uma tal aura, é porque está associada aos encantos do espelho narcísico, porque lisonjeia o Ego de cada um, ... valorizado enquanto pessoa singular” (Lipovetsky, 2007, p.212). Esta expectativa de valorização, embora presente nos dois sexos, apresenta um maior relevo nas mulheres pela sua preocupação em não serem encaradas como objetos sexuais sujeitos a trocas de parceiros.

O amor tem um dinamismo que lhe é próprio: leva à descoberta do outro, na riqueza da alteridade; o verdadeiro amor é a capacidade de abertura ao outro, numa ajuda generosa, ... é oblação, é entrega, sem egoísmo, sempre, em generosidade total (V. Pinto, 2014).

A regra de ouro da alteridade, é a procura da realização própria através da dádiva ao outro, no dar e receber que se recusa a qualquer contabilidade (M. Neves & Osswald, 2007).

Nesta visão do amor, o amante não é aquele que conquista o outro para o possuir e o fazer seu, é aquele que se esquece de si, aceita ser segundo, aposta em fazer o outro feliz (V.

Pinto, 2014). Pois, como refere Sá (2010), “perigoso é querer que uma pessoa seja nossa em vez de ser parte de nós” (p.51). Toda a riqueza do amor recíproco não é possível sem a sensibilidade no respeito pela sexualidade própria e de cada um. A dignidade da pessoa reclama que, na vida afetivo-sexual, cada pessoa se respeite e respeite os outros. A sexualidade tem uma dignidade própria que deverá ser promovida em cada atitude pessoal e na relação com os outros. “Se o prazer é bom, ele não pode magoar a dignidade própria e a dos outros. Daí que, na vida sexual, nem tudo seja legítimo, havendo barreiras que têm que se aceitar” (V. Pinto, 2014, p.80).

Existem, por vezes, ocasiões de tensão e de rutura no âmbito da relação potenciadoras de violências sexuais inaceitáveis e as recusas são motivo para agressões que põem em perigo a própria vida das pessoas em relação. “Neste contexto, quando o uso da sexualidade está revestido de processos de agressão, por vingança, por capricho ou, simplesmente, para estímulo das práticas sexuais, em processos que ferem o outro, viola-se um direito fundamental, o da não-violência” (V. Pinto, 2014, p.87).

Embora Nelas et al. (2016) reconheçam que os valores e crenças sobre sexualidade possam ter na sua génese diversos preconceitos, crenças e mitos, sobretudo relacionados com o género, defendem sempre a salvaguarda e promoção de valores essenciais, que recusem expressões da sexualidade que envolvam violência ou coação, ou envolvam relações pessoais de dominação e de exploração.

No entanto, entre os jovens parece haver uma legitimação da violência, pois de acordo com um inquérito nacional, 67% dos jovens legitima pelo menos um tipo de comportamento de violência num relacionamento amoroso (26% controlo, 23% perseguição, 19% violência sexual, 15% violência psicológica, 14% violência através das redes sociais e 5% violência física). A mesma percentagem já se verificava em 2019, segundo o Estudo Nacional sobre a Violência no Namoro, realizado pela União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR) e que envolveu um total de 4.552 jovens com uma idade média de 15 anos. A legitimação dos diferentes comportamentos de violência é sempre superior nos rapazes, sendo esta diferença maior no que diz respeito aos comportamentos de violência sexual, nomeadamente o “pressionar para ter relações sexuais”, em que a legitimação pelos

rapazes é quatro vezes superior em relação às raparigas (16% *versus* 4%). Dos jovens que já namoraram, 58% referem terem sofrido atos de vitimização. O indicador de vitimização mais presente é a violência psicológica, tanto no global como por sexo, sendo neste caso mais expressiva entre as raparigas (22% *versus* 16%); insultos durante discussões e proibição de estar ou falar com amigos estão entre os indicadores de vitimização mais frequentes (UMAR, 2020).

O comportamento de rapazes e raparigas no namoro, particularmente entre os mais novos e nas suas fases iniciais, acaba por mimetizar aquilo que entendem como sendo o “que é esperado” deles, no desempenho de papéis sociais que comportam normas e expectativas de género, naquelas circunstâncias. Pelo que as condutas são fortemente mediadas pelos padrões culturais vigentes e pelas representações sociais acerca das relações íntimas. Neste contexto,

e num momento de afirmação das identidades pessoais, os ditames do género, a ‘afirmação da masculinidade e da feminilidade’, encontram condições favoráveis para se instalarem e, dessa forma, permitem a aprendizagem das relações assimétricas entre homens e mulheres em torno dos eixos da diferença, do poder e da dominação. Desta forma, podem instalar-se padrões relacionais de violência no contexto do namoro. (DGS, 2016, p.60)

Porém, como refere V. Pinto (2014), “a dignidade e a liberdade consagradas nos direitos humanos constituem o pano de fundo indispensável ao exercício legítimo da sexualidade” (p.88). E aí se diz, logo no seu primeiro artigo, que “todos os seres humanos são livres e iguais em dignidade e em direitos”, pelo que no âmbito duma relação afetivo-sexual normal se exige a liberdade de quantos nela estão envolvidos. Ninguém pode obrigar ninguém a ter um comportamento que considere indigno. O direito ao amor não é o direito à relação anárquica. O direito ao amor implica o mútuo acordo, a dádiva recíproca. A reciprocidade, na relação do par, é um caminho para a realização integral que a sexualidade proporciona. No entanto, esta reciprocidade só é possível se as duas pessoas se tratarem com igualdade, quando os dois caminharem lado a lado, procurarem o melhor para os dois, desejarem o crescimento e enriquecimento mútuo.

Um relacionamento sexual sadio caracteriza-se por ser uma relação prazerosa, no entanto, existem condições prévias para que assim seja, como referem M. Neves e Osswald (2007),

“antes de mais, o respeito pelo outro, pela sua autonomia, pela sua dignidade e convicções” (p.161), assim como a aceitação do parceiro, com os mesmos direitos e deveres, apesar das suas diferentes características.

Se ao nível físico o valor da diferença se aceita com facilidade, é preciso que ao nível psicológico, social e cultural se valorize igualmente como elemento enriquecedor da comunhão, sendo que esta se realiza na unidade e não na unicidade. A autonomia do homem e da mulher são essenciais para um encontro de qualidade, cada um sendo valorizado pela diferença que transporta, com novos interesses, diferentes perspetivas que podem representar uma mais-valia para um projeto comum (V. Pinto, 2014).

Este apelo à valorização por igual dos dois elementos da relação não é novo, embora ele mantenha a sua atualidade. Já no Cântico dos Cânticos, escrito no século V ou IV a.C., altura em que a mulher assumia uma condição de subalternidade em relação ao homem, é dado um protagonismo tal à mulher no poema, que ela assume uma verdadeira relação de parceria com o seu par. “Este co-protagonismo que o Cântico atribui aos que se amam, lança o amor como território de uma reciprocidade e paridade fundamentais” (Mendonça, 2010, p.34).

O amor desenvolve-se no encontro de dois diferentes, com autonomia própria de cada um, com a permuta dos dons de que cada um é portador. O amor não é a atitude apenas de uma pessoa, é sempre um encontro de dois, convergente para a comunhão de ideais e de vida (V. Pinto, 2014). Como refere J. Pinto (1996), “a condição dialógica da pessoa realiza-se, de modo privilegiado, no ‘encontro afectante’ ... Nele, estão presentes duas liberdades que se implicam e exigem mutuamente como interpelação-resposta, e se tornam co-participantes das possibilidades da existência de cada um” (p.41).

No entanto, há que ter cuidado com uma visão deturpada da liberdade, enquanto valor característico do ser humano que tem capacidade de decisão e de opção. Não há dignidade humana sem liberdade suficiente, não quer dizer que cada um pode fazer sempre e em qualquer circunstância o que quiser. Este falso conceito de liberdade dá origem à sexualidade anárquica, à redução do outro a simples instrumento de prazer. Assim, a liberdade torna-se libertinagem, sem a exigência que a verdadeira liberdade implica. No

exercício da sexualidade, a liberdade distingue o ser humano de todos os outros seres; enquanto o animal é condicionado pelo instinto, o ser humano rege-se pela inteligência e pela vontade, com decisões livres e responsáveis. “A dignidade humana e a liberdade estão profundamente ligadas entre si. Estas duas dimensões da vida humana condicionam-se mutuamente, não há dignidade sem liberdade, não há liberdade verdadeira sem a dignidade indispensável” (V. Pinto, 2014, p.95).

É neste contexto ético que a sexualidade humana realiza plenamente a dignidade da pessoa, possibilitando a cada um, no seu projeto de vida, encontrar a felicidade a que tem direito. A relação entre homem e mulher, na esteira dos direitos humanos, assenta num estatuto de igualdade, numa parceria em busca da felicidade dos dois sem a instrumentalização de qualquer um deles. Os desvios podem surgir como práticas que são eticamente reprováveis, como a coisificação do par na obsessão orgástica, o sexo sem amor e a banalização do prazer que comprometem muitas vezes a relação normal entre o homem e a mulher na sua vida sexual (V. Pinto, 2014).

Se bem que, para Antunes (2007), “o ‘normal’ em sexualidade se resume ao satisfazer-se e satisfazer sexualmente o(a) parceiro(a), desde que esse facto não traga riscos ou danos a si próprio, ao parceiro(a) ou ao meio social” (p.50). Embora este “normal” só seja possível, como referem M. Neves e Osswald (2007), através da desumanização do ato, ou nas palavras de J. Pinto (1996), da despersonalização do ato.

As transformações afetivo-sexuais em curso na pós-modernidade trazem mais liberdade individual e o oferecimento de uma miríade de possibilidades de experiências prazerosas e sensacionais, pelo que a partir do estudo de Chaves (2016), compreendemos que muitos jovens se afastam do namoro porque querem manter a sua liberdade individual, entendida como a possibilidade de viver livre de limitações externas, ter opções de escolha e poderem fazê-las quando bem entenderem. Esta hipervalorização da liberdade individual faz com que os jovens vejam o namoro como uma prisão, em que tem que haver preocupação com o outro, tem de se “dar satisfação” ao outro. Como diz uma entrevistada, no namoro “é preciso dar satisfação, vive-se por você e pelo outro; no ‘ficar’ não tem obrigação, você não vive por você e pelo outro. Você vive por você. O outro é uma

consequência” (Eunice, 20 anos) (Chaves, 2016, p.328).

No lado oposto a este total desprendimento, temos relações em que a liberdade está de tal forma cerceada que deixa transparecer um sentimento de posse em relação ao outro, e o perigo que isso representa nas palavras de Sá (2010). Numa relação possessiva, estas três características (alteridade, dignidade e autonomia) estão ausentes ou são permanentemente colocadas em causa, gerando comportamentos de violência interpessoal ao nível do namoro, mesmo entre os jovens do ensino superior. Pois como verificou Marques (2016) no seu estudo, mesmo a este nível de ensino, a falta de auto percepção por parte das vítimas era notório, pois a maioria (84%) dos estudantes, vítimas de violência, não se considerava como tal. No entanto, esta violência está bem presente nas universidades portuguesas, facto confirmado por um estudo realizado pela UMAR Coimbra sobre a violência sexual em contexto académico, o qual revela que 94,1% das mulheres inquiridas já foram alvo de assédio sexual, 21,7% de coerção sexual e 12,3% reportaram já terem sido violadas (UMAR, 2018).

Também um estudo nacional mais abrangente, sobre a violência no namoro em contexto universitário, com dados recolhidos entre abril de 2017 e janeiro 2020, baseando-se em 3.256 participantes, revelou que as agressões psicológicas são as mais frequentes, seguidas de violência social, física e sexual. Dos participantes, 23,4% das mulheres e 19,6% dos homens já foram criticados, insultados, difamados e acusados sem razão. Mais de metade dos participantes no estudo (53,9%) admitiu já terem sido sujeitos a pelo menos um ato de violência no namoro, e 35% reconheceu já o ter praticado. Relevante, neste estudo, é entre os participantes aparecer uma maior percentagem de homens entre as vítimas quando comparada com as mulheres (55,2% *versus* 53,6%), no entanto, há que referir que a representatividade do sexo masculino na amostra é relativamente baixa (20,5% *versus* 79,2%). Embora a violência no namoro não seja um exclusivo de nenhum dos sexos, sendo sofrida e praticada por ambos os sexos, são os homens quem mais a ela recorre (40,7% *versus* 33,4%). O teste de variáveis revelou ainda que: *i*) a proporção da violência praticada é superior nos homens; *ii*) a proporção da violência sofrida é superior nas mulheres; *iii*) as pessoas que praticam violência são mais velhas do que aquelas que não a praticam; *iv*)

quem sofre violência tem uma média de idades mais elevada; v) quem pratica violência possui crenças de género mais conservadoras; vi) quem sofre violência tem crenças de género mais conservadoras do que quem não sofre; vii) os inquiridos (sexo masculino) têm crenças de género mais conservadoras do que as inquiridas (sexo feminino) (S. Neves et al., 2020). Estes resultados estão de acordo com o estudo de Gama (2016) que, ao debruçar-se sobre a incidência de violência sexual em estudantes universitários, verificou uma incidência de 12%, sendo que, nestes, a esmagadora maioria pertencia ao sexo feminino.

A OMS estima que, a nível global, uma em cada três mulheres sofreu atos de violência física ou sexual nas relações de intimidade em algum momento da sua vida. A nível europeu, a violência nas relações de intimidade estima-se que represente 40% a 70% dos homicídios, gerando 5.200 mortes/ano em mulheres com idades entre os 30 e os 45 anos e representa a oitava causa de morte neste grupo etário. Assim, a violência de género constitui-se como uma grave violação dos direitos humanos, sendo um obstáculo à concretização dos objetivos de igualdade (DGS, 2016).

Neste contexto, e para combater este flagelo, a WHO (2016), no plano de ação em SSR tem como primeira meta para 2030, para o desenvolvimento sustentável na Europa: capacitar todas as pessoas a tomar decisões informadas sobre a sua SSR e garantir que os seus direitos humanos sejam respeitados, protegidos e cumpridos. Neste âmbito, salientamos o objetivo de prevenir a violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência e exploração sexual por terceiro, fornecendo apoio às vítimas e ajuda aos perpetradores. E como principais ações, tendo em vista este objetivo, abordar as causas profundas da violência sexual, como desigualdade de género e normas socioculturais que toleram a violência, combater papéis negativos de género masculino e imagens estereotipadas de masculinidade vinculadas ao uso de violência e falta de respeito pelos direitos humanos.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO DA CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Desde a aprovação da Lei n.º 12/2001, de 29 de maio, que os portugueses podem comprar em qualquer farmácia a denominada CE e sem necessidade de receita médica. Segundo o preceituado nesta lei, entende-se por CE “a utilização pela mulher de uma pílula anticoncepcional, nas primeiras setenta e duas horas após uma relação sexual não protegida, não consentida, ou não eficazmente protegida por qualquer meio anticoncepcional regular” (p.3148). No seu ponto 2 acrescenta que se consideram contraceptivos de emergência, os medicamentos com indicação para esse efeito, com autorização de introdução no mercado. Esta lei, assim formulada, refere-se claramente aos métodos orais destinados à CE, com o objetivo de impedir uma gravidez não desejada, com recurso a pílulas específicas para o efeito, contendo apenas um progestativo.

Vemos aqui reunidas as condições que tornam esta COE tão “interessante” e popular. Trata-se do único método que pode ser utilizado, após a relação sexual, para prevenir a gravidez não desejada sendo, por isso mesmo, também denominado de pílula do dia seguinte e, por outro lado, o único contraceptivo que não necessita receita médica e que permite, por esse facto, o anonimato do utilizador(a).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Contraceção, existem atualmente em Portugal dois métodos principais de uso de pílulas destinadas à COE: um primeiro método à base de levonorgestrel (progestativo) com intervalo de eficácia até 72 horas após relação sexual não protegida, e um segundo método contendo acetato de ulipristal com intervalo de eficácia até 120 horas após relação sexual não protegida. Ainda é referido o método Yuzpe (pílulas contendo estrogénio e progestativo) como tendo sido usado durante anos em Portugal, referindo-se, no entanto, tratar-se de um método menos eficaz e com mais efeitos secundários (Pacheco et al., 2015), necessitando, acrescentamos nós, de prescrição médica para a sua aquisição, pelo que não se tem verificado o consumo destas pílulas para efeito de COE nos últimos anos, em Portugal.

Para as duas formulações é apontado como mecanismo de ação a interferência no mecanismo de ovulação, inibindo ou atrasando esta até cinco dias. A taxa de eficácia

apontada para o acetato de ulipristal é muito elevada variando de 99,1%, 98,6% e 98,7% se utilizada nas primeiras 24, 72 ou 120 horas, respetivamente. A taxa de eficácia para o levonorgestrel também é elevada, embora decresça mais com o tempo decorrido após a relação sexual, sendo referida uma taxa de eficácia de 95% nas primeiras 24 horas, 85% entre as 24 e as 48 horas e 58% quando utilizado entre as 49 e as 72 horas, após relação sexual não protegida (Pacheco et al., 2015).

Estas elevadas taxas de eficácia da COE, e o facto de ser um método pós-coital, são valorizadas, uma vez que esta será a última oportunidade para a mulher evitar uma gravidez não desejada (Margato, 2016). Facto importante entre as mulheres mais jovens que têm mais informação sobre a CE e talvez por isso sejam mais utilizadoras (Gaspar, 2018).

De acordo com a Associação para o Planeamento da Família (APF, 2021), a CE deve ser utilizada para a prevenção da gravidez, dentro das 120 horas após relações sexuais consideradas desprotegidas (tendo em conta a nova pílula com janela temporal de 5 dias), especificando as principais indicações: *i*) quando não foi utilizado qualquer método; *ii*) quando ocorreu falha do método utilizado ou uso incorreto do mesmo; *iii*) em situações de violação.

Trata-se, no entanto, de um tema fraturante na sociedade portuguesa, principalmente devido a dois aspetos da sua utilização: um derivado da dispensa de receita médica para a sua distribuição, ficando assim a regulação do seu uso a cargo do utilizador, ignorando, desta forma, os riscos que uma utilização errada ou abusiva acarreta. Um outro aspeto, e ainda mais controverso, relaciona-se com a implicação do seu uso no início de uma nova vida humana, pois como referem M. Neves e Osswald (2007), o seu mecanismo contraceptivo não está definitivamente esclarecido, sendo capaz de exercer uma ação antinidatória, tornando o endométrio refratário à implantação do embrião já formado.

Apesar de todas as objeções apontadas a um consumo autorregulado pelos utilizadores e dos potenciais efeitos negativos neste tipo de (des)regulação, sem o despiste prévio de condições médicas e clínicas que contraindiquem a sua utilização, a COE de venda livre foi implementada entre nós e amplamente difundida a sua oferta, com o alargamento da

sua venda às parafarmácias através do Decreto-Lei (DL) n.º 134/2005, de 16 de agosto.

No entender de vários autores, trata-se claramente de uma posição utilitarista, em que se pretende evitar a “todo o custo” as consequências nefastas que muitas vezes uma gravidez inesperada e não desejada acarreta. Neste sentido, Castel-Branco (2010), tendo em conta o novo estatuto do medicamento, publicado em 30 de agosto, através do DL n.º 176/2006, de 30 de agosto, refere que a COE deveria ser sujeita a receita médica porque “constitui um risco, directa ou indirectamente, mesmo quando usada para o fim a que se destina, caso seja utilizada sem receita médica” (p.230) (1.º critério para receita médica), e porque “contém uma substância cuja actividade ou reacções adversas é indispensável aprofundar” (p.230) (3.º critério para receita médica).

Segundo esta mesma autora, o carácter de “urgência” levou a aprovação deste medicamento para dispensa sem necessidade de prescrição médica, o que conduziu o então presidente da Comissão Técnica dos Medicamentos do Infarmed, o Professor Doutor Serafim Guimarães, a apresentar a sua demissão, considerando tratar-se de uma substância bastante tóxica e, que se abriu para o levonorgestrel uma exceção, quando em ciência não pode haver exceções (Castel-Branco, 2010). Também, M. Neves e Osswald (2007) corroboram esta conclusão, quando afirmam que a venda livre da COE está “...em contravenção com a lei, que exige um período de venda sob receita, antes de dispensar esta, para os medicamentos de venda livre – o que não aconteceu no caso vertente” (p.130).

Ainda hoje este carácter excepcional e a pressão para a utilização parece evidente, pois o próprio *site* da DGS (2021), no item relativo à CE inserido no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, remete para as orientações clínicas “Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar” de 2008, onde se diz claramente em relação à COE, que pode ser efetuada recorrendo ao método Yuzpe ou ao método só com progestativo, alargando o prazo de administração até 5 dias após a relação sexual. Isto quando na bula do medicamento, o fabricante refere relativamente à toma, “Tome o comprimido o mais cedo possível, preferencialmente dentro de 12 horas após ter tido uma relação sexual não protegida e não depois de decorridas 72 horas (3 dias)” (Bayer, 2016, p.4), também no *site* do Infarmed a recomendação é textualmente a mesma.

Esta liberalização no acesso a uma COE de venda livre e amplamente difundida, levou a vendas sucessivamente em crescendo da mesma. Procurando avaliar a evolução da venda deste produto em Portugal, percebemos que existiu após a sua abertura à venda livre (sem necessidade de prescrição) em farmácias e depois mesmo fora destas, números de vendas sucessivamente mais elevados até 2006. Assim, no artigo “Pílula do dia seguinte dispara nas vendas” de 2007, é referido que, em 2003, foram vendidas 147.246 pílulas do dia seguinte. Em 2004, as vendas ascenderam a 192.794 unidades, em 2005, a 225.995, e no ano de 2006, ficou perto das 240 mil unidades, concretamente venderam-se 238.829 unidades.

De acordo com um estudo da consultora Intercontinental Medical Statistics Health, num outro artigo “Pílula do dia seguinte com menos vendas desde julho” de 2008, existiu uma inversão desta tendência em 2007, tendo-se registado, neste ano, um total de 206.648 embalagens vendidas, sendo que se realça esta evolução, em especial a partir de julho, altura em que foi legalizada a IVG. Entre janeiro e julho foram vendidas 106.846 embalagens, e entre julho e dezembro o número desceu para 99.846, uma quebra de sete mil caixas.

A tendência de decréscimo mantém-se segundo dados que solicitámos à Associação Nacional de Farmácias (ANF), sendo que se regista uma nova inversão da tendência com aumento das vendas do ano de 2014 para 2015, como podemos observar pela Tabela 1. Realça-se que estes dados fornecidos pelo Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR), contemplam números que dizem respeito às farmácias associadas da ANF.

Tabela 1. Vendas da COE em Portugal desde o ano de 2008 a novembro de 2020, nas farmácias associadas da ANF

Mercado/Ano	Volume (Embalagens)													YTD2020Nov
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
Mercado Total	315 616 722	321 714 931	328 905 080	318 568 007	319 403 138	319 403 138	315 619 280	314 668 177	313 188 625	312 399 912	319 246 138	328 331 711	298 473 606	
Mercado CE	209 726	192 091	190 175	179 559	158 764	158 764	138 949	139 340	138 058	140 341	145 693	156 171	126 217	
Levonorgestrel 0,75 mg/comp x 2 comp	278	7	3	1	3	3	0	0	0	0	0	1	0	
Levonorgestrel 1,5 mg/comp x 1 comp	209 448	192 084	189 853	179 132	158 384	158 384	138 699	135 413	126 674	123 025	124 384	138 262	104 948	
Ulipristal 30mg/comp x 1comp	0	0	319	426	377	377	250	3 927	11 384	17 316	21 309	17 908	21 269	
Mercado/Ano	Valor (€)													YTD2020Nov
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
Mercado Total	3 859 407 436	3 896 783 169	4 059 081 889	3 635 172 415	3 287 236 652	3 287 236 652	3 168 974 187	3 224 978 014	3 226 742 346	3 309 994 785	3 439 630 737	3 646 566 710	3 378 976 891	
Mercado CE	2 544 831	2 424 394	2 417 640	2 313 307	2 074 011	2 074 011	1 914 155	1 999 935	2 070 724	2 207 680	2 339 903	2 559 516	2 086 338	
Levonorgestrel 0,75 mg/comp x 2 comp	2 719	72	30	11	30	30	0	0	0	0	0	10	0	
Levonorgestrel 1,5 mg/comp x 1 comp	2 542 113	2 424 322	2 408 132	2 300 590	2 063 099	2 063 099	1 907 481	1 898 724	1 782 431	1 787 380	1 846 562	2 119 884	1 635 443	
Ulipristal 30mg/comp x 1comp	0	0	9 478	12 707	10 882	10 882	6 674	101 210	288 293	420 300	493 341	439 622	450 895	
Mercado/Ano	PVP Médio (€)													YTD2020Nov
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
Mercado CE	12,13	12,62	12,71	12,88	13,06	13,06	13,78	14,35	15,00	15,73	16,06	16,39	16,53	
Levonorgestrel 0,75 mg/comp x 2 comp	9,78	9,97	10,08	10,70	9,87	9,87						10,35		
Levonorgestrel 1,5 mg/comp x 1 comp	12,14	12,62	12,68	12,84	13,03	13,03	13,75	14,02	14,07	14,53	14,85	15,33	15,58	
Ulipristal 30mg/comp x 1comp			29,71	29,83	28,87	28,87	26,70	25,77	25,32	24,27	23,15	24,55	21,20	

Fonte: Adaptado de Sistema de Informação hmR/Análise CEFAR do Infosaúde.

Pela pesquisa efetuada, embora se confirme esta inflexão na tendência, o ano de viragem para esta procura crescente e o número de embalagens vendidas não são propriamente coincidentes. Margato (2016), declara que a venda nunca foi tão alta desde 2012, assim no ano de 2015 foram atingidas as 170.360 embalagens contra as 132.029 de 2012, representando um crescimento de 30%. Regista, ainda, que este acréscimo coincide com a diminuição das IVG's. De facto, foi no ano de 2012 que se inverteu uma curva que vinha em crescendo relativa à IVG, tendo-se registado 19.156 IVG contra as 20.480 registadas em 2011. Para a APF, este indicador poderá ter uma explicação multifacetada, desde as dificuldades em adquirir a contraceção primária, o tradicional argumento da insuficiente educação sexual e a disponibilização de uma nova pílula sem necessidade de receita médica, com uma janela terapêutica de cinco dias.

Para Duarte Vilar, diretor da APF, as explicações devem sempre ser cautelosas e colocadas sempre no campo das hipóteses, pois lembra um estudo recente a nível nacional que dá conta do aumento da prevalência da contraceção em Portugal, no entanto, admite que a este crescendo de utilização da COE não será alheio ao facto de se ter começado a vender em abril de 2015, sem necessitar de receita médica, uma pílula portadora de uma maior janela temporal - cinco dias (Margato, 2016).

O estudo referido por Duarte Vilar revela que, em Portugal e em 2015, comparativamente com o que acontecia em 2005, houve um aumento de 18,6% do uso de contraceção (94,1% *versus* 75,4%) pelas mulheres sexualmente ativas. No entanto, este estudo também revela que a pílula continua a ser o método contraceutivo preferencialmente utilizado pelas mulheres portuguesas, sendo o seu uso declarado por 58,1% das inquiridas, mas, destas, 22% admitem que se esquecem de tomar a pílula todos os ciclos ou mais de uma vez por mês, sendo este esquecimento mais usual entre as mulheres mais novas. Observou-se, também, que 17% das mulheres sexualmente ativas já utilizaram pílula de emergência (Águas et al., 2016). Similarmente, Margato (2016) refere que se faz contraceção, mas não se faz corretamente, ou seja, faz-se contraceção, mas falha a competência na utilização, colocando uma tónica especial no uso do preservativo.

O aumento referido pelo diretor da APF, relativamente à pílula de cinco dias contendo Ulipristal, é demonstrado na Tabela 1, onde se verifica um crescimento significativo da sua venda em 2015 e anos seguintes, após a sua passagem a medicamento não sujeito a prescrição médica.

Um dos riscos desta crescente utilização da COE é o seu uso incorreto ou abusivo, que pode acarretar consequências nefastas para as utilizadoras. Em um outro artigo se faz eco deste aumento do consumo da COE, que cresceu 45% em seis anos, alertando as farmácias para o consumo abusivo da pílula do dia seguinte. Assim, em 2017 registou-se o número mais alto dos últimos seis anos, com a venda de 192.153 embalagens contra as 132.029 vendidas em 2012. Se, por um lado, este aumento pode significar que há mais informação sobre a COE, por outro, os farmacêuticos afirmam que há quem a utilize como um método contraceutivo, alertando para a banalização do seu uso, uma vez que é menos eficaz que a contraceção de uso regular e a toma não garante que evite uma gravidez (Gaspar, 2018).

Uma representante da Ordem dos Farmacêuticos explicou que a sensação de banalização do uso da COE, resulta das questões que os farmacêuticos colocam, relacionadas com os métodos contraceuticos que as pessoas usam de forma regular, sendo que muitas das respostas indicam que as mulheres que recorrem à COE, ou não usam qualquer contraceutivo ou usam de forma que não assegura a sua eficácia. Acrescenta, ainda, que o

esquecimento na toma da pílula “normal” é uma das situações mais apontadas. Com base em dados do Infarmed, apresentamos a Figura 1, que nos permite verificar a evolução do consumo da COE de 2012 a 2017 (Gaspar, 2018). À qual associamos a Figura 2, construída com base no Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez (DGS, 2018b), que nos informa da evolução da IVG por opção da mulher, no mesmo período, e que nos permite verificar uma evolução com tendência divergente entre as mesmas.

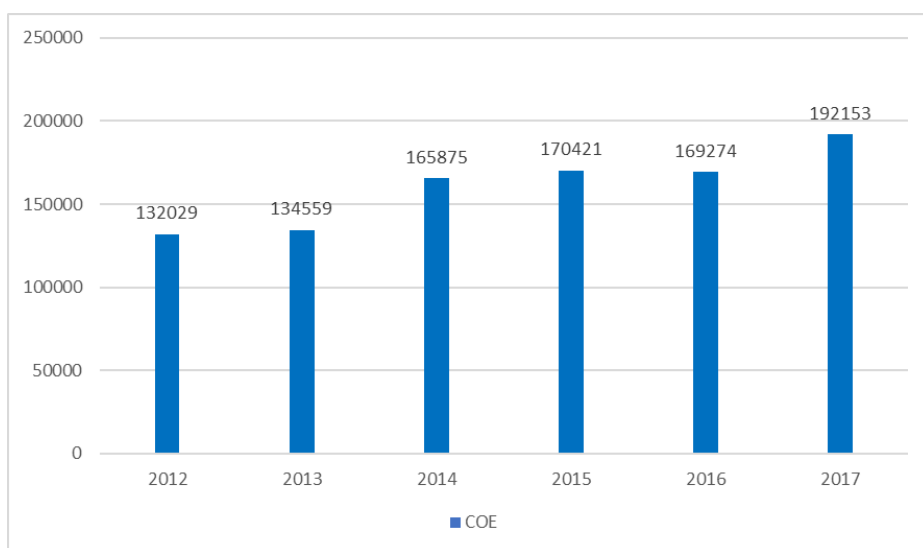


Figura 1. Evolução das vendas da COE em Portugal, de 2012 a 2017

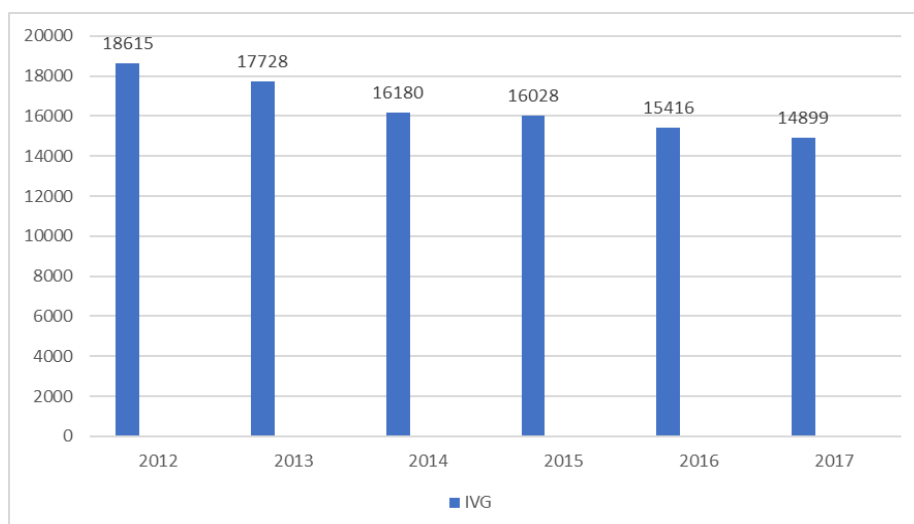


Figura 2. IVG por opção da mulher, em Portugal, de 2012 a 2017

Para Duarte Vilar, a toma da COE também pode ser vista como um “sinal de responsabilidade” das mulheres, pois sabem que assim podem evitar uma gravidez indesejada, fazendo notar que, a par deste aumento no consumo da COE, se verifica que os números da IVG têm vindo a diminuir (Margato, 2016). Este será, porventura, um dos argumentos a favor da COE, mas esta não é propriamente um produto inócuo e isento de qualquer reparo ético, ou dito de outra forma, o que a IVG faz a jusante a COE faz, eventualmente, a montante!

4.1. Impacto no início da vida humana

Como já referido, um dos problemas mais controversos com o uso da COE refere-se ao seu impacto no início da vida humana. Neste sentido, torna-se importante a reflexão sobre o estatuto do embrião e depois sobre o funcionamento da COE.

Ocorrendo o desenvolvimento do ser humano num processo gradual e contínuo, as questões éticas ligadas ao início da vida na sua essência têm a mesma origem, ou seja, qual o estatuto que se atribui ao embrião (Paço & Deodato, 2016).

De acordo com M. Neves e Osswald (2007), “do ponto de vista biológico, não há dúvidas sobre o processo da criação de um novo ser humano: cada um de nós resultou da penetração de um óvulo (ou ovócito) por um espermatozóide (fecundação)” (p.118). Esta fecundação dá origem à célula inicial, o zigoto. Este vai aumentando por divisões sucessivas ao mesmo tempo que se vai diferenciando, chegando ao útero na fase de blastocisto. Ao fim de cerca de uma semana após a fertilização o embrião, designação que toma o ser humano nas primeiras oito semanas do seu desenvolvimento, já se encontra encastado na mucosa uterina, realizando trocas com o organismo materno. Ao fim de quinze dias poderá surgir o esboço do sistema nervoso central. No início da fase fetal já todos os órgãos se encontram formados e a sua forma permite identifica-lo, à vista desarmada, como pertencente à espécie humana. Claro que o seu processo de crescimento e desenvolvimento continua atingindo a viabilidade extrauterina por volta das 24-26 semanas, e mesmo após o nascimento, o desenvolvimento de alguns órgãos continua, nomeadamente o sistema nervoso central (M. Neves & Osswald, 2007).

Os mesmos autores referem que “este foi o percurso de cada um de nós, disso ninguém duvida” (M. Neves & Osswald, 2007, p.119). Já as interpretações e convicções acerca das etapas percorridas são diversas, originando posturas diferentes quanto à moralidade de atos que põe em causa este desenvolvimento progressivo, como sejam o aborto, a clonagem e determinados tipos de contraceção. Estas diferentes posturas prendem-se com o entendimento do que é o embrião e o feto e, conseqüentemente, do estatuto que lhes é atribuído.

Convém sublinhar como nota Renaud (2005), que as diferentes posições sobre o embrião mostram a importância dos conceitos que utilizamos para pensar a sua «natureza», o seu estatuto. De facto, estes conceitos são diferentes, enquanto a *natureza* implica o que se considera como objetivo, independentemente da nossa avaliação, por oposição ao *estatuto* que é conferido em função de um raciocínio valorativo.

Referem M. Neves e Osswald (2007) que, para os mais radicais, o embrião nas suas fases iniciais não passa de um aglomerado de células, sem dignidade ou direitos, pelo que pode ser utilizado para qualquer finalidade achada conveniente. Embora esta posição tenha poucos seguidores, pois é reconhecido que não se trata de um aglomerado qualquer, dada a sua enorme capacidade de divisão, crescimento e diferenciação.

Para a Pontifícia Academia para a Vida (2000), a partir de uma análise biológica, o embrião humano é, a partir da fusão dos gametas, “... um sujeito humano com uma identidade bem definida, que começa, a partir daquele instante, o seu próprio desenvolvimento coordenado, contínuo e gradual, de tal forma que, em nenhuma etapa posterior, se pode considerar como um simples aglomerado de células”. Também Domingues (2001) menciona que “... após a fecundação, o embrião humano, seguindo o código genético, desemboca, por dinamismo interno próprio, em realidade ontologicamente humana, de modo organizado, contínuo e sequencial...” (p.21).

Posições menos radicais admitem que o embrião merece algum respeito, mas não um respeito absoluto. Quando confrontado com os direitos e interesses da mulher grávida, da ciência ou sociedade ou mesmo dos doentes que poderiam vir a beneficiar do uso de tecidos ou células do embrião, os interesses do embrião teriam que ceder. As razões

invocadas para esta posição passam pela eliminação natural de muitos embriões nos primeiros dias da sua existência, o facto de se poderem originar gémeos a partir do embrião original, o que contraria a individuação necessária para se ser pessoa ou, ainda, a geração acidental por parte dos pais, não correspondendo a um projeto dos pais e, por isso, não possuindo dignidade (M. Neves & Osswald, 2007).

A convicção de outros é de que o embrião se reveste desde o seu início de dignidade intrínseca e não pode ser voluntariamente destruído, dado tratar-se de um ser humano no início do seu percurso vital. Merece, por isso, um respeito absoluto, ainda mais presente dado o seu estado de enorme vulnerabilidade. Para esta corrente de opinião, o facto de se perderem espontaneamente muitos embriões precocemente, não autoriza a matar os que possivelmente sobreviveriam, a possibilidade de se formarem gémeos não pode servir de argumento, pois, eventualmente, poderia até originar um maior respeito, pois estamos perante a possibilidade da presença de mais que um ser humano e, finalmente, o facto de muitos embriões não corresponderem a um projeto parental refletido e assumido, mas a atos irresponsáveis dos pais, pode retirar dignidade aos progenitores mas não ao embrião, a quem não podem ser imputadas as culpas pelo comportamento dos pais. Para os defensores do respeito absoluto pelo embrião, não é aceitável uma posição de gradualidade crescente de respeito, subjacente à posição anterior em função do desenvolvimento embrionário e fetal. Pois, como afirmam M. Neves e Osswald (2007), “quem suprime uma vida não pode ter ‘algum respeito’ por essa mesma vida” (p.121).

Também para Loureiro (2001), a vida humana inicia-se com a fecundação e decorre até ao nascimento sem sobressaltos, pelo que refuta a possibilidade da divisão em estádios em que se possa atribuir valor crescente ao embrião.

Estes diferentes entendimentos acerca da natureza e estatuto do embrião são relevantes para a valorização da liceidade ética do abortamento, experimentação em embriões, clonagem, alguns tipos de contraceção, nomeadamente a COE ou pílula do dia seguinte (M. Neves & Osswald, 2007).

Para Rodríguez Yunta (2016), existe o problema de que socialmente se criou uma grande confusão acerca do estatuto do embrião. Para distanciar concetualmente o aborto e a

seleção de embriões da morte de um ser humano, introduziu-se a ideia de que o embrião não é um indivíduo humano e ainda se fez a classificação entre embrião e pré-embrião para justificar a manipulação nos primeiros dias do desenvolvimento, quando se trata do mesmo ser, sendo a única diferença o seu estado de desenvolvimento. Como refere o próprio,

Hay quien argumenta que no se es ser humano integralmente hasta que no se posee las características de autoconciencia, intuición, pensamiento, memoria e imaginación y por tanto en las etapas iniciales del desarrollo no hay un deber de protección de esa vida. Ante esta argumentación, hay que decir que aunque tales características no están todavía desarrolladas en el cigoto, están presentes los genes para su desarrollo en interacción con el ambiente. Desde un punto de vista biológico el principio generativo se encuentra en los genes de tal forma que el programa fisiológico y psicológico del cigoto está ya predeterminado por su constitución genética desde la fecundación, aunque en la determinación definitiva intervengan factores ambientales. (Rodríguez Yunta, 2016, p.4)

Nesta perspetiva, para Renaud (2001), o zigoto não é qualquer coisa, o zigoto é em primeira análise o zigoto de uma pessoa e a primeira aparição da mesma, embora ainda sem manifestações de ordem pessoal. E se qualquer dúvida houvesse, como salienta Osswald (1995), "... bastaria a existência de uma dúvida insanável quanto à natureza do embrião (pessoa, vida humana, pessoa potencial, agregado celular em processo de hominização) para tornar gravemente ilícita ..." (p.4), qualquer ação destrutiva do mesmo ou inviabilizadora do seu normal percurso de desenvolvimento.

Para Renaud (2005), mesmo a referência ao zigoto como um ser humano em potência, como mera possibilidade (abstrata ou lógica), de um ser humano, é errada. O erro, na sua opinião, consiste em confundir potência lógica e potência ontológica. O sentido correto da afirmação *ser humano em potência* parte da ideia, segundo a qual a potência só tem um sentido não meramente lógico, mas ontológico, para este efeito, deve enraizar-se numa realidade já existente.

Quer-se então afirmar que, no embrião, se trata de um ser humano que já existe enquanto tal (enquanto humano), mas que ainda não tem desenvolvido nem manifestado todas as suas potencialidades humanas. Tais potencialidades são a expressão da potência não no sentido meramente lógico, mas no sentido de uma realidade efetiva, mas diferida e esperada ... O uso correto da expressão *ser humano em potência* refere-se portanto ao dinamismo evolutivo inerente a todo o ser humano no seu começo. (Renaud, 2005, p.168)

Na discussão acerca do estatuto ontológico do embrião é de considerar, desde logo, a distinção feita por Xavier Zubiri entre pessoalidade e personalidade, sendo que a primeira se refere ao caráter estrutural da pessoa e está presente *ab initio*, já a personalidade corresponde ao momento dinâmico ou operativo, formando-se ao longo da vida (Loureiro, 2001). Ainda a propósito da potencialidade ou mais precisamente da totipotencialidade presente no embrião, no início do desenvolvimento embrionário podendo originar-se mais que um embrião, este seria, como aponta Osswald (1995), o único argumento válido para não conferir o caráter de pessoa ao embrião, pois sem individualidade não pode existir a pessoa. Porém, esta possibilidade, embora pouco expressiva, não retira dignidade ao “pré-existente”, assim a possibilidade da existência de vários não significa a inexistência de alguém. Torna-se, pois, imperiosa e necessária a distinção entre identidade e individualidade, enquanto a primeira define “o que é”, a segunda define “quantos”. A multipotencialidade inicial não significa indeterminação, mas tão só mera possibilidade de evolução. Como refere Rodríguez Yunta (2016),

...hay que decir que la posibilidad de formación de gemelos no niega la individualidad del cigoto... El término individuo no es sinónimo de indivisible. El preembrión constituye un individuo formado por células totipotentes porque constituye una unidad integrada en estructura y función. Si una de las células se separa, esta también constituye una unidad integral en sí misma y por tanto es un nuevo individuo. (p.5)

Por outro lado, a potencialidade referida ao embrião em que o termo potência traduz apenas uma expectativa ou uma possibilidade (lógica ou abstrata) de um ser humano, leva a que a partir das experiências de clonagem que permitiram a existência da ovelha Dolly se tenha demonstrado que as células diferenciadas podem regressar à sua totipotencialidade. Assim, nesta perspetiva, cada célula adulta é um embrião em potência e nós, em rigor, não nos poderíamos então considerar pessoas (Miranda, 1998).

Para M. Neves e Osswald (2007), o conceito de pessoa é uma questão filosófica disputada, embora tenha sido arrastado para a discussão ética acerca do estatuto do embrião e dos direitos que lhe devem ser atribuídos. Pelo que não serve de base sólida para a discussão. Pelo que apontam ser preferível partir de algo mais objetivo como uma noção biológica incontestável: o embrião. Este, independentemente do número de células que já possui,

constitui o ser humano na sua fase inicial de desenvolvimento, e todas as fases subsequentes não passarão de uma continuação sucessiva da anterior. “Este dinamismo faz-se porque o embrião contém em si, desde o início, toda a informação e regulação necessárias para a evolução do ser (ontogenia)” (M. Neves & Osswald, 2007, p.122).

O mecanismo de ação da COE, assim como do dispositivo intrauterino (DIU), não se encontra completamente esclarecido, sendo possível a sua ação antinidatória. Assim, a sua ação já não é contraceptiva, uma vez que se exerce depois da conceção, pelo que é erradamente designada por CE. A avaliação ética destes métodos, pelo seu impacto nas fases iniciais do desenvolvimento do ser humano, torna-se muito mais exigente e, em função do estatuto atribuído ao embrião, para muitas pessoas torna-se inviável a aceitação dos métodos em causa (M. Neves & Osswald, 2007).

Rodríguez Yunta (2016) é perentório, quando afirma que não se pode apresentar um produto no mercado como simplesmente anticoncetivo quando há evidências que sugerem que afeta a nidação ou implantação. “La inhibición de la implantación del embrión trae como resultado necesariamente su muerte. Atentar contra la vida de un embrión antes de la implantación, aborto o no, no deja de ser un atentado a la vida de un ser humano” (Rodríguez Yunta, (2016, p.10).

4.2. Contraceção/aborto

Os defensores da COE alegam que se trata de anticonceção e não aborto, pois em todo o caso atua antes da nidação ou implantação e considera-se que a gravidez e o novo ser humano surgem com a implantação. A utilização desta terminologia não é adequada, uma vez que é enganosa, poderia pensar-se que se trata de medicamentos que têm apenas um efeito contraceptivo, quando se prova que têm um efeito antinidatório, que atenta contra a vida de um zigoto já formado, tendo em conta que a ciência nos diz que a vida do ser humano começa com a formação do zigoto e não com a implantação (Rodríguez Yunta, 2016).

Independentemente da sua catalogação como abortiva ou não abortiva, em virtude da

redefinição de um conceito, utilitário, de gravidez, não consensual, que remete para o estado da mulher e associando esta (gravidez) a um início marcado pela implantação do embrião na cavidade uterina materna, o que é um facto é que a vida humana começa efetivamente na fecundação, pois como refere Serrão (2002):

... É que o embrião, mesmo com algumas horas de existência, já é um ser humano....

Um embrião é a primeira apresentação pública de um corpo humano. Não há diferença entre um zigoto com uma célula ou com duas. Trata-se de um processo biológico contínuo, que se estende ao longo da vida até à morte.

...quem não aceita esta argumentação está a fazer prova do obscurantismo de alguns séculos atrás, que não aceitava a ciência. A ciência demonstrou e a genética comprovou que, a partir do momento em que se constitui o genoma humano, constitui-se o corpo humano. Se quiserem destruir que o destruam, mas não digam que estão a destruir uma coisa, ou um amontoado de células. Não, estão a destruir um corpo humano. É hipocrisia não querer reconhecer que, cientificamente, não há nenhuma dúvida de que um zigoto, um embrião, é um ser humano. (p.59)

Não se nega a conceção, embora muitas vezes se venha dizer que o seu efeito é essencialmente anovulatório. Um exemplo ilustrativo deste pensamento encontramos-lo no *site* da APF. Consultando as informações sobre a CE, encontramos de forma bem clara as possíveis vias da sua atuação: *i*) bloqueia ou atrasa a ovulação (a saída do óvulo do ovário); *ii*) impede a fertilização (o encontro do espermatozóide com o óvulo); *iii*) impede a nidificação (implantação do ovo na parede do útero), sendo esta informação acompanhada com a informação, catalogada como importante, de que não é abortiva (APF, 2021).

Procura-se, obviamente, focar a atuação da COE em relação ao pretense estado de gravidez da mulher, desviando a atenção das consequências da sua ação sobre uma eventual vida humana já iniciada. Pois, como refere Rodríguez Yunta (2016), a bibliografia médica tem interesse em conhecer a taxa de eficácia anticoncetiva ou a magnitude dos efeitos indesejados e benefícios causados pelas hormonas utilizadas na CE, mas há pouco interesse em conhecer o mecanismo de ação, em particular se afeta a nidificação.

Ora, reconhecido o efeito anti-implantatório da COE, só o podemos classificar como abortivo decorrente do seu efeito positivo que impede a normal implantação do embrião. Este mecanismo de ação anti-implantatório tem que estar presente, pois dificilmente se poderia explicar uma alta taxa de efetividade da COE sem este mecanismo. A maioria das

mulheres não sabe certamente em que fase do ciclo menstrual se encontra, quando tem uma relação sexual desprotegida ou uma falha do método contraceptivo e recorre à toma da COE no intuito de evitar uma gravidez.

Como referem Alegre-del Rey et al. (2015):

El posible efecto post-fecundación es objeto de un debate ético sobre Levonorgestrel Postcoital (LP). Existe evidencia de su acción anovulatoria hasta un día antes de la ovulación. Sin embargo, cuando se administra LP a veces ya es imposible detener la ovulación. En ausencia de efecto post-fecundación, la reducción en la tasa de embarazo estaría limitada por esta causa. Un modelo Bayesiano estima el efecto post-fecundación necesario para explicar la reducción en la tasa de embarazo observada. (p.432)

A análise a quatro estudos da OMS, abrangendo 6.794 mulheres, mostrou uma taxa de gravidez de 1,01%, quando se administrou o levonorgestrel durante os primeiros quatro dias pós-coito, e de 5,22% quando administrado no quinto dia, sendo esta uma percentagem próxima da taxa de gravidez sem anticonceção (6%-8%). Tomando o resultado do quinto dia como controlo, interpolando esses dados no modelo gráfico Bayesiano, estimou-se o efeito pós-fecundação necessário para explicar a diminuição de gravidezes observada. Como resultado, a redução ajustada da taxa de gravidez foi de 82,78% e de 73,47%, com a administração de levonorgestrel até às 24 horas e 72 horas pós-coito, respetivamente. Os mecanismos não anovulatórios seriam responsáveis por 51,2% e 65,4% dessa redução, se a toma do levonorgestrel ocorreu até às 24 horas ou 72 horas pós-coito, respetivamente. Estes resultados obtidos a partir de dados clínicos, apoiam um efeito pós-fecundação da COE, ponto-chave nos debates éticos em torno do seu uso (Alegre-del Rey et al., 2015, 2016).

Podemos concluir que a COE, embora em alguns casos possa atuar por meio de um mecanismo contraceptivo, numa proporção de casos (nunca inferior a 50%), pode fazê-lo por meio de um mecanismo anti-implantatório e, portanto, abortivo. “... se está cometiendo algo que se puede o no denominar aborto, no importa, pero lo indudable es que se está eliminando un ser humano inocente, terminando con su vida, y éste es el único dato de interés para juzgar éticamente el hecho” (Aznar Lucea, 2006, p.317).

Os proponentes da COE argumentam que têm a certeza moral de que esta funciona por

meio de um mecanismo não abortivo, afirmando que os principais dados científicos e médicos apoiam essa hipótese. No entanto, dados médicos mais recentes servem para minar a consistência desta hipótese e, em vez disso, apoiar a hipótese de que a administração pré-ovulatória da COE tem potencial significativo para funcionar por meio do aborto (Kahlenborn et al., 2015).

Um dado crítico para os diferentes estudos é a capacidade de determinar com precisão o dia da ovulação de uma mulher. Houve estudos que se basearam na recordação da mulher acerca do último dia do seu último período menstrual bem como da sua duração, outros estudos basearam-se exclusivamente nos níveis hormonais e cinco estudos até ao momento avaliaram os dois parâmetros. Dentro deste último tipo de estudos encontramos o de Noé et al. (2010), que foi posteriormente atualizado (Noé et al., 2011), e que de acordo com Kahlenborn et al. (2015), era, até 2015, o maior estudo a empregar avaliações transvaginais seriadas do tamanho folicular para determinar a ovulação e nele encontramos alguns dos principais dados que sustentam a afirmação de que a COE às vezes funciona como abortiva. Ele contém alguns dos principais dados que sustentam a afirmação de que a COE às vezes funciona por meio do aborto. Neste estudo que envolveu mulheres que requereram a COE, cada uma recebeu uma dose de 1,5 mg levonorgestrel dentro das 120 horas após uma relação sexual desprotegida, sendo que 99% se encontrava dentro das 72 horas após relação. Foram constituídos dois grupos de mulheres, o grupo pré-ovulatório, que teve relações dentro dos cinco dias anteriores à ovulação (e.g., dias -5, -4, -3, -2 ou -1), e o grupo pós-ovulatório, que teve relações no dia da ovulação ou depois. Noé et al. estimaram o número de gestações esperadas para cada grupo, calculando a probabilidade de gravidez, com base no trabalho de Wilcox et al. (1995), como citado por Kahlenborn et al. (2015), que construiu um modelo preditivo para estimar a probabilidade de gravidez para cada dia do ciclo menstrual. No entanto, descobriram que nenhuma mulher que tomou a COE no período pré-ovulatório ficou clinicamente grávida, quando eles tinham previsto que 16 mulheres deveriam ter engravidado se não tivessem recebido a COE, pelo que concluíram que a COE é 100% eficaz em interromper a gravidez clínica, se administrado antes da ovulação. No grupo pós-ovulação, encontraram oito mulheres grávidas, enquanto o modelo de Wilcox previa a ocorrência de 8,7 gestações, pelo que concluíram que a COE não tinha

efeito em interromper a gravidez quando administrado no dia ou após a ovulação.

Para Kahlenborn et al. (2015), existem fraquezas significativas em todos os principais argumentos usados por aqueles que afirmam que a COE funciona através de uma ação não abortiva. Dois artigos de revisão chegaram à mesma conclusão (Peck & Velez, 2013; Raviele, 2014).

Para Peck e Velez (2013), embora a literatura científica seja consensual a atribuir a eficácia do levonorgestrel como CE a mecanismos de ação, preferenciais, tais como a supressão da ovulação, a interferência com o muco cervical ou função do esperma, os estudos não descartam um mecanismo de ação pós-ovulatório. Uma revisão de estudos científicos recentes levou-os a concluir que o levonorgestrel exerce efeitos mínimos sobre o muco cervical e a função do esperma e que a supressão da ovulação, não é o mecanismo de ação dominante responsável pela eficácia contraceptiva do levonorgestrel. Deficiências lúteas e alterações endometriais relatadas na literatura sugerem um mecanismo de ação pós-ovulatório quando o levonorgestrel é administrado durante o período pré-ovulatório crítico (ou fértil).

Bioeticistas católicos têm apoiado o uso do levonorgestrel como CE, com base na sua interpretação da literatura científica a respeito de seu mecanismo de ação, no entanto, Raviele (2014), no seu artigo de revisão dos mecanismos de ação do levonorgestrel como CE quando administrado durante a janela fértil, mostra uma alta probabilidade de que atue contra a vida humana ao invés de impedir a fertilização, pelo que propõe outra classe de medicamentos como alternativa possível.

Da extensa argumentação de Kahlenborn et al. (2015), rebatendo as ideias daqueles que afirmam que a COE funciona através de uma ação não abortiva, salientamos alguns aspetos. Em primeiro lugar, nas mulheres que tomaram a COE, obteve-se uma taxa de sangramento de 29,6% dentro dos sete dias após a toma, sendo esse sangramento mais comum quando a COE é administrada antes da ovulação. Este sangramento denota grande instabilidade endometrial, o que pode causar a perda do embrião que está para ser ou foi implantado recentemente. Em segundo lugar, a COE pode causar um fenómeno de defeito da fase lútea quando dado na fase folicular. Em terceiro, a COE pode retardar o transporte

do óvulo recém-fertilizado na trompa de Falópio, o que pode fazer com que chegue ao endométrio fora da janela de implantação e levar à falha do implante. Por outro lado, a administração pré-ovulatória da COE não altera de forma consistente o fluxo e função dos espermatozoides ou óvulos, mas há ausência de gravidez clínica nos casos em que a fertilização é provável, o que sugere que o aborto é um mecanismo provável de ação. Portanto, a alegação de que existe certeza moral por meio da ação não abortiva da COE, é atualmente indefensável.

Vamos analisar, mais em pormenor, aqueles que nos parecem ser os dois principais argumentos para a afirmação da COE como tendo um mecanismo de ação não abortivo. O efeito sobre a ovulação é um dos argumentos mais referidos para a sua ação contraceptiva, afirmando-se que a COE pára, atrasa ou altera a ovulação. A tónica do discurso é colocada no efeito dominante da COE em inibir ou atrasar a ovulação. No entanto, estudos recentes demonstram claramente que a COE não pára ou atrasa a ovulação de forma consistente. Noé et al. (2010) observaram que 80% das mulheres no grupo pré-ovulatório tinham evidência de rutura folicular se a toma da COE ocorreu entre o dia -5 a -1. Adicionalmente, notaram que das mulheres que tomaram a COE no dia -2 ou -1, cerca de 93% tinham evidência de rutura folicular (via ultrassom) e níveis elevados de progesterona (acima de 12 nmol/l).

Os achados de Noé et al. (2010) foram corroborados por três outros estudos que avaliaram a ovulação pelos níveis hormonais e ultrassom (Croxatto et al., 2004; Durand et al., 2010; Massai et al., 2007). À luz dos dados médicos observados, a argumentação da “disfunção ovulatória” não oferece suporte convincente ou consistente em favor de uma ação não abortiva da COE (Kahlenborn et al., 2015).

O segundo argumento essencial para a defesa da COE como não abortiva, refere-se claramente à redefinição de gravidez, sendo, agora, definido o seu começo na implantação e, nesse sentido, qualquer perda de vida antes da implantação não é aborto. Esta definição foi proposta pela primeira vez pelo American Congress of Obstetricians and Gynecologists, em 1965, que tentou redefinir a vida como um começo na implantação. Se aceitarmos esta definição não podemos falar do efeito abortivo da COE, pois, qualquer

perda de vida antes da implantação seria definida como “antes de engravidar”. Este argumento justifica as suas conclusões, alterando arbitrariamente a definição de quando começa a vida, sendo considerado desprovido de precisão biológica (Kahlenborn et al., 2015).

A título ilustrativo apresentamos o Quadro 1, que traduz a “arbitrariedade” dos múltiplos critérios utilizados para estabelecer o início da vida de um ser humano ao qual deva ser reconhecida a dignidade de um novo representante da espécie humana.

Quadro 1. Critérios utilizados para estabelecer o início da vida de um ser humano

Tempo decorrido	Característica	Critério
0 minutos	Fecundação fusão de gâmetas	Celular
12 a 24 horas	Fecundação fusão dos pró-núcleos	Genotípico estrutural
2 dias	Primeira divisão celular	Divisional
3 a 6 dias	Expressão do novo genótipo	Genotípico funcional
6 a 7 dias	Implantação uterina	Suporte materno
14 dias	Células do indivíduo diferenciadas das células dos anexos	Individualização
20 dias	Notocorda maciça	Neural
3 a 4 semanas	Início dos batimentos cardíacos	Cardíaco
6 semanas	Aparência humana e rudimento de todos os órgãos	Fenotípico
7 semanas	Respostas reflexas à dor e à pressão	Senciência
8 semanas	Registro de ondas eletroencefalográficas (tronco cerebral)	Encefálico
10 semanas	Movimentos espontâneos	Atividade
12 semanas	Estrutura cerebral completa	Neocortical
12 a 16 semanas	Movimentos do feto percebidos pela mãe	Animação
20 semanas	Probabilidade de 10% para sobrevivência fora do útero	Viabilidade extra-uterina
24 a 28 semanas	Viabilidade pulmonar	Respiratório
28 semanas	Padrão sono-vigília	Autoconsciência
28 a 30 semanas	Reabertura dos olhos	Perceptivo visual
40 semanas	Gestação a termo ou parto em outro período	Nascimento
2 anos após o nascimento	“Ser moral”	Linguagem para comunicar vontades

Fonte: Adaptado de Goldim (2007).

Os dados embriológicos, da genética e da biologia celular, permitem afirmar que desde a fecundação existe um ser humano. “No es el primer paso hacia el ser humano, es un ser humano dando su primer paso” (Germán Zurriarain, 2015, p.121). Alguns colocam o começo da vida humana na implantação no útero materno, pois, de facto, com a implantação desaparece o risco de gemelação e, por isso, alguns assinalam a implantação como momento chave. Contudo, não há nenhum dado científico que permita supor o começo da vida na implantação, “pues esta no añade nada a la programación del nuevo individuo. Además no es la implantación la que constituye la realidad implantada. El embrión es el que se implanta” (Germán Zurriarain, 2015, p.123).

No entanto, e em complemento ao já referido no capítulo anterior, a gemelação monozigótica não nega a individualidade, pois como refere Fernández Sanabria (2016):

se puede explicar diciendo que los dos organismos resultantes no suponen una división del primero. Es posible pensar que el material que se separe del organismo madre dé lugar a un nuevo organismo o individuo permaneciendo el primero y tener así dos verdaderos individuos. (p.131)

Estudos dos últimos trinta anos, que mostram a possibilidade de diferença de cariótipo entre os gémeos idênticos, oferecem prova cabal desta explicação “Os casos mais notáveis são aqueles nos quais um dos gêmeos monozigóticos tem um cariótipo com 47 cromossomos e é afetado pela Síndrome de Down, enquanto o cogêmeo tem um cariótipo normal com 46 cromossomo” (Serra & Colombo, 2007, como citado por M. Ribeiro & Pinheiro, 2017, p.149).

Outro passo na desvalorização inicial do desenvolvimento do embrião, precisamente nos primeiros catorze dias e que vem dar força a este argumento, é a designação do embrião humano durante esse tempo por pré-embrião. O termo pré-embrião foi criado em 1979 pelo Ethics Advisory Board dos Estados Unidos da América (EUA), e posteriormente corroborado pela Comissão Warnock em 1984, que começou a utilizar este termo para designar o embrião pré-implantado. Embora, como a própria Comissão admitia, que estabelecer o tempo limite de catorze dias foi um compromisso arbitrário para conceder aos cientistas um tempo adequado para a investigação embrionária. A comissão argumentava que a vida do embrião humano começava precisamente com a fecundação.

Ya que la temporización de los diferentes estadios del desarrollo es crítica, una vez que el proceso del desarrollo ha comenzado, no existe un estadio particular del mismo más importante que otro; todos forman parte de un proceso continuo, y si cada uno no se realiza normalmente en el tiempo justo y en la secuencia exacta, el desarrollo posterior cessa. (Germán Zurriarán, 2015, p.122)

Considerando este desenvolvimento *continuum* do ser humano, para Gómez-Fajardo (2014), todo ser humano é pessoa: “la ideología eugenésica pretendió restar importancia al hecho del carácter personal e inventó criterios utilitarios arbitrarios (en el fondo, de supuestos “subhombres” o supuestos “superhombres”), de acuerdo con la utilidad que aquellos pudiesen tener para un régimen determinado (p.41).

Assim, as palavras do geneticista Lejeune são incisivas e não deixam dúvidas:

...acceptar el hecho de que, tras la fertilización, un nuevo ser humano ha comenzado a existir, no es una cuestión de gusto u opinión. La naturaleza humana del hombre, desde su concepción hasta la vejez, no es una disputa metafísica. Es una simple evidencia experimental. (Gómez-Fajardo, 2014, p.40)

O argumento de se limitar o início da gravidez, ao fenómeno físico/mecânico da implantação do blastocisto na cavidade uterina, a sua validade parece-nos meramente retórica e de carácter utilitarista, pois de facto esta (gravidez) sem tudo aquilo que efetivamente marca o seu início, jamais ocorreria. Tanto assim é que, nas técnicas de procriação medicamente assistida em que se dá a fecundação *in vitro* e os dias iniciais do desenvolvimento embrionário ocorrem fora do organismo materno, tem de se efetuar toda uma preparação do organismo materno para que este possa acolher esta nova vida, nomeadamente com a administração de corticóides, diminuindo o seu estado imunitário e permitindo, assim, a implantação deste novo ser, com um genótipo diferente do seu, sem que seja rejeitado como um corpo estranho. Na gravidez fisiológica, devido à interação entre o embrião e a mãe, esta transformação imunitária é garantida pela síntese precoce de uma proteína imunossupressora - *early pregnancy factor*, sintetizada pelo ovário, esta é detetável dentro de 48 horas após a fertilização (Kahlenborn et al., 2015).

4.3. Perspetiva jurídica

Como referem M. Neves e Osswald (2007), “é a partir do conceito que se tem do que é um embrião ou feto que se deve reflectir acerca da liceidade moral do abortamento” (p.122).

Admitir que o embrião ou o feto não passa de um aglomerado de células e, por isso, não possui dignidade, não tem quaisquer direitos e se pode dispor livremente dos mesmos, é hoje indefensável à luz dos dados das ciências biológicas (embriologia, genética, medicina). A posição gradualista atribui ao embrião ou feto algum respeito, por se tratar de um projeto ou plano de uma pessoa humana, mas pelo facto de ainda não o ser não tem direitos, pelo que o respeito relativo por ele configura um valor de menor significado quando comparado com o direito da grávida a dispor da procriação. As objeções, a

deliberadamente se colocar um fim à vida de um ser humano no seu início, existem, mas são ultrapassáveis em determinadas situações que a lei tipifica. Por fim, se entendermos que o embrião ou o feto são, desde o início, uma nova realidade humana dotada dos mecanismos e da autonomia necessária para progredir no seu desenvolvimento contínuo, numa atualização constante de distintas realidades fenotípicas durante o seu processo de desenvolvimento, então estaremos perante direitos do feto e direitos da grávida, e num eventual conflito destes dois tipos de direitos não pode a solução do conflito passar por suprimir um dos sujeitos de direitos (M. Neves & Osswald, 2007).

A posição gradualista apresenta a “virtude” de se afastar dos extremos, nem o ser humano na sua fase inicial do desenvolvimento fica desprovido de todo e qualquer direito, como não goza de um respeito absoluto ficando em pé de igualdade com os direitos da sua mãe. É sabido que, numa escala de valores, a vida da grávida sempre foi entendida como um valor superior em relação à vida do feto, podendo a vida deste ficar comprometida no caso em que é necessário realizar intervenções para salvaguardar a vida da mãe, sendo estas moralmente aceites. No entanto, já não é admissível “que essas razões de ordem pessoal, sentimental, social ou económica, mesmo se sérias e importantes, possam prevalecer sobre o respeito (mesmo que não absoluto) devido ao bem precioso que é a vida de um ser humano (M. Neves & Osswald, 2007, p.124).

Esta posição de respeito relativo nas fases iniciais de desenvolvimento do ser humano, que em caso de conflito dá primazia aos direitos da mãe, está vertida no sistema legal da maioria dos países ocidentais e setentrionais, em que nos respetivos quadros legais se encontra vertido uma conjugação de situações e prazos para a exclusão da ilicitude do abortamento. A situação legal em Portugal enquadra-se nesta situação, em que o abortamento é crime, mas pode não ser punido se for realizado a coberto destas disposições legais que o subtraem à ilicitude. Tal é a situação do feto até às 10 semanas de gestação, após a aprovação da Lei n.º 17/2007, que deixa o ser humano nesta fase inicial da sua vida totalmente desprotegido, permitindo o abortamento eufemisticamente designado por IVG, unicamente por vontade da mãe, quando se trata efetivamente de terminar uma gravidez indesejada e não de “interromper”, como notam e bem, M. Neves e Osswald (2007).

Se o feto de 10 semanas de gestação não goza de qualquer proteção, por maioria de razão muito menos o embrião qualquer que seja a sua idade gestacional, e só com esta desconsideração da vida humana no seu início se percebe a aprovação da COE, independentemente dos argumentos invocados. Pois, tal como referem M. Neves e Osswald (2007), a sua ação muitas vezes já não é contracetiva embora tenha esta designação enganosa, pois admite-se um efeito antinidatório que inviabiliza o normal percurso do embrião pré-implantado.

Parece, no entanto, haver à primeira vista uma incongruência legal relativamente a esta matéria, pois se, por um lado,

... o aborto, à luz da lei em vigor, é qualificado como crime e punido com pena de prisão. O bem jurídico protegido com a incriminação é a vida intra-uterina que é um bem jurídico constitucionalmente relevante (por força do disposto no artigo 24.º, n.º 1 da Constituição da República Portuguesa de 1976, onde se proclama que [A vida humana é inviolável]) e é um bem jurídico-criminal. (Melo & Nunes, 2000, p.73)

Logo, na “vida humana” de que fala o artigo não é possível objetivamente distinguir entre vida intrauterina e extrauterina. O princípio do artigo 24.º é o desenvolvimento do artigo 1.º, que baseia a constituição na dignidade humana. Assim, mesmo para quem o artigo 24.º não comportava, por regra, a vida intrauterina, forçoso seria o uso do princípio (jurídico e ético) “*in dubio pro libertate*”, ou seja, em caso de dúvida, deve em matéria de direitos fundamentais optar-se sempre pela interpretação que atribua ao direito em causa a maior latitude. Pelo que o uso da COE choca com o artigo 24.º da Constituição, que garante a inviolabilidade da vida humana.

Os dados oferecidos pelas ciências da vida, indicam que o feto e o embrião “... no son solo seres vivos, sino seres vivos humanos, pues desde la concepción el no nacido es siempre un ser humano. Cada vida es una vida única y singular, desde la concepción hastab la muerte, sin saltos cualitativos” (Germán Zurriarain, 2015, p.122). Pelo que, para este autor, “no existe una etapa prehumana anterior al ser humano, como tampoco existen seres en potencia, puesto que lo que está en potencia ya *es*, y solo lo que ya *es* puede desarrollarse” (p.122).

Por outro lado, vê-se que o legislador optou por uma tutela progressivamente mais exigente do bem jurídico, vida intrauterina, à medida que avança o período de gestação (de acordo com o disposto no artigo 142.º do Código Penal – Interrupção da gravidez não punível). Dir-se-ia que há uma valoração da vida humana em função unicamente do critério tempo, parecendo haver assim vidas mais ou menos dignas em função do tempo decorrido! Relativamente a esta posição de gradualidade (crescente grau de respeito pelo embrião), ela é contestada pelo CNECV (1995), por Osswald (1995), no Relatório-Parecer 15/CNECV/95, onde se conclui que:

a vida humana merece respeito, qualquer que seja o seu estágio ou fase, devido à sua dignidade essencial. O embrião é em qualquer fase e desde o início, o suporte físico e biológico indispensável ao desenvolvimento da pessoa humana e nele antecipamos aquilo que há-de vir a ser: não há, pois, razões que nos levem a estabelecer uma escala de respeito. (p.5)

De igual forma, refere Germán Zurriarán (2015) que “... no queda, como dicen algunos, rigurosamente probada la existencia de una doble categoría de embriones humanos: los de menos de catorce y los de más de catorce días de vida” (p.123). Pois, como argumenta:

un embrión nunca llegará a convertirse en un ser humano si no lo ha sido desde el principio. No hay un tránsito paulatino desde ‘algo’ a ‘alguien’. De algo no deviene alguien: el ser humano no es el resultado de un desarrollo, sino que el cigoto se desarrolla como ser humano y no hasta convertirse en tal. (p.122)

Argumenta-se que aquele mesmo bem jurídico compartilhando da proteção que a constituição confere à vida humana, enquanto bem constitucionalmente protegido, já não goza da proteção concedida ao direito à vida, enquanto direito fundamental (que só cabe às pessoas), uma vez que não existe, do ponto de vista jurídico, um sujeito que possa ser titular desse direito; tal sujeito só existirá após o nascimento completo e com vida, adquirindo a personalidade jurídica nesse momento. Pode, portanto, aquele bem jurídico ter de ceder, quando em conflito com outros bens ou direitos constitucionalmente protegidos (que vão desde a vida ou integridade física ou psíquica da mãe; até ao direito desta a uma maternidade consciente!) (Melo & Nunes, 2000).

Para Germán Zurriarán (2015), é preciso assinalar que a consideração constitucional “del embrión humano como ‘bien jurídico’, a medio camino entre un sujeto de derechos y el

tratamiento dado a las cosas, en mi opinión, supuso el comienzo de la continua desprotección jurídica de la vida del embrión humano” (p.124).

É o que Casini (2003) refere como o engano da teoria da “proteção objetiva”, e insuficiência desta para a tutela do embrião, ao distinguir entre “ser humano” merecedor de “proteção objetiva”, mas não de garantias dos direitos (subjctivos) que pertencem às pessoas. É-lhe negada a capacidade jurídica, que é precisamente a consequência da atribuição de direitos.

Ora como diz Cardoso (2001),

...a vida humana, o embrião, só são defendidos, desde que ninguém hoje discute o seu reconhecimento científico, se for garantido o direito a nascer. Sem este direito todos os demais direitos ligados à vida, desde os do nascituro, são puras ficções. Seria absurdo fazer depender o direito de nascer... do nascimento! (p.14)

Há a referir que, embora o nascimento signifique um passo importante na vida do nascituro, não se trata, no entanto, de um salto qualitativo, pois o neonato não sofre nenhuma transformação substancial no parto, continua a ser o mesmo que era antes de nascer. Poderíamos dizer que a única coisa que mudou foi o seu ambiente, mas nunca o que já é. O recém-nascido ainda tem o mesmo sistema genético, o mesmo sistema imunológico, as mesmas características faciais e o mesmo sistema hormonal, antes e depois do parto (Germán Zurriarain, 2015).

Acresce que, no campo da titularidade dos direitos, não pode confundir-se o conceito de pessoa no plano jurídico do Direito Civil com o direito à vida como direito fundamental ligado à inviolabilidade da vida humana, pois isso, levaria a que o aborto fosse possível (sem crime) até ao final da gestação – o que ninguém defende!

No entanto, esta distinção perversa entre ser humano e pessoa, retirando o estatuto de pessoa ao embrião, levou precisamente a que os EUA, a partir da decisão da Alta Corte Federal de Justiça no caso *Roe versus Wade* de 1973, autorizassem os diferentes estados a assumir disposições para permitir os abortos provocados, estabelecendo assim o direito ao aborto nos EUA.

O *partial-birth abortion* (aborto com nascimento parcial), é apenas mais uma etapa que

leva ao limite a possibilidade de aborto a todo o tempo, até praticamente à conclusão de um parto (nascimento). Este terá começado a ser utilizado em 1979, em alternativa à forma usual (injeção no feto de droga mortal, seguindo-se a sua extração, desmembrando-o).

Diz-nos Trujillo (2003), que a expressão *partial-birth abortion*, “aborto com nascimento parcial, designa uma técnica de aborto utilizada nos últimos meses de gravidez, durante a qual é praticado um aborto intravaginal parcial de feto vivo, seguido de uma aspiração do conteúdo cerebral antes de completar o parto” (p.37).

Tudo isto exemplifica como as consequências de um positivismo jurídico conduzem, mais cedo ou mais tarde, à inconsistência do arbítrio obstinado e prepotente, e como prevalecem sobre o juízo sensato e sereno, as imposições de um poder arbitrário, fechado ao reconhecimento dos direitos humanos fundamentais, e desde logo o primordial direito à vida de qualquer pessoa humana, tal é o nascituro (Trujillo, 2003).

Entre nós, no sentido de ultrapassar arbitrariedades e prepotência em relação à vida humana não nascida, Barbas (1999) advoga a alteração do artigo 66.º do Código Civil Português, que marca o início da personalidade jurídica. O direito tem de acompanhar a ciência, não pode ficar indiferente ao que pode acontecer. Como resolver o problema no âmbito das técnicas de procriação assistida, da vida humana criada e desenvolvida num «ventre artificial» (ectogénese), privada do ato natural de nascer. Estes não teriam personalidade jurídica, porque «não nascem», não seriam sujeitos de direito (humanos), uma vez que o nascimento é condição essencial para a atribuição de personalidade jurídica?

Mais recentemente, é notório que o artigo 66º entra em contradição com a posição de diferentes autores, mas também com o próprio direito. Assim, no próprio Código Civil, no seu artigo 952º, admite «doações a nascituros», não se espera pelo nascimento e com vida, mas basta a simples conceção. Pelo que se levanta “...a hipótese de o art. 66.º, n.º 1 do CC, ser entendido como referindo-se à capacidade do gozo, e não propriamente à personalidade jurídica (Fernandes, 2021, p.183).

Também em matéria de perfilhação é notória a contradição, o artigo 1855º diz claramente

que a perfilhação só é válida se for posterior à concepção, “...então se é possível reconhecer como filho uma pessoa após a concepção, então aquela pessoa merece por si só a partir da concepção o reconhecimento da sua personalidade jurídica e do estatuto de pessoa (Fernandes, 2021, p.194).

A apropriação social do destino pessoal da vida intrauterina é refletida numa mudança de paradigma no Código Civil, instituindo

a este propósito um regime ambíguo - não ignora os nascituros e reconhece-lhes, a título excepcional, alguns direitos, nomeadamente no que concerne a doações (artigo 952.º), perfilhação (artigo 1855.º), poder paternal (artigo 1878.º), capacidade sucessória (artigo 2033.º/1 e n.º 2, alínea a) e administração da herança ou legado a favor de nascituro (artigo 2240.º), condicionando, no entanto, a respetiva aquisição ao seu nascimento, nos termos do artigo 66.º/2. (Fernando, 2019, p.12)

No entanto, o nascimento não cria ou inova nada de fundamental, ter nascimento completo e com vida, ou não, é só mais um facto relevante na vida da mesma, vida que já existia. A vida uterina é uma situação transitória, sendo também o tempo de gestação variável (Fernandes, 2021). Assim, “O nascimento não pode conferir a natural personalidade ou individualidade humana. Isto é confirmado por recém-nascidos pré-termo que são verdadeiramente humanos e quase tão viáveis quanto aqueles cuja gestação é a termo” (Kurjak, 2003, p.31).

Para Fernandes (2021), “a personalidade jurídica é uma qualidade inerente ao ser humano... o fator de a pessoa ter capacidade jurídica, é meramente adjetivo” (p.193). Utiliza como exemplo a imagem de um balão vazio, quando o ser ainda é um nascituro ou já nascido, mas menor, que vai enchendo à medida que mais direitos e capacidade tem o mesmo ser. Mas se o balão estiver vazio não significa que não exista, pelo que conclui que “há personalidade sempre, mas a capacidade está condicionada” (Fernandes, 2021, p.193).

Refere este autor que se houver um nascimento com vida, a vida e a personalidade daquela pessoa são as mesmas que já existiam e às quais se dá seguimento. A capacidade de gozo alarga-se com o nascimento, embora a capacidade de exercício se mantenha suspensa como é próprio do estatuto da menoridade. Faltando uma certa capacidade de exercício do menor nascituro ou recém-nascido tal incapacidade será suprida pelos pais (Fernandes,

2021).

Para Germán Zurriarán (2015), há que reconhecer ao nascituro, desde logo o direito primordial à vida. Se se reconhece que os nascituros são seres humanos e, portanto, pessoas, há que reconhecer e tutelar os direitos que ao ser humano intrinsecamente correspondem. Considera, desde logo, que os direitos humanos são predicados do nascituro, sendo este titular dos mesmos desde a conceção, sem nenhum tipo de condição, visto que são direitos que surgem da própria natureza humana. No entanto, na sua opinião,

A pesar del uso minoritario del término preembrión, la introducción de una supuesta etapa biológica en el debate bioético y biojurídico ha cumplido su cometido: ser un útil instrumento persuasivo para desorientar a la opinión pública sobre la inocuidad jurídica de la manipulación del ser humano en su fase inicial. Este objetivo se consigue con la incorporación al lenguaje común de una falacia semántica sin fundamento antropológico ni biológico.... Con el concepto de preembrión se sitúa al ser humano, menor de catorce días, del lado de las cosas y no de los seres humanos. Dicho de otra manera, con dicho concepto la realidad del embrión en sus primeros catorce días queda suspendida en la ambigüedad que implica que este ya no sea un ser humano, sino un preembrión, en definitiva, una realidad prehumana que no merece la protección jurídica dada a los seres humanos. (Germán Zurriarán, 2015, p.126)

Para Fernandes (2021), não é possível conceber a existência de seres humanos que não sejam pessoas. Quem é ser humano é pessoa, e esta tem personalidade jurídica, devendo os seus direitos ser protegidos e consagrados de igual forma em relação aos restantes membros da sociedade. Assim, para este autor, “a pessoa é a vida, e vida tem que ser respeitada desde o seu início: conceção. O ser humano concebido não é menos pessoa que o ser humano já nascido (Fernandes, 2021, p.200).

PARTE II
ESTUDOS EMPÍRICOS

1. METODOLOGIA

A metodologia é composta por um conjunto de atividades sistemáticas e racionais com a finalidade de rentabilizar recursos humanos, materiais e de tempo, servindo igualmente de orientação para alcançar os objetivos pretendidos. Fase essencial do projeto de pesquisa, permite ao investigador responder às questões: “como?” “com quê?” “porquê?” “onde?” e “quando?”.

Para Gil (1999), o método pode ser definido “... como o caminho para chegar a determinado fim” (p.26).

A investigação constitui uma área de primordial interesse em qualquer ciência, pois através dela atinge-se um conhecimento mais exato dos fenómenos, permitindo o desenvolvimento da ciência e o avanço de qualquer profissão, ao fornecer novos saberes que vão enriquecer o corpo de conhecimentos pré-existente.

Parafrazeando Polit e Hungler (1995), podemos dizer que a metodologia é importante no êxito da investigação e corresponde a um conjunto de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas.

O presente capítulo subdivide-se em várias secções, que incluem o desenho de investigação e objetivos, a delimitação do problema e hipóteses, o tipo de estudo, a constituição da amostra, as variáveis em estudo e sua operacionalização, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos estatísticos e de análise de dados e os procedimentos formais e éticos inerentes à recolha de dados.

1.1. Desenho de investigação e objetivos

A temática proposta para o desenvolvimento de um estudo de investigação “Vivência da sexualidade em jovens universitários: estudo comparativo entre usuários e não usuários da contraceção de emergência”, é suportada pelos números em crescendo na procura da COE; estando esta envolta em enorme polémica na sociedade portuguesa, e não só, nomeadamente, entre outros fatores, pelo seu impacto no início da vida humana.

Esta sustentada procura por uma contraceção dita de emergência, leva-nos a suspeitar da existência de uma problemática vivência da sexualidade por parte dos jovens. Pelo que interessa desde logo investigar possíveis fatores que estejam estatisticamente associados ao grupo usuário da COE, possibilitando não só agir de uma forma fundamentada e mais dirigida às reais necessidades/problemas identificados, mas também que as ações ou medidas a implementar sejam mais sensíveis e ajustadas.

Esta investigação vem também de alguma forma dar continuidade ao estudo exploratório realizado durante o mestrado em Bioética no âmbito da CE, uma vez que pretendemos no decurso do trabalho de investigação, proceder à tradução e validação de duas escalas para a população portuguesa, nomeadamente a *Knowledge-on-ECPs Scale* e a *ECPs-Attitude Scale*. Escalas que permitirão uma avaliação do conhecimento e da atitude acerca da COE de uma forma mais pragmática e com rigor científico, e que irão funcionar como variáveis independentes neste estudo.

Dado que no desenho desta investigação está preconizada a tradução e validação de dois instrumentos de medida para a população portuguesa, seguimos as indicações de Hill e Hill (2012), nomeadamente pela realização de um estudo preliminar para traduzir e testar a tradução do questionário, antes de avançar para o estudo final (Figura 3).

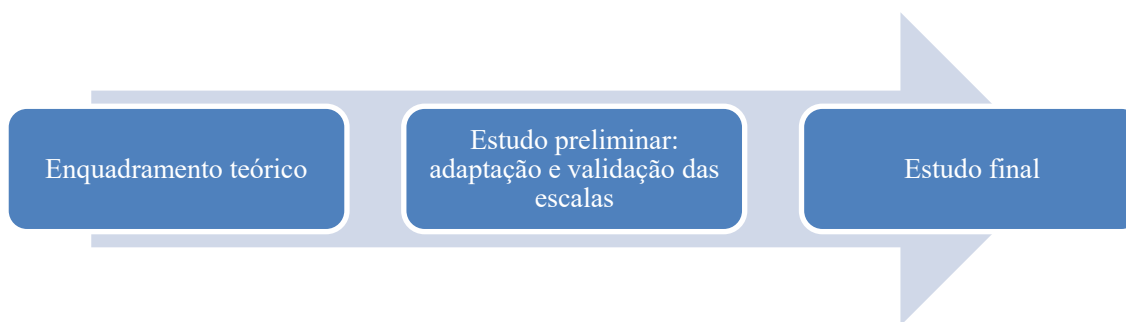


Figura 3. Desenho de investigação

A questão orientadora deste estudo pode ser colocada da seguinte forma: será que o uso ou não uso da COE tem influência na vivência da sexualidade dos jovens universitários?

Assim, tendo em conta que o conhecimento detalhado e sistemático dos comportamentos sexuais é um dos aspetos fundamentais para a criação de programas de intervenção

eficazes, estabelecemos como objetivo geral deste estudo a caracterização da vivência da sexualidade dos estudantes do ensino superior, identificando as eventuais diferenças entre usuários e não usuários da COE.

Para o estudo preliminar de validação e estudo das características psicométricas das duas escalas, foram definidos os objetivos específicos:

- Traduzir, adaptar e validar um instrumento de mensuração de avaliação dos conhecimentos dos jovens acerca da COE;
- Traduzir, adaptar e validar um instrumento de mensuração de avaliação das atitudes dos jovens acerca da COE;
- Avaliar as características psicométricas das escalas para a população portuguesa.

Para o estudo final foram igualmente traçados alguns objetivos específicos:

- Avaliar os conhecimentos acerca da COE dos jovens universitários;
- Saber qual a atitude dos jovens universitários acerca da COE;
- Identificar atitudes sexuais dos jovens universitários;
- Identificar a autoeficácia geral dos jovens universitários;
- Conhecer a cultura organizacional da família dos jovens universitários;
- Identificar as motivações dos jovens universitários para fazer ou não fazer sexo;
- Tipificar comportamentos de risco no âmbito da sexualidade;
- Identificar alguns conceitos no âmbito da sexualidade;
- Conhecer as principais fontes de informação dos jovens universitários com relação na vivência da sexualidade;
- Caracterizar a utilização da COE pelos jovens universitários;
- Caracterizar a primeira relação sexual;
- Identificar as características do namoro dos jovens universitários;
- Caracterizar a utilização dos métodos contraceptivos orais pelos jovens

universitários;

- Caracterizar, no âmbito da SSR, o recurso dos jovens universitários aos serviços de saúde.

1.2. Problema e hipóteses

A formulação do problema de investigação, para além de constituir o ponto de partida de toda a investigação, é a etapa determinante de todo o processo de pesquisa. Para que uma investigação se inicie é necessário um problema que mereça e possa ser investigado, tendo presente a premissa de que “o primeiro problema que se põe ao investigador é muito simplesmente o de saber como começar bem o seu trabalho” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p.31).

Daí, Fortin, Vissandjée et al. (2003) referirem que “qualquer investigação tem um ponto de partida, uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado” (p.48).

O presente estudo, “Vivência da sexualidade em jovens universitários: estudo comparativo entre usuários e não usuários da contraceção de emergência”, parte da nossa percepção da existência de lacunas de conhecimento dos estudantes sobre SSR já detetadas num estudo anterior por nós realizado e em estudos de outros autores (J. Castro, 2008; Lacerda et al., 2019; Leite et al., 2020; Padoveze et al., 2021). A realização do estudo poderá constituir uma oportunidade de, posteriormente, atuar junto dos jovens estudantes de uma forma mais fundamentada, na prevenção de comportamentos sexuais de risco e na adesão a comportamentos de vigilância de saúde. Estas questões adquirem particular relevância, dado que os estudantes, em contacto com o investigador, serão futuros profissionais com responsabilidades não só na divulgação dos cuidados em SSR mas também na implementação e concretização dos mesmos.

Na aplicação da metodologia científica, a etapa que se segue à formulação do problema é o enunciado das hipóteses ou questões de investigação. Hipótese “... é um enunciado formal

de relações previstas entre duas ou mais variáveis” (Fortin, 2003, p.102).

Para Marconi e Lakatos (1996), a hipótese “... é uma proposição que se faz na tentativa de verificar a validade de resposta existente para um problema. É uma suposição que antecede a constatação dos factos e tem como característica uma formulação provisória; deve ser testada para determinar a sua validade” (p. 26).

Colocado o problema de investigação, definidos os objetivos e de acordo com a revisão da literatura, formulam-se as seguintes hipóteses de investigação:

- H₁** - Há relação entre os conhecimentos acerca da COE e o seu uso pelos jovens;
- H₂** - Há relação entre as atitudes face à COE e o seu uso pelos jovens;
- H₃** - Há relação entre as atitudes sexuais e o uso da COE pelos jovens;
- H₄** - Há relação entre a autoeficácia geral e o uso da COE pelos jovens;
- H₅** - Há relação entre a cultura organizacional da família e o uso da COE pelos jovens;
- H₆** - Há relação entre a motivação para fazer e para não fazer sexo e o uso da COE pelos jovens;
- H₇** - Há relação entre a adoção de comportamentos de risco e o uso da COE pelos jovens;
- H₈** - Há relação entre a idade e o uso da COE pelos jovens;
- H₉** - Há relação entre a educação sexual e o uso da COE pelos jovens;
- H₁₀** - Há relação entre o conhecimento acerca da COE e a atitude face à COE pelos jovens;
- H₁₁** - Há relação entre a conceção de início da vida do novo ser humano e a atitude face à COE pelos jovens.

1.3. Tipo de estudo

De acordo com a natureza e os objetivos do estudo, a metodologia de investigação adotada segue o paradigma quantitativo, permitindo apresentar resultados do estudo através de procedimentos estatísticos, tal como referem Fortin, Côté et al. (2003) é “baseado na

observação de factos objetivos, ... conduz a resultados que devem conter o menos enviesamento ... e tem por finalidade ... contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, ... generalizar os resultados, predizer e controlar os acontecimentos” (p.22).

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, uma vez que visa estabelecer relações entre conceitos ou variáveis (Fortin et al., 2009), que no nosso estudo passa por examinar as relações entre algumas variáveis e o grupo de usuários ou não da COE. Ainda para os mesmos autores, é um estudo transversal, porque estudos deste género consistem em examinar um ou vários grupos de indivíduos num determinado tempo em relação a um fenómeno presente no momento da investigação.

1.4. População e amostra

Segundo Polit e Hungler (1995), a população ou universo de um estudo será constituída por todo o grupo com características comuns, ao qual podem ser aplicados os resultados desse estudo. Ainda os mesmos autores dizem que uma população é toda a agregação de casos, que atendem a um conjunto eleito de critérios e a amostragem, “... refere-se ao processo de selecção de uma parte da população para representar a sua totalidade. Uma amostra consistiria, então, em um subconjunto de entidades que compõem a população” (Polit & Hungler, 1995, p.144).

Para a prossecução do estudo e nas duas fases do mesmo, estudo final e estudo preliminar de adaptação e validação de instrumentos de recolha de dados para a população portuguesa, constituímos uma amostra não probabilística em que seguimos um método de amostragem por quotas. Este tipo de amostragem é análogo ao método de amostragem estratificada, mas em cada um dos estratos a amostragem é não-aleatória, determinado pela fração de amostragem que, no nosso caso, foi estipulado ser (no mínimo) de 10%. Neste tipo de amostragem, os elementos da população estão facilmente disponíveis e permite uma amostragem mais económica em tempo e custos (Hill & Hill, 2012; Marôco, 2007).

Tendo como único critério de inclusão o de seleccionar apenas estudantes do primeiro ciclo

de estudos (licenciatura), foram escolhidos cinco estratos, partindo das cinco escolas da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD): Escola das Ciências da Vida e Ambiente, Escola de Ciências Humanas e Sociais, Escola de Ciências e Tecnologias, Escola de Ciências Agrárias e Veterinárias e Escola Superior de Saúde. Os cursos e anos dentro de cada estrato foram determinados ao acaso, em função da presença ou não dos estudantes em sala de aula nos dias acordados para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados. No entanto, para respeitar as recomendações da comissão de ética, a referência ao curso e ano foi retirado do instrumento de recolha de dados.

O universo inquirido, conjunto total de casos, que na prática estão disponíveis para a amostragem (Hill & Hill, 2012), foram estudantes do ensino superior (da UTAD), donde foi extraída uma amostra para a concretização do estudo. A escolha desta população está relacionada com a proximidade e facilidade do acesso à mesma por parte dos investigadores. Nesta extração, depois de atingidos os 10% de estudantes que tínhamos estipulado à partida, procurou-se conseguir a participação do maior número possível de estudantes, mantendo a representatividade de todas as escolas em proporção aproximada à representação de cada escola nos números gerais da UTAD, pois quanto maior for a amostra, mais provável se torna que um determinado valor de t tenha significado aceitável. Em amostras pequenas, é pouco provável que este teste encontre uma diferença significativa entre os valores médios quando uma tal diferença existe, pelo que o autor não recomenda o “caminho do esforço mínimo” na escolha da dimensão da amostra (Hill & Hill, 2012).

1.5. Variáveis e sua operacionalização

A identificação e operacionalização de variáveis é parte importante de qualquer trabalho de investigação, uma vez que permite a determinação do rigor e a explicitação das mesmas. A sua relevância resulta também do papel que representa na compreensão do tema em análise. Para Gil (1999), o conceito de variável refere-se a tudo o que pode assumir diferentes valores ou aspetos, segundo os casos particulares ou circunstâncias.

A operacionalização das variáveis “... pode ser definida como o processo que sofre uma

variável (ou um conceito) a fim de se encontrar os correlatos empíricos que possibilitem sua mensuração ou classificação” (Gil, 1999, p.89). Ainda o mesmo autor refere que variável é “... qualquer coisa que pode ser classificada em duas ou mais categorias” (Gil, 1999, p.57).

No presente estudo considerámos três tipos de variáveis (Polit & Hungler, 1995):

- Variável independente, que é aquela que o investigador manipula (controla), sendo a causa suposta e antecedente da variável dependente;
- Variáveis dependentes, são aquelas que o investigador tem interesse em compreender, explicar ou prever;
- Variáveis atributo, são as características dos sujeitos em estudo, recolhidas para descrever a amostra.

Para a realização do nosso estudo recorreremos às variáveis constantes na Tabela 2.

Tabela 2. Operacionalização das variáveis

Variáveis independentes	Operacionalização
Conhecimentos acerca da COE	Knowledge-on-ECPs Scale (adaptada)
Atitudes face à COE	ECPs-Attitude Scale (adaptada)
Atitudes sexuais	Escala de Atitudes Sexuais (EAS)
Autoeficácia geral	Escala de Autoeficácia Geral (EAEG)
Cultura organizacional da família	Inventário da Cultura Organizacional da Família (ICOF)
Motivação para fazer e para não fazer sexo	Escala de Motivação para Fazer e para Não Fazer Sexo.
Adoção de comportamentos de risco	Avaliados com base na questão n.º 23, selecionaram-se todos aqueles que tiveram relações sexuais e em função da utilização sistemática de métodos contraceptivos, constituiu-se uma variável de resposta dicotómica: ⇒ Sim (engloba aqueles que não utilizaram ou fizeram-no às vezes); ⇒ Não (engloba aqueles que utilizaram sempre).
Conceção de início da vida do novo ser humano	Avaliada com base na questão n.º 35, constituiu-se uma variável de resposta dicotómica: ⇒ Na concepção; ⇒ Na nidificação (englobando esta todas as datas mencionadas posteriores à concepção).
Educação sexual	Avaliada pela questão n.º 13 de resposta dicotómica Sim e Não.
Variável dependente	
Uso da COE	Avaliada pela questão n.º 21 de resposta dicotómica Sim e Não.

1.6. Instrumentos de recolha de dados

A escolha das técnicas de recolha de informação depende do objeto de estudo, dos objetivos propostos, características da população, tal como do tipo de estudo a efetuar, ou seja, as variáveis independentes e dependentes previamente definidas. São vários os instrumentos que podem ser utilizados para a recolha de dados (formulários, questionários, entrevistas, grelhas de observação, entre outros).

Usam-se questionários, quando queremos descrever, avaliar, diagnosticar e predizer. O questionário pode ser definido como “... a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc” (Gil, 1999, p.128).

Para Quivy e Campenhoudt (1998), a utilização do questionário permite o anonimato, dando às pessoas maior liberdade para expressar as suas opiniões, permitindo ainda economia de tempo, tornando possível a sua aplicação a um grande número de indivíduos simultaneamente, não havendo influência direta do inquiridor.

Como aconselhado por diversos autores, o nosso questionário comporta diversos níveis de estruturação: questões abertas, fechadas e de escala tipo Likert.

As perguntas abertas destinam-se a aprofundar as opiniões dos inquiridos, solicitando razões e explicações que, expressas numa forma livre, permitem recolher informação mais rica e variada. As questões fechadas destinam-se a obter respostas mais precisas, de modo a identificar as opiniões dos inquiridos. A escala de Likert é universalmente utilizada para medir atitudes e percepções.

Tendo presente as variáveis e as hipóteses formuladas bem como os objetivos do estudo que contemplam a caracterização de comportamentos de SSR de estudantes do ensino superior, na recolha de dados utilizamos um questionário de autopreenchimento, construído especificamente para o efeito, sendo constituído por perguntas abertas e fechadas, bem como escalas já validadas (*Apêndice 1*). O preenchimento do mesmo permitirá a caracterização sociodemográfica, académica, dos comportamentos sexuais,

bem como as práticas de vigilância de SSR.

Na seleção dos instrumentos de recolha de dados foi tido em conta necessariamente a temática em estudo, a metodologia seguida, os objetivos traçados e os instrumentos já existentes para medir as variáveis em estudo. Pensámos inicialmente na construção e validação de duas escalas para a população portuguesa que avaliassem, com rigor científico, os conhecimentos e atitudes dos jovens acerca da COE, pois o estudo desta temática é relativamente recente entre nós, dificultando a comparação de resultados (M. Branco et al., 2007), e a inexistência de instrumentos de medida validados foi já sentida por nós numa primeira abordagem (J. Castro, 2008). No entanto, como após longa pesquisa surgiram duas escalas já validadas para o efeito, a *Knowledge-on-ECPs Scale* e a *ECPs-Attitude Scale*, ambas desenvolvidas por Kang em 2005 (Kang & Moneyham, 2008), resolvemos adoptá-las para o nosso estudo, uma vez que depois de analisadas nos pareceram adequadas para os nossos objetivos e de fácil interpretação e preenchimento, permitindo simultaneamente a comparabilidade de resultados com outros estudos já efetuados com as mesmas escalas.

Para além destas duas escalas achamos pertinente, porque se relacionam intimamente com a temática em estudo constituindo assim uma mais-valia, a inclusão da Escala de Atitudes Sexuais (EAS) (Alferes, 1999), a Escala de Autoeficácia Geral (EAEG) (J. L. Ribeiro, 1995), o Inventário da Cultura Organizacional da Família (ICOF) (Nave, 2006) e a Escala de Motivação para Fazer e para Não Fazer Sexo (Gouveia et al., 2010), todas já validadas para a população portuguesa.

1.6.1. *Knowledge-on-ECPs Scale*

A *Knowledge-on-ECPs Scale* é um instrumento de medida unidimensional constituído por 12 itens para avaliar o conhecimento acerca da COE. Cada item é uma afirmação acerca da COE, com três possibilidades de resposta que incluem o “verdadeiro”, “falso” e o “não sei”. O total da soma obtém-se somando o número de respostas corretas, sendo que quanto mais elevada for a pontuação obtida maior será o conhecimento acerca da COE. Na escala, os itens 3, 5, 8 e 9 são incorretos, sendo a pontuação máxima da escala de 12 pontos. O

valor de consistência interna obtido para a escala foi de 0,76 (Kang & Moneyham, 2008).

1.6.2. *ECPs-Attitude Scale*

A *ECPs-Attitude Scale* é um instrumento de medida da atitude face ao uso da COE, através de 12 itens. Cada item é uma afirmação acerca da COE com a qual os respondentes devem indicar a sua concordância, usando uma escala de Likert de 5 pontos, que vai desde o fortemente em desacordo (1 ponto) até fortemente em acordo (5 pontos). A escala integra três subescalas:

“Medo de uso indevido” - constituída por 5 itens (1, 2, 3, 4 e 5);

“Fácil acesso” - constituída por 4 itens (6, 7, 8 e 9);

“Preocupações de saúde” - constituída por 3 itens (10, 11 e 12).

Somando todos os itens da escala, esta pode variar entre um mínimo de 12 pontos e um máximo de 60 pontos, sendo que os valores mais elevados indicam uma atitude mais favorável face à COE. Todos os itens se encontram invertidos à exceção dos itens relativos à subescala “Fácil acesso”. O valor da consistência interna obtido na altura do desenvolvimento da escala foi de 0,80 e de 0,76 na amostra em estudo, sendo que para as subescalas foram obtidos valores de 0,80 para “Medo de uso indevido” (MUI), 0,71 para “Fácil acesso” e de 0,71 para “Preocupações de saúde” (PS) (Kang & Moneyham, 2008).

1.6.3. Escala de Atitudes Sexuais (EAS)

A EAS foi desenvolvida nos anos 80 do século XX, no âmbito de estudos relativos ao duplo padrão sexual na sociedade americana. Os estudos preliminares encontram-se descritos em Hendrick et al. (1985), como citado por Alferes (1999). De modo a esclarecer resultados contraditórios sobre a permanência ou declínio do duplo padrão sexual, Hendrick e Hendrick (1987), como citado por Alferes (1999), procuraram construir um instrumento de medida, perspetivando as atitudes sexuais como um conceito multidimensional. Esta mesma escala foi posteriormente adaptada à população portuguesa

por Alferes (1999), no âmbito de um estudo sobre valores, atitudes e comportamentos sexuais dos estudantes do ensino superior. Decorrente da análise fatorial efetuada por Alferes (1999), a escala sofreu alterações no número de subescalas e itens que as compõem. As subescalas utilizadas no presente estudo são as da versão portuguesa de Alferes (1999).

A escala é constituída por 43 itens, cotados de 1 (completamente em desacordo) a 5 (completamente de acordo), à exceção dos itens 37, 39 e 41, em que a escala é invertida (completamente de acordo = 1 (...) completamente em desacordo = 5). Estes 43 itens são divididos em 4 subescalas (em que uma se subdivide em duas), que permitem avaliar as atitudes sexuais em 5 dimensões (Alferes, 1999).

Permissividade (PER) - refere-se ao sexo ocasional, sexo sem compromisso, diversidade e simultaneidade de parceiros sexuais, sendo constituída pelos itens 1, 3, 5, 7, 9, 11, 15, 17, 27, 29, 37 e 39.

Instrumentalidade (INS) - atitude de orientação para o sexo utilitário, visando a obtenção de prazer meramente físico, avaliado pelos itens 6, 12, 18, 31, 32, 40 e 43.

Comunhão (COM) - reflete atitudes para com o sexo como experiência íntima física e psicológica, partilha, envolvimento e idealismo (itens 4, 10, 16, 20, 22, 25, 26, 30, 36, 38, 41 e 42).

Práticas Sexuais (PRA) - atitudes face ao PF e à educação sexual e aceitação de práticas como a masturbação, sexo não convencional, ou seja, práticas que frequentemente são socialmente condenáveis. Esta escala é subdividida em duas escalas: “Responsabilidade Sexual” (RES) (itens 2, 8, 14 e 28) e “Não Convencionalidade Sexual” ou “Sexo Impessoal/impessoalidade sexual” (IMP) (itens 13, 19, 21, 23, 24, 33, 34 e 35).

De acordo com as orientações do autor da versão portuguesa são tomados como índices das atitudes sexuais dos participantes as respetivas pontuações nos 5 fatores ou subescalas (Alferes, 1999). Contudo, seguindo orientações do mesmo autor, para utilização da EAS não recorrendo ao resultado da análise fatorial, mas utilizando o valor do somatório das dimensões, devem excluir-se os itens 25, 36 e 41 (COM); 31 (INS); 24 e 35 (IMP), a escala

assim constituída apresenta uma consistência interna de 0,83; em relação às dimensões, estes valores são de 0,83 para a PER; 0,71 para a COM; 0,65 para a INS; 0,58 para a IMP e 0,53 para a RES (Alferes, 1999).

É solicitado aos jovens que indiquem, em cada uma das afirmações, o grau de concordância (1 a 5) que corresponde às suas opiniões, pensamentos ou sentimentos, sendo que valores de concordância elevados refletem atitudes positivas e utilitárias sobre a sexualidade e baixos resultados refletem o oposto (Antunes, 2007).

Desta forma, as subescalas podem atingir valores entre: PER – 12 a 60; INS – 6 a 30; COM – 9 a 45; IMP – 6 a 30; e RES – 4 a 20; a EAS, na sua totalidade, pode atingir assim valores mínimos de 37 e máximos de 185 (Alferes, 1999).

1.6.4. Escala de Autoeficácia Geral (EAEG)

Esta escala foi adaptada do *The Self-Efficacy Scale*, de Sherer et al. (1982), como citado por J. L. Ribeiro (1995), no âmbito da Psicologia da Saúde, com uma população jovem, e deve ser considerada como uma escala de avaliação da autoeficácia geral. É solicitado aos participantes (estudantes universitários portugueses) que, das afirmações, indiquem qual a resposta que mais se adequa, de acordo com o que pensa de si próprio.

Esta escala é constituída por 15 itens apresentados numa escala tipo Likert de sete pontos, cotados de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), à exceção dos itens 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14 e 15, que são invertidos (J. L. Ribeiro, 1995).

Esta escala divide-se em 3 subescalas ou fatores (J. L. Ribeiro, 1995): fator “Iniciação e Persistência” (IP), que qualifica a apreciação que o indivíduo faz acerca da sua vontade para iniciar e para completar uma ação (itens 1, 5, 6, 7, 14 e 15); fator “Eficácia Perante a Adversidade” (EPA), que indica a vontade para persistir numa atividade perante situações que são adversas (itens 2, 4, 8, 9 e 12); e o fator “Eficácia Social” (ES), que qualifica as expectativas do indivíduo perante situações sociais (itens 3, 10, 11 e 13) (J. L. Ribeiro, 1995).

O valor de cada subescala corresponde ao somatório dos seus itens e a EAEG ao somatório

das 3 subescalas, podendo a EAEG ter valores compreendidos entre 15 e 105, quanto mais baixa a nota, menor a perceção de eficácia (J. L. Ribeiro, 1995).

No seu estudo, para adaptação à população portuguesa, J. L. Ribeiro (1995) procedeu à análise fatorial dos itens da escala e avaliou a sua consistência interna, obtendo valores de 0,84 para a escala total, de 0,80 para a subescala IP, de 0,80 para a EPA e 0,60 para a ES.

1.6.5. Inventário da Cultura Organizacional da Família (ICOF)

Esta escala foi desenvolvida e validada por Nave (2006), e que tem como objetivo avaliar o tipo de cultura que cada família adota e, conseqüentemente, a sua funcionalidade através da análise dos eixos da rigidez, flexibilidade, internalidade e externalidade. É um instrumento composto por quatro escalas distribuídas por quatro quadrantes contrastantes: a Cultura das Relações Interpessoais (CRI), pretende avaliar fatores como o nível de coesão e conflito, a comunicação, a afetividade e a pertença (nove itens); a escala da Cultura da Heurística (CHE), pretende avaliar fatores como a identidade e autonomia, a criatividade e a capacidade de adaptação e a auto-organização (cinco itens); a escala da Cultura da Hierarquia (CHI), pretende determinar de que forma se estabelecem as relações de poder e controlo, as regras e normas, os papéis e os limites (cinco itens); a escala da Cultura dos Objetivos Sociais (COS), pretende determinar de que forma a família promove o seu *status*, a sua imagem, a integração e a participação social (seis itens) (Nave, 2006).

Através da Quadro 2, podemos observar a distribuição dos itens pelas diferentes dimensões, bem como a pontuação máxima e mínima possível em cada uma.

Quadro 2. Distribuição dos itens pelas quatro escalas do ICOF

Escala	Itens	Mínimo	Máximo
Relações Interpessoais	1, 5, 7, 11, 12, 14, 15, 16, 25	9	54
Heurística	4, 18, 20, 21, 22	5	30
Hierarquia	2, 6, 9, 13, 19	5	30
Objetivos Sociais	3, 8, 10, 17, 23, 24	6	36

Fonte: adaptado de Nave (2006).

O ICOF é constituído por 25 itens, numa escala tipo Likert de 6 pontos, que varia entre:

“1-nunca”, “2-quase nunca”, “3-poucas vezes”, “4-algumas vezes”, “5-quase sempre” e “6-sempre”. Esta escala apresenta, ainda, os itens 11 e 14 invertidos. Para permitir uma melhor comparação das escalas, o autor fez a sua transformação algorítmica de forma a obter em todas as escalas uma variação entre 0 e 100. O ICOF é expresso pela interação entre quadrantes e eixos e não pelo somatório das quatro escalas ou por cada uma em separado. A agregação dos dados permite ao autor apresentar tipologias culturais da família (Quadro 3).

Quadro 3. Valores de referência das tipologias familiares

CRI	CHE	CHI	COS	Tipologia Familiar
> 89	> 88	> 84	> 90	Família com uma cultura forte
89 - 82	88 - 82	84 – 73	90 – 80	Família com uma cultura moderada
82 - 80	82 – 80	73 – 68	80 – 73	Família com uma cultura precária
<80	<80	<68	<73	Família com uma cultura fraca

Fonte: adaptado de Nave (2006).

Legenda: CRI - Cultura das relações interpessoais; CHE - Cultura da heurística; CHI - Cultura da hierarquia; COS - Cultura dos objetivos sociais.

A representação gráfica do ICOF (Figura 4), diz-nos o autor, pressupõe um equilíbrio entre todos os quadrantes, o mau preenchimento de um quadrante pode ser um indicador de risco, principalmente no quadrante das relações interpessoais, que teoricamente é o mais importante, e empiricamente revelou-se o ponto central da funcionalidade familiar. Embora, como refere o autor, o modelo de análise defende que a funcionalidade reside no preenchimento mais ou menos uniforme de todos os quadrantes como se de uma rede elástica se tratasse, esticando num quadrante, encolhendo no seu contrastante, sem que isso prejudique a funcionalidade e equilíbrio, uma vez que, ao longo do ciclo vital da família, a ênfase vai variando de quadrante para quadrante, atendendo às tarefas desenvolvimentais próprias de cada fase (Nave, 2006).

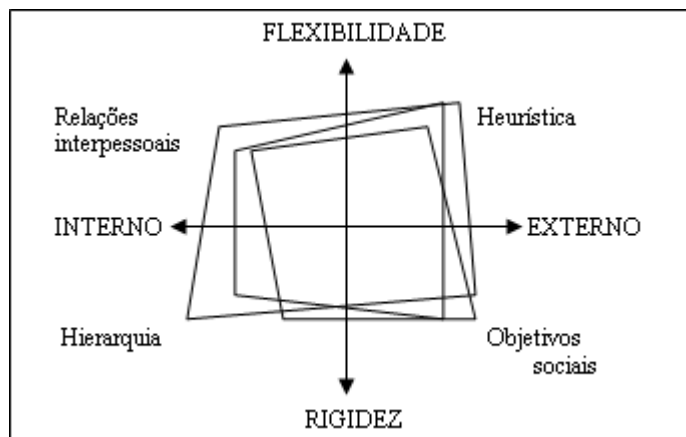


Figura 4. Modelo de análise da cultura organizacional da família
(Nave, 2006, p.121)

No estudo original, os valores obtidos para a consistência interna de cada dimensão foram: CRI 0,919; CHE 0,867; CHI 0,803 e COS 0,802 (Nave, 2006).

1.6.6. Escala de Motivação para Fazer e para Não Fazer Sexo

A escala aferida para a população portuguesa por Gouveia et al. (2010), é constituída por 17 itens, com quatro subescalas, os valores atribuídos a cada resposta são cotados numa escala de 5 pontos, tipo Likert, que vai do “1-nada importante” ao “5-muito importante”. Das 4 subescalas, duas correspondem aos motivos para fazer sexo: subescala F1 - hedonismo (erotismo e dimensão lúdica) e saúde (itens 1, 4, 5, 6, 7, 8 e 9), e subescala F4 - interdependência relacional (itens 2 e 3). As duas subescalas relativas aos motivos para não fazer sexo são: subescala F2 - por medo (itens 10, 11 e 12), e subescala F3 - conservadorismo/ desinteresse (itens 13, 14, 15, 16 e 17).

No estudo de proveniência da escala, observaram-se os seguintes valores para a consistência interna nas várias subescalas: F1 - hedonismo e saúde (0,82); F4 - interdependência relacional (0,75); F2 - por medo (0,87) e F3 - conservadorismo/ desinteresse (0,70).

1.7. Procedimentos estatísticos de análise de dados

Os dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados foram tratados informaticamente, utilizando a versão 20 do programa *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS[®]), para a elaboração da base de dados, folha de cálculo de frequências, medidas de tendência central (moda, mediana e média) e medidas de dispersão (coeficiente de variação [CV], amplitude de uma distribuição, variância e o desvio padrão), que nos permitiram fazer uma análise descritiva da amostra.

Para o teste de hipóteses, recorreu-se à estatística inferencial, examinada a existência de normalidade na distribuição das variáveis através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, concluímos que não existe normalidade da distribuição, pelo que se optou pela utilização de testes não-paramétricos.

Assim, nesta investigação utilizámos testes não paramétricos, nomeadamente o teste *Man-Whitney* quando se pretendeu averiguar a diferença existente, apenas entre duas amostras, como alternativa ao teste paramétrico *t*, que compara as médias em duas amostras independentes (Pestana & Gageiro, 2005). Para análise do tipo de relação existente entre duas variáveis pelo menos ordinais (Marôco, 2007), examinando quer a intensidade e a direção desta associação ou correlação, utilizamos o coeficiente de correlação de *Spearman*, que é uma medida de associação não paramétrica.

Utilizámos ainda o teste do Qui-Quadrado com correção de Yates ou a prova exata de Fisher para a comparação de proporções. O teste de independência do Qui-Quadrado permite analisar, a nível inferencial, a relação global entre duas variáveis qualitativas (Pestana & Gageiro, 2005).

Salientamos que em toda a análise estatística assumimos 0.05 como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor. Concretamente, assumimos os seguintes níveis de significância, referenciados por Pestana e Gageiro (2005): $p \geq 0.05$ - não significativo; $p < 0.05$ - ligeiramente significativo; $p < 0.01$ - muito significativo e $p < 0.001$ - muitíssimo significativo. Para a análise do coeficiente de

variação ($CV = Dp / Média \times 100$), que permite comparar a percentagem de dispersão de uma variável face à outra, seleccionámos os graus de dispersão apresentados pelos mesmos autores: $CV \leq 15\%$ – dispersão fraca; $15\% < CV \leq 30\%$ – dispersão média e $CV > 30\%$ – dispersão elevada.

Na representação e discussão dos resultados são omissas as fontes nas tabelas, em virtude de estas se referirem sempre a este estudo.

1.8. Procedimentos formais e éticos inerentes à recolha de dados

Antes de iniciarmos o nosso estudo, foram efetuados contactos com os autores das escalas utilizadas e obtidas as devidas autorizações (*Anexo 1*). Foi também oficializado o pedido por escrito ao Sr. Reitor da UTAD, com conhecimento à Comissão de Ética da UTAD, para aplicação dos instrumentos aos estudantes. Devido ao processo de eleição da nova equipa reitoral, que, entretanto, foi desencadeado, houve algum atraso na obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética da UTAD (*Anexo 2*).

Logo que obtido este parecer favorável, iniciámos contactos com os presidentes de escola da UTAD no sentido de operacionalizar a aplicação dos questionários. Estes foram aplicados em sala de aula depois de um contacto prévio com os diferentes diretores de curso, no sentido de otimizar a oportunidade para a aplicação do questionário, minimizando o impacto no normal decurso das atividades letivas. No contacto com os alunos foram explicitados os objetivos do estudo, garantindo a confidencialidade dos resultados, o anonimato dos respondentes bem como o carácter voluntário de participação no estudo. De salientar que, após este contacto, todos os alunos em sala de aula aceitaram participar no estudo. Foi da nossa responsabilidade esta explicação bem como a distribuição e respetiva recolha dos questionários, não havendo dispersão dos questionários preenchidos por elementos estranhos à investigação. Os dados foram recolhidos de março a junho de 2014.

Foi também pedido um parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados (*Anexo 3*), que veio garantir o carácter anónimo do questionário a aplicar.

2. ESTUDO PRELIMINAR - ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DAS ESCALAS RELATIVAS AO CONHECIMENTO E ATITUDE FACE À CONTRACEÇÃO ORAL DE EMERGÊNCIA, À POPULAÇÃO DE JOVENS UNIVERSITÁRIOS PORTUGUESES

Antes de avançar para o estudo final, houve necessidade de aferir a adequação das perguntas e das escalas de resposta, do questionário, através da realização de um estudo preliminar (Hill & Hill, 2012), nomeadamente pela existência de duas escalas em inglês, relativas à COE. De facto, de todas as escalas utilizadas no questionário (para a recolha de dados) apenas as duas relativas à avaliação dos conhecimentos e atitudes acerca da COE não se encontravam adaptadas e validadas para a população portuguesa. Assim, e como referem Fortin e Nadeau (2003),

É importante não ter em conta os conceitos de fidelidade e de validade unicamente no caso de novos instrumentos de medida, mas igualmente no caso de instrumentos traduzidos de uma outra língua ou utilizados em populações diferentes daquelas para as quais o instrumento foi concebido. (p.225)

Para o efeito, implementámos o estudo preliminar com o intuito de traduzir e adaptar as escalas originais (Kang & Moneyham, 2008), avaliar as suas características psicométricas, desenvolvendo estudos de fiabilidade e validade, e ainda a análise das correlações entre os fatores encontrados de forma a verificar como se relacionam e como cada um contribui para a escala total.

2.1. Procedimentos de tradução e adaptação

O facto de as escalas se encontrarem em inglês obrigou a procedimentos de tradução e adaptação à realidade cultural portuguesa, o que ultrapassa largamente a mera tradução da escala. É necessário compreender a realidade cultural que esteve na origem da escala, mas também aquela para a qual se pretende adaptar. O que se pretende, é que a escala meça da mesma forma o constructo original, ainda que para isso tenha de se ajustar às particularidades da população em estudo (Hambleton & Kanjee, 1995; Muñiz, 1994;

Muñiz et al., 2013).

Neste sentido, na Escala de Conhecimento acerca da Contraceção Oral de Emergência (ECCOE), obtida a partir da adaptação e validação da *Knowledge-on-ECPs Scale*, procedemos à alteração na redação do penúltimo item, que passou da prescrição obrigatória para a obtenção da COE na Coreia do Sul, para a existência de venda livre em toda a COE em Portugal, seguindo o sentimento geral de libertação/liberalização após a aprovação da venda livre para a COE (Lei n.º 12/2001, de 29 de maio) e posterior abertura para a venda fora das farmácias (DL n.º 134/2005, de 16 de agosto).

Cumprindo as indicações dos especialistas nesta matéria, seguimos um dos métodos mais utilizado para o efeito, que é o método «traduz - retraduz» (*translate - translate back*), que compreende vários passos (Hill & Hill, 2012). Esta adaptação transcultural é habitualmente efetuada cumprindo cinco etapas (C. M. Almeida et al., 2013; Jesus & Valente, 2016).

Assim, numa primeira fase pedimos a dois tradutores bilingues independentes para efetuarem a tradução do inglês para o português, em que se reforçou a ideia que mais que a tradução textual o que se pretendia era a manutenção do sentido/significado do item, não desvirtuando o campo semântico original. Depois foi pedida a elaboração de uma única versão, resolvendo eventuais divergências entre as duas traduções.

Numa terceira etapa, recorreremos a dois tradutores bilingues para efetuar a retrotradução, traduzindo novamente as escalas para o inglês, com posterior comparação entre a versão original do questionário (escrita em inglês) com a versão da retrotradução. Se as versões forem iguais ou muito semelhantes, a versão portuguesa pode ser considerada adequada (Hill & Hill, 2012). No entanto, dando seguimento ao percurso pelas cinco etapas diligenciámos uma análise multidisciplinar por um comité de especialistas (professores, médicos e enfermeiros). Todas as versões geradas, tradução e retrotradução juntamente com a escala original, foram avaliadas resolvendo eventuais discrepâncias, com o objetivo de produzir uma versão pré-final para teste de campo. Neste trabalho, o comité procurou garantir que o instrumento era totalmente compreensível assim como as instruções para o seu preenchimento, garantindo a replicabilidade da medida. Neste sentido, houve atenção especial na garantia da equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual (Jesus

& Valente, 2016), para obter uma versão final fidedigna e culturalmente adaptada para a população em que vai ser usada. Por fim, no sentido de aferir eventuais dificuldades de compreensão ou preenchimento foi efetuado um pré-teste, com recurso a 10 alunos da UTAD. O pré-teste “consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas” (Fortin, Grenier et al., 2003, p.253).

Os resultados obtidos depois da aplicação do pré-teste, pela não verificação de dificuldades no seu preenchimento, permitiram manter os instrumentos de recolha de dados conforme estavam elaborados, tendo sido dados como prontos para aplicação (*Apêndice 1*).

2.2. Estudos de fiabilidade e validade

A adaptação e validação de escalas requerem uma metodologia específica para que essa escala, ou medida, seja válida num país diferente daquele em que a escala foi construída e validada. Neste sentido, procedemos a estudos de validade e fiabilidade.

Os estudos de fiabilidade têm como objetivo permitir verificar o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida, ou seja, a fiabilidade de uma medida refere a capacidade de esta ser consistente. Os estudos de validade reportam-se à validade do conteúdo, à validade de critério e à validade de constructo (Fortin & Nadeau, 2003). Estas duas avaliações tornam-se necessárias na medida em que podemos ter um instrumento de medida com boa fiabilidade, mas ter pouca validade, mas sem uma fiabilidade adequada o instrumento de medida não pode ter validade adequada. Pelo que, como refere Hill e Hill (2012), “a existência de fiabilidade adequada é necessária, mas não suficiente, para garantir validade adequada” (p.149).

De modo a obtermos estes dois tipos de validade, cruzaram-se os dados obtidos a partir da análise fatorial exploratória com os valores de *alpha* de *Cronbach* e das correlações entre item e item total. Para o efeito, foram fixados os seguintes critérios.

Para a análise fatorial, utilizou-se o método de extração das componentes principais (*principal component*), seguindo-se a rotação de fatores, para que estes sejam mais

facilmente interpretáveis, maximizando os pesos fatoriais dos itens (Brown, 2006), pelo que optámos para o efeito pelo método de rotação ortogonal (*Varimax rotation*).

Para a determinação das dimensões e retenção de itens, seguimos as sugestões de diversos autores (Blunch, 2008; Brown, 2006; Hair et al., 2006; Henson & Roberts, 2006; Preacher & MacCallum, 2003; Worthington & Whittaker, 2006), nomeadamente: a) Critério de Kaiser, fatores com valor próprio (*eigenvalue*) cuja variância explicada é superior a 1; b) Peso fatorial (*fator loadings*) dos itens iguais ou superiores a 0,4; c) Inexistência de itens com pesos fatoriais relevantes (acima de 0,30) em mais que um fator. Se isso acontecer e se a diferença entre eles não for igual ou superior a 0,15, deve considerar-se a eliminação do item (Worthington & Whittaker, 2006); d) A percentagem da variância explicada pelos fatores retidos deve ser no mínimo de 40%; e) Cada fator não pode ter menos de três itens.

Para avaliar a validade da análise fatorial exploratória, utilizámos o critério *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e de esfericidade de Barlett. Apesar de não existir um teste rigoroso para os valores KMO, geralmente estes têm como valores de referência os indicados na Tabela 3.

Tabela 3. Valores de referência KMO

KMO	Valores referência
Excelente]0,9;1,0]
Boa]0,8;0,9]
Média]0,7;0,8]
Medíocre]0,6;0,7]
Mau, mas ainda aceitável]0,5;0,6]
Inaceitável	≤ 0,5

Fonte: Marôco (2007).

Legenda: KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*.

Para complementar com a análise de fiabilidade, estabeleceu-se que a consistência interna do fator (*alpha* de *Cronbach*) deve ser no mínimo de 0,70, valor mínimo considerado razoável; a correlação item/item total não deve ser inferior a 0,3 e a consistência interna do fator não deve aumentar se o item for eliminado. O *alpha* de *Cronbach* constitui uma das medidas mais utilizadas para verificação da consistência interna de escalas, a medida de limite mínimo mais consensual é a de 0,70, podendo assumir o valor de 0,60 em estudos de cariz mais exploratório (Robinson et al., 1991), tal como representado na Tabela 4. No que concerne à correlação item/item total, Hill e Hill (2012) sugerem que esta deve variar entre

0,4 e 0,7, já Field (2005) considera o valor 0,3 como o valor mínimo para as correlações item/item total.

Tabela 4. Valores de referência do *alpha* de Cronbach

Alpha de Cronbach	Valores referência
Muito boa	>0,9
Boa]0,8;0,9]
Razoável]0,7;0,8]
Fraca]0,6;0,7]
Inadmissível	<0,6

Fonte: Pestana e Gageiro (2005), p.526.

2.3. Procedimentos, amostra e sua caracterização

Depois de todos os passos referidos anteriormente, nomeadamente para a seleção/constituição da amostra e preparação dos instrumentos para a recolha de dados, e já com as devidas autorizações, procedemos à aplicação do questionário. Respeitando todos os procedimentos pré-estabelecidos foram selecionados para esta fase do estudo 457 estudantes (Tabela 5).

Para o tamanho da amostra, de acordo com Hill e Hill (2012), quando o investigador quer analisar K variáveis ($K < 15$) por meio da análise fatorial, é melhor utilizar um tamanho mínimo de $N = 10K$, pelo que a amostra aceitável seria de 120, no entanto, procuramos superá-la de modo a melhorar a fiabilidade dos resultados. Pois como nos recordam os mesmos autores, quanto maior for o tamanho da amostra, mais provável se torna que os resultados da análise possam ser generalizados, ou seja, mais provável se torna replicar os resultados usando outra amostra de dados (Hill & Hill, 2012).

Tabela 5. Caracterização sociodemográfica da amostra segundo o sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Área de estudo (n=457)						
Ciências agrárias e veterinárias	35	7,7	50	10,9	85	18,6
Ciências da vida e ambiente	42	9,2	60	13,1	102	22,3
Ciências e tecnologia	59	12,9	44	9,6	103	22,5
Ciências humanas e sociais	31	6,8	88	19,3	119	26
Enfermagem	8	1,8	40	8,8	48	10,5
Proveniência (n=438)						
Aldeia	54	12,3	94	21,5	148	33,8
Vila	37	8,4	70	16	107	24,4
Cidade	72	16,4	111	25,3	183	41,8
Estado civil (n=456)						
Solteiro	169	37,1	276	60,5	445	97,6
União de facto	5	1,1	2	0,4	7	1,5
Casado	1	0,2	1	0,2	2	0,4
Divorciado	0	0	2	0,4	2	0,4
Idade (n=457)						
Mínima	18	-	18	-	18	-
Máxima	35	-	39	-	39	-
Média	21,61	-	20,68	-	21,04	21,145?
Religião (n=454)						
Católica	131	28,9	238	52,4	369	81,3
Sem religião	41	9	40	8,8	81	17,8
Outra	1	0,2	3	0,7	4	0,9
Habilitações literárias do pai (n=454)						
Ensino básico - 1º ciclo (4º ano)	52	11,5	59	13	111	24,4
Ensino básico - 2º ciclo (6º ano)	24	5,3	61	13,4	85	18,7
Ensino básico - 3º ciclo (9º ano)	34	7,5	51	11,2	85	18,7
Ensino secundário	41	9	62	13,7	103	22,7
Ensino superior	22	4,8	42	9,3	64	14,1
Outro	2	0,4	4	0,9	6	1,3
Habilitações literárias da mãe (n=455)						
Ensino básico - 1º ciclo (4º ano)	33	7,3	48	10,5	81	17,8
Ensino básico - 2º ciclo (6º ano)	29	6,4	54	11,9	83	18,2
Ensino básico - 3º ciclo (9º ano)	31	6,8	49	10,8	80	17,6
Ensino secundário	55	12,1	70	15,4	125	27,5
Ensino superior	25	5,5	58	12,7	83	18,2
Outro	2	0,4	1	0,2	3	0,7

Legenda: N – Frequência absoluta; % - Percentagem.

Pela análise da Tabela 5 podemos verificar que a amostra é constituída por 61,7% de jovens do sexo feminino que constitui a maioria, e 38,3% de jovens do sexo masculino. A área de estudo mais representativa são as ciências humanas e sociais, com 26%, seguindo-se com valores bastante próximos a área das ciências e tecnologia (22,5%) e das ciências da vida e ambiente (22,3%).

A maior parte dos jovens tem como proveniência a cidade, com 41,8%, sendo a menor percentagem relativa à vila como proveniência (24,4%). Relativamente ao estado civil, a esmagadora maioria dos jovens é solteira (97,6%).

Verifica-se que são os 18 anos, a idade mínima, tanto para os jovens do sexo feminino como masculino, já no que concerne à idade máxima, ela encontra-se no grupo do sexo feminino, sendo de 39 anos, contudo, a média de idades do sexo masculino (21,61 anos) é superior à do sexo feminino (20,68 anos).

Uma grande maioria (81,3%), diz professar a religião católica, representando os “Sem religião” 17,8% e, dentro destes, são os jovens do sexo masculino que apresentam maior percentagem (9% *versus* 8,8% do sexo feminino), apesar de estarem representados em menor número na amostra.

Relativamente às habilitações literárias dos pais, a maior percentagem para o pai situa-se no ensino básico - 1º ciclo (24,4%), enquanto para a mãe se situa no ensino secundário (27,5%). Também relativamente ao ensino superior são as mães que obtêm uma maior percentagem em relação aos pais (18,2% *versus* 14,1%, respetivamente).

2.4. Apresentação dos resultados da Escala de Conhecimentos face à Contraceção Oral de Emergência (ECCOE)

Dando seguimento à metodologia necessária para a validação de instrumentos de recolha de dados para a população portuguesa, após a sua tradução e adaptação à realidade portuguesa prosseguimos com a realização de estudos de validade e fiabilidade, tendo em conta os critérios previamente definidos.

Apesar de os autores usarem a escala nos seus estudos como unidimensional, realizamos uma primeira extração sem forçar a distribuição, esta apresentou-se difusa e com organização dos itens sem significado, pelo que se optou por respeitar a organização original da escala. Esta opção é reforçada com a opinião de especialistas no âmbito da COE, que reiteram a validade do conteúdo da escala para medir o fenómeno que se quer medir, uma vez que numa abordagem objetiva e análise dos enunciados que contém, indica

representarem adequadamente o conceito/domínio que se pretende estudar (Fortin & Nadeau, 2003). Esta validade da escala surge reforçada para a adequada mensuração dos conhecimentos neste âmbito, uma vez que abrange as áreas mais pertinentes e usuais para a aferição dos mesmos, como sejam a comparação dos componentes ativos com as pílulas de uso diário, forma de atuação, prazos de utilização, principais efeitos secundários, questões relativas à comercialização, e que são de resto os critérios que aparecem em outros estudos consultados na avaliação de conhecimentos acerca da COE (Abiodun, 2016; Chofakian et al., 2016; M. Branco et al., 2007; Nibabe & Mgutshini, 2014; Veloso et al., 2014; Zhang et al., 2016). Assumimos, assim, a unidimensionalidade da escala, mantendo a sua estrutura original, e passámos para a análise da fiabilidade e consistência interna da mesma.

2.4.1. Análise da fiabilidade e consistência interna

O princípio subjacente à consistência interna de uma dada escala é que os seus itens individuais ou enunciados meçam o mesmo constructo e, portanto, estejam ligados/correlacionados entre si. Quanto maior for esta correlação, maior é a consistência interna do instrumento (Fortin & Nadeau, 2003). Como não existe nenhum item que seja uma medida perfeita do conceito, temos que nos basear num conjunto de medidas de diagnóstico que permitam aferir a consistência interna. Para o efeito, tal como referido nos critérios de validação, determinámos o valor do coeficiente de *alpha* de *Cronbach* e o coeficiente de correlação de *Pearson* entre cada item e a escala (item-total).

Os coeficientes de correlação item-total corrigido (Tabela 6), situam-se entre 0,307 do item 1 (A COE é eficaz quando tomada dentro de 120 horas após sexo desprotegido) e 0,534 do item 11 (A COE é mais eficaz quanto mais cedo for tomada). Para a escala global obtivemos um valor de *alpha* de 0,754 muito semelhante ao da escala original (0,76).

Tabela 6. Consistência interna da ECCOE

Itens	Média quando o item é retirado	Variância quando o item é retirado	R item-total corrigido	Alpha s/item
1. A COE é eficaz quando tomada dentro de 120 horas após sexo desprotegido	20,84	17,827	,307	,747
2. A COE é eficaz quando tomada dentro de 72 horas após sexo desprotegido	21,41	16,834	,472	,727
2a. A COE tem os mesmos componentes ativos que os contraceptivos orais	20,79	18,240	,502	,734
3. A COE é eficaz quando tomada antes da relação sexual	20,76	18,348	,380	,741
4. A COE não deve ser utilizada em mulheres com uma gravidez conhecida ou suspeita	21,38	16,943	,378	,740
5. A COE protege de doenças sexualmente transmissíveis ou infeções	20,91	18,897	,436	,742
6. A COE impede a implantação	21,25	16,184	,463	,728
7. O efeito colateral mais comum da COE é a náusea	21,00	16,338	,375	,743
8. A COE é 100% eficaz na prevenção da gravidez	20,81	18,267	,393	,739
9. Se a mulher já estiver grávida, a COE interrompe a gravidez	20,71	18,095	,311	,746
10. Toda a COE é de venda livre em Portugal	20,96	16,645	,367	,743
11. A COE é mais eficaz quanto mais cedo for tomada	21,56	16,439	,534	,719
Alpha Cronbach - 0,754				

Legenda: COE - Contraceção oral de emergência.

Pelos resultados da ECCOE, apresentamos na Tabela 7 a versão final da escala unidimensional que será utilizada no estudo. Após os procedimentos de adaptação e validação para a população portuguesa, esta apresenta qualidades psicométricas iniciais bastante razoáveis, obedecendo à organização da escala original.

Tabela 7. Versão final da ECCOE

Itens	alpha
1. A COE é eficaz quando tomada dentro de 120 horas após sexo desprotegido	0,754
2. A COE é eficaz quando tomada dentro de 72 horas após sexo desprotegido	
2a. A COE tem os mesmos componentes ativos que os contraceptivos orais	
3. A COE é eficaz quando tomada antes da relação sexual	
4. A COE não deve ser utilizada em mulheres com uma gravidez conhecida ou suspeita	
5. A COE protege de DST's ou infeções	
6. A COE impede a implantação	
7. O efeito colateral mais comum da COE é a náusea	
8. A COE é 100% eficaz na prevenção da gravidez	
9. Se a mulher já estiver grávida, a COE interrompe a gravidez	
10. Toda a COE é de venda livre em Portugal	
11. A COE é mais eficaz quanto mais cedo for tomada	

Legenda: COE - Contraceção oral de emergência; DST's - Doenças sexualmente transmissíveis.

2.5. Apresentação dos resultados da Escala de Atitudes face à Contraceção Oral de Emergência (EACOE)

De igual forma, em relação ao executado para a ECCOE e de forma a efetuar a validação da EACOE para a população portuguesa, seguimos os mesmos procedimentos descritos na metodologia e conduzimos o processo de tradução e adaptação da escala para a língua e realidade portuguesa. Procedemos à inversão dos itens que o autor indicou como estando em sentido contrário e prosseguimos com a realização de estudos de validade e fiabilidade para avaliar as propriedades psicométricas, tendo em conta os critérios atrás definidos para esta análise e, ainda, a uma análise das correlações entre os fatores encontrados de modo a averiguar a forma como cada um contribui para a escala total.

2.5.1. Análise fatorial exploratória

A análise fatorial exploratória consiste numa técnica estatística multivariada que torna possível identificar variáveis latentes a partir de variáveis intercorrelacionadas, mas não diretamente observáveis (Marôco, 2007).

O resultado obtido para o KMO foi de 0,811, o que nos indica que a análise fatorial é recomendável, e o facto do teste de esfericidade de ser significativo ($p < 0,05$) indica que as variáveis são correlacionáveis (Hill & Hill, 2012; Marôco, 2007).

Na Tabela 8 podemos observar os resultados da análise fatorial exploratória pelo método de extração das componentes principais, forçando-se a três fatores de modo a respeitar a organização da estrutura da escala original, seguido da rotação dos fatores, pelo método de rotação ortogonal (*varimax rotation*). Numa primeira extração sem forçar a distribuição, esta apresentou-se difusa e com organização dos itens sem significado, pelo que se optou por forçar à estrutura da escala original. Pelos resultados obtidos, a EACOE manteve os 12 itens da escala original e a organização pelos três fatores justifica 64,2% da variância total (fator 1 - 25,723; fator 2 - 22,067; fator 3 - 16,385). A distribuição pelos três fatores coincide com a apresentada pelo autor na escala original.

O **fator 1** aparece constituído pelos cinco itens originais (1, 2, 3, 4 e 5), que representam a escala relativa ao **medo de uso indevido**. Esta escala apresenta valores de saturação elevados (>0,600), com valores de saturação entre 0,686 correspondente ao item 2 (“A disponibilização da COE leva ao aumento da promiscuidade”) e 0,819 do item 3 (“A COE pode levar ao aumento de DST's/VIH devido ao não uso de preservativos”).

No **fator 2** encontramos os quatro itens da escala original (6, 7, 8 e 9), que apresenta os itens relativos ao **fácil acesso**. Estes itens apresentam valores de saturação altos, situam-se entre 0,778 do item 8 (“A COE deve ser barata”) e 0,806 do item 9 (“A COE deve estar disponível para todas as mulheres”).

Por fim, no **fator 3** surgem também os três itens da escala original (10, 11 e 12), que traduzem as **preocupações de saúde**. Os itens desta escala apresentam igualmente valores de saturação elevados, sendo o item 11 (“O uso da COE pode ser prejudicial ao corpo”) o que apresenta o maior valor (0,860).

Tabela 8. Análise fatorial por componentes principais da EACOE

Itens	Pesos fatoriais		
	Fator 1	Fator 2	Fator 3
1. A disponibilização da COE promove o aumento da irresponsabilidade dos homens e mulheres	,771		
2. A disponibilização da COE leva ao aumento da promiscuidade	,686		
3. A COE pode levar ao aumento de DSTs/VIH devido ao não uso de preservativos	,819		
4. A possibilidade de adquirir a COE sem receita médica, pode levar ao uso abusivo	,757		
5. A possibilidade de uso da COE pode levar a um maior descuido na utilização antecipada de contraceção	,745		
6. A COE deve ser de fácil acesso	,301	,796	
7. A COE deve estar disponível sem receita médica		,796	
8. A COE deve ser barata		,778	
9. A COE deve estar disponível para todas as mulheres		,806	
10. O uso da COE pode afetar a gravidez no futuro			,841
11. O uso da COE pode ser prejudicial ao corpo			,860
12. Eu tenho medo de tomar a COE devido a efeitos secundários			,620
KMO = 0,811 e teste de esfericidade de <i>Barlett</i> = 2154,124 (significância: 0,000)			

Variância explicada = 64,2%

Valores próprios (Initial igenvalues): Fator 1 – 4,166; Fator 2 – 2,082; Fator 3 – 1,453.

Legenda: KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*; COE - Contraceção oral de emergência; DSTs/VIH - Doenças sexualmente transmissíveis/Vírus da imunodeficiência humana.

2.5.2. Análise da fiabilidade e consistência interna

Para atingir este objetivo, tal como para a ECCOE, tivemos em atenção os critérios previamente definidos para os estudos de validade e fiabilidade. Para o efeito, determinámos o valor do coeficiente de *alpha* de *Cronbach* e o coeficiente de correlação de *Pearson* entre cada item e a escala (item-total), tanto na escala total como nos fatores que a constituem.

No fator 1, mantivemos a denominação da escala “**Medo de uso indevido**”, para esta obteve-se um valor *alpha* de 0,839, como se observa na Tabela 9, que revela uma consistência interna boa e que é superior à do estudo original (0,80). Quanto aos valores de correlação item-total corrigido, estes situam-se entre 0,533 do item 2 (“A disponibilização da COE leva ao aumento da promiscuidade”) e 0,691 do item 1 (“A disponibilização da COE promove o aumento da irresponsabilidade dos homens e mulheres”).

Tabela 9. Consistência interna do fator 1

Itens	Média quando o item é retirado	Variância quando o item é retirado	R item-total corrigido	Alpha s/item
1. A disponibilização da COE promove o aumento da irresponsabilidade dos homens e mulheres	10,00	11,320	,691	,792
2. A disponibilização da COE leva ao aumento da promiscuidade	9,61	12,667	,533	,835
3. A COE pode levar ao aumento de DSTs/VIH devido ao não uso de preservativos	10,29	11,070	,690	,793
4. A possibilidade de adquirir a COE sem receita médica, pode levar ao uso abusivo	10,53	11,903	,658	,802
5. A possibilidade de uso da COE pode levar a um maior descuido na utilização antecipada de contraceção	10,41	12,392	,645	,807
Alpha Cronbach - 0,839				

Legenda: COE - Contraceção oral de emergência; DSTs/VIH - Doenças sexualmente transmissíveis/Vírus da imunodeficiência humana.

Em relação ao fator 2, mantivemos a designação da escala “**Fácil acesso**”. O valor de *alpha* obtido (0,826) é superior ao obtido pelo estudo original (0,71). Observando a Tabela 10, pode constatar-se que os valores de correlação obtidos foram todos superiores a 0,3, respeitando desta forma o critério mínimo estabelecido, sendo que o valor mais baixo de correlação se observou no item 9 (“A COE deve estar disponível para todas as mulheres”), com o valor de 0,599 e o valor mais alto com 0,715 no item 6 (“A COE deve ser de fácil

acesso”). A eliminação de qualquer dos seus itens não resultaria num aumento da consistência interna da escala, o que justifica a manutenção de todos os itens.

Tabela 10. Consistência interna do fator 2

Itens	Média quando o item é retirado	Variância quando o item é retirado	R item-total corrigido	Alpha s/item
6. A COE deve ser de fácil acesso	10,56	6,676	,715	,751
7. A COE deve estar disponível sem receita médica	10,65	6,411	,696	,761
8. A COE deve ser barata	10,41	7,373	,603	,802
9. A COE deve estar disponível para todas as mulheres	10,08	7,573	,599	,804
Alpha Cronbach - 0,826				

Legenda: COE - Contraceção oral de emergência.

Quanto ao fator 3, optou-se por manter a designação inicial da escala, referente às **“Preocupações de saúde”**. Para esta dimensão obtivemos um valor *alpha* de 0,691, que é um valor baixo, mas que para vários autores é considerado aceitável, sendo ainda de referir que dimensões com poucos itens têm frequentemente valores de *alpha* mais baixos (Tabela 11). Este valor de *alpha* é próximo ao do estudo original (0,71). Os valores de correlação item/total situaram-se entre 0,371 do item 12 (“Eu tenho medo de tomar a COE devido a efeitos secundários”) e 0,627 do item 11 (“O uso da COE pode ser prejudicial ao corpo”). Embora se verifique que a remoção do item 12 aumenta o valor de *alpha*, optámos por mantê-lo, pois o seu conteúdo semântico adequa-se perfeitamente a esta dimensão e permite obedecer aos critérios mínimos estabelecidos para cada fator (3 itens), a sua manutenção assegura também a estrutura da escala original, permitindo a comparabilidade de resultados.

Tabela 11. Consistência interna do fator 3

Itens	Média quando o item é retirado	Variância quando o item é retirado	R item-total corrigido	Alpha s/item
10. O uso da COE pode afetar a gravidez no futuro	4,75	2,972	,550	,544
11. O uso da COE pode ser prejudicial ao corpo	5,00	2,868	,627	,453
12. Eu tenho medo de tomar a COE devido a efeitos secundários	4,37	3,033	,371	,789
Alpha Cronbach - 0,691				

Legenda: COE - Contraceção oral de emergência.

Para a escala no seu global, verificou-se que a consistência interna é boa, com um valor de

alpha de 0,820, superior à do estudo original (0,76). Quanto aos valores das correlações, cumprem os critérios previamente definidos (Tabela 12), com exceção do item 12, que apresenta um valor um pouco inferior, no entanto, como a sua eliminação se traduz numa variação do valor de *alpha* residual, optámos por mantê-lo, pois permite manter a estrutura da escala original e a comparabilidade de resultados.

Tabela 12. Consistência interna da EACOE

Itens	Média quando o item é retirado	Variância quando o item é retirado	R item-total corrigido	Alphas/item
1. A disponibilização da COE promove o aumento da irresponsabilidade dos homens e mulheres	30,96	43,316	,641	,791
2. A disponibilização da COE leva ao aumento da promiscuidade	30,58	46,323	,459	,807
3. A COE pode levar ao aumento de DSTs/VIH devido ao não uso de preservativos	31,25	44,162	,549	,799
4. A possibilidade de adquirir a COE sem receita médica, pode levar ao uso abusivo	31,49	44,408	,607	,795
5. A possibilidade de uso da COE pode levar a um maior descuido na utilização antecipada de contraceção	31,37	45,515	,573	,798
6. A COE deve ser de fácil acesso	30,33	44,741	,573	,797
7. A COE deve estar disponível sem receita médica	30,42	44,859	,515	,802
8. A COE deve ser barata	30,18	47,194	,416	,811
9. A COE deve estar disponível para todas as mulheres	29,85	48,352	,349	,816
10. O uso da COE pode afetar a gravidez no futuro	31,36	48,863	,315	,818
11. O uso da COE pode ser prejudicial ao corpo	31,61	48,252	,378	,814
12. Eu tenho medo de tomar a COE devido a efeitos secundários	30,98	48,401	,282	,823
Alpha Cronbach - 0,820				

Legenda: COE - Contraceção oral de emergência; DSTs/VIH - Doenças sexualmente transmissíveis/Vírus da imunodeficiência humana.

Após os estudos de validade e fiabilidade realizados, tendo em vista a adaptação e validação da EACOE para a população portuguesa, podemos afirmar que esta possui qualidades psicométricas iniciais bastante razoáveis, mantendo a constituição e estrutura da escala original, pelo que é apresentada na Tabela 13 a configuração final da escala que será utilizada no estudo.

Tabela 13. Versão final da EACOE

Escalas	<i>alpha</i>
Medo de uso indevido	
1. A disponibilização da COE promove o aumento da irresponsabilidade dos homens e mulheres	
2. A disponibilização da COE leva ao aumento da promiscuidade	
3. A COE pode levar ao aumento de DSTs/VIH devido ao não uso de preservativos	
4. A possibilidade de adquirir a COE sem receita médica, pode levar ao uso abusivo	0,839
5. A possibilidade de uso da COE pode levar a um maior descuido na utilização antecipada de contraceção	
Fácil acesso	
6. A COE deve ser de fácil acesso	
7. A COE deve estar disponível sem receita médica	0,826
8. A COE deve ser barata	
9. A COE deve estar disponível para todas as mulheres	
Preocupações de saúde	
10. O uso da COE pode afetar a gravidez no futuro	
11. O uso da COE pode ser prejudicial ao corpo	0,691
12. Eu tenho medo de tomar a COE devido a efeitos secundários	
Alpha Cronbach global - 0,820	

Legenda: COE - Contraceção oral de emergência; DSTs/VIH - Doenças sexualmente transmissíveis/Vírus da imunodeficiência humana.

Após encontrada a configuração final, entendemos fazer uma análise das correlações dos fatores entre si e a EACOE, verificando a forma como cada um contribui para a escala total, reforçando a validade do constructo. Pela análise das correlações entre as dimensões achadas e a EACOE, podemos verificar que elas são positivas e significativas, variando entre 0,316 e ,821 (Tabela 14). O facto de haver correlações positivas entre si é revelador de que são componentes da atitude global, e os valores intermédios indicam que as componentes representam aspetos diferentes da atitude global. Apenas não verificámos correlação entre a dimensão “Preocupações de saúde” e a dimensão “Fácil acesso”, no entanto, analisando as correlações das dimensões com a EACOE verificamos que em todas existem correlações positivas significativas, o que é indicador de que são componentes e todas contribuem para a escala total.

Tabela 14. Resultados das correlações de *Spearman* das dimensões entre si e a EACOE

	Medo de uso indevido	Fácil acesso	Preocupações de saúde	EACOE (total)
Medo de uso indevido	1,000			
Fácil acesso	0,316**	1,000		
Preocupações de saúde	0,337**	0,076	1,000	
EACOE	0,821**	0,674**	0,546**	1,000

Legenda: EACOE - Escala de avaliação da contraceção oral de emergência; **.Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

3. ESTUDO FINAL

Depois de efetuados os procedimentos de adaptação e validação dos instrumentos para a população portuguesa e em jovens universitários, tornou-se possível a prossecução do estudo em que se procurou constituir uma amostra, a mais alargada possível, no sentido de aumentar a precisão das estimativas obtidas junto desta população. Após a recolha dos questionários e validação relativamente ao seu preenchimento, ficámos com uma amostra constituída por 1.164 estudantes universitários. De referir que, não tendo sido alterado o instrumento de recolha de dados utilizado no estudo preliminar, os estudantes recrutados na primeira fase do estudo, foram incorporados na amostra para o estudo final.

3.1. Considerações metodológicas

Como referido na metodologia, os procedimentos para a realização do estudo preliminar para adaptação e validação de instrumentos de recolha de dados e para o desenvolvimento do estudo final foram semelhantes, nomeadamente na constituição da amostra, instrumentos e procedimentos éticos inerentes à recolha de dados. Seguiu-se uma metodologia quantitativa, em que a partir da mensuração e comparação entre as diferentes variáveis estudadas se procurou estabelecer diferenças entre o grupo de usuários e não usuários da COE.

Na apresentação e análise de resultados recorreremos à análise descritiva e inferencial, tal como referido na metodologia. Para melhor compreendermos a vivência da sexualidade entre os jovens universitários, procedemos a uma apresentação dos dados segundo o sexo. Na análise e apresentação dos dados procurámos manter, sempre que possível, uma sequência e organização semelhante à apresentada no instrumento de recolha de dados.

3.2. Apresentação dos resultados

Na apresentação dos resultados, optámos por efetuar em primeiro lugar a análise descritiva seguida da análise inferencial dos dados. Também por uma questão de organização

estrutural e melhor compreensão dos dados, subdividimos a análise dos resultados em sete pontos:

- 1) (3.2.1.) Caracterização sociodemográfica e académica dos estudantes
- 2) (3.2.2.) Fontes de informação sobre sexualidade e contraceção
- 3) (3.2.3.) Existência de relações sexuais, atitudes e comportamentos sexuais
- 4) (3.2.4.) Vivência do namoro pelos estudantes
- 5) (3.2.5.) Contextualização do uso da COE
- 6) (3.2.6.) Vigilância e procura dos serviços de saúde
- 7) (3.2.7) Início da vida e gravidez

A apresentação dos dados surge em várias tabelas precedidas das análises correspondentes. Omitiu-se nas mesmas a fonte, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado, para a concretização deste estudo. Salienta-se, igualmente, o facto dos valores absolutos (n) para os grupos masculino e feminino não serem coincidentes ao longo das várias análises, em virtude dos elementos da amostra, face a algumas variáveis, não terem expressado a sua opinião. No entanto, uma vez que essas imparidades são diminutas, optamos por não as representar nas tabelas.

3.2.1. Caracterização sociodemográfica e académica dos estudantes

Pela análise da Tabela 15, podemos verificar que a idade média da amostra é de 20,66 anos com um desvio padrão de 2,90 anos. As estatísticas relativas à idade em função do sexo, mostram que a moda é de 20 anos para ambos os sexos, já a média de idades é ligeiramente superior no sexo masculino (21,36) em relação ao feminino (20,29), no entanto, analisando o CV (desvio padrão/média amostral x100), verifica-se uma dispersão fraca em torno da média, uma vez que todos os valores (em ambos os sexos e no total da amostra) apresentam valores $\leq 15\%$ (Pestana & Gageiro, 2005).

Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento e de achatamento ou curtose,

podemos concluir que, relativamente à assimetria, a distribuição das idades, em ambos os sexos e total da amostra são assimétricas positivas ou enviesadas à esquerda, apresentando coeficientes de assimetria (assimetria/erro padrão) superiores a 2. Estes valores mostram que as medidas de tendência central se aproximam mais dos valores mínimos que dos máximos, deslocando a média, mediana e moda mais para a esquerda (Hill & Hill, 2012).

Quanto à curtose ou achatamento, a distribuição das idades para ambos os sexos e no total da amostra apresenta uma distribuição leptocúrtica (relativamente alta), comprovada pelos coeficientes de curtose (curtose/erro padrão) superiores a 2 (Hill & Hill, 2012).

Tabela 15. Estatísticas relativas à idade segundo o sexo

N	Masculino 402	Feminino 762	Total 1164
Média	21,36	20,29	20,66
Mediana	21	20	20
Moda	20	20	20
Desvio padrão	3,20	2,66	2,90
Assimetria	2,92	4,35	3,64
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	14,10	32,19	22,25
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	15	13,10	14,05
Máximo	45	51	51
Mínimo	17	17	17

A área de estudo mais representativa são as ciências humanas e sociais (27,4%), sendo também esta a área em que os estudantes do sexo feminino apresentam maior percentagem (22,5%), o sexo masculino apresenta uma maior percentagem na área das ciências e tecnologia (10,3%). A maioria dos estudantes é proveniente da cidade (42,7%) e é solteira (97,2%), o que também se verifica para ambos os sexos. Relativamente à religião, a maioria dos estudantes da amostra (83,5%) é católica, o que também acontece em ambos os sexos, no entanto, praticamente metade afirma ser não praticante (50,4%). No que concerne à importância da religião, pouco mais de metade dos estudantes (55,4%) afirma ser importante ou muito importante (Tabela 16).

Tabela 16. Caracterização sociodemográfica da amostra segundo o sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Área de estudo						
Ciências agrárias e veterinárias	72	6,2	101	8,7	173	14,9
Ciências da vida e ambiente	108	9,3	180	15,5	288	24,7
Ciências e tecnologia	120	10,3	65	5,6	185	15,9
Ciências humanas e sociais	57	4,9	262	22,5	319	27,4
Enfermagem	45	3,9	154	13,2	199	17,1
Total	402	34,5	762	65,5	1164	100
Proveniência						
Aldeia	131	11,5	250	21,9	381	33,4
Vila	88	7,7	184	16,1	272	23,9
Cidade	169	14,8	318	27,9	487	42,7
Total	388	34	752	66	1140	100
Estado civil						
Solteiro	390	33,6	740	63,7	1130	97,2
União de facto	9	0,8	8	0,7	17	1,5
Casado	2	0,2	7	0,6	9	0,8
Separado	0	0	1	0,1	1	0,1
Divorciado	0	0	5	0,4	5	0,4
Total	401	34,5	761	65,5	1162	100
Religião						
Católica	314	27	656	56,5	970	83,5
Sem religião	83	7,1	98	8,4	181	15,6
Outra	3	0,3	7	0,6	10	0,9
Total	400	34,5	761	65,5	1161	100
Se professa uma religião						
Praticante	144	14,7	341	34,9	485	49,6
Não praticante	172	17,6	320	32,8	492	50,4
Total	316	32,3	661	67,7	977	100
Qual a importância da religião para si						
Nada importante	69	6,1	78	6,9	147	13
Pouco importante	135	12	221	19,6	356	31,6
Importante	147	13	357	31,6	504	44,7
Muito importante	36	3,2	85	7,5	121	10,7
Total	387	34,3	741	65,7	1128	100

Legenda: N – Frequência absoluta: % - Percentagem.

A larga maioria dos estudantes nas férias coabita com os pais (92,2% com a mãe e 83,5% com o pai) e com os irmãos (62,8%), situação que se verifica também para ambos os sexos (Tabela 17). Dos que assinalaram a opção “Outros” e a especificaram (124 estudantes), o mais referido foi “amigos”, com 42,7%, seguido por “tios/primos”, com 29%.

Tabela 17. Coabitação nas férias por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mãe						
Sim	361	31,1	710	61,2	1071	92,2
Não	39	3,4	51	4,4	90	7,8
Total	400	34,5	761	65,5	1161	100
Pai						
Sim	333	28,7	636	54,8	969	83,5
Não	67	5,8	125	10,8	192	16,5
Total	400	34,5	761	65,5	1161	100
Avós						
Sim	97	8,4	156	13,4	253	21,8
Não	303	26,1	604	52,1	907	78,2
Total	400	34,5	760	65,5	1160	100
Irmãos						
Sim	237	20,4	492	42,4	729	62,8
Não	163	14	269	23,2	432	37,2
Total	400	34,5	761	65,5	1161	100
Outros						
Sim	62	5,3	92	7,9	154	13,3
Não	338	29,1	668	57,6	1006	86,7
Total	400	34,5	760	65,5	1160	100

Legenda: N – Frequência absoluta: % - Percentagem.

Na coabitação em tempo de aulas (Tabela 18), podemos constatar que a maioria dos estudantes da amostra (61,8%) refere coabitar com colegas do mesmo sexo, sendo também o mais referido pelos estudantes de ambos os sexos.

Dentro de cada grupo sexual, esta condição é mais referida no grupo dos estudantes do sexo feminino (64,7% *versus* 56,4%), valores de raparigas e rapazes, respetivamente. Já na coabitação com colegas de outro sexo, a situação inverte-se e aqui são os estudantes do sexo masculino que referem mais esta condição (35,9% *versus* 20,8%), percentagens relativas de rapazes e raparigas, respetivamente.

Tabela 18. Coabitação em tempo de aulas por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mãe						
Sim	115	9,9	195	16,8	310	26,7
Não	286	24,6	565	48,7	851	73,3
Total	401	34,5	760	65,5	1161	100
Pai						
Sim	101	8,7	161	13,9	262	22,6
Não	299	25,8	600	51,7	899	77,4
Total	400	34,5	761	65,5	1161	100
Avós						
Sim	20	1,7	39	3,4	59	5,1
Não	381	32,8	722	62,1	1103	94,9
Total	401	34,5	761	65,5	1162	100
Irmãos						
Sim	63	5,4	137	11,8	200	17,2
Não	338	29,1	624	53,7	962	82,8
Total	401	34,5	761	65,5	1162	100
Sozinho						
Sim	33	2,8	49	4,2	82	7,1
Não	368	31,7	712	61,3	1080	92,9
Total	401	34,5	761	65,5	1162	100
Com colegas do mesmo sexo						
Sim	226	19,4	492	42,3	718	61,8
Não	175	15,1	269	23,1	444	38,2
Total	401	34,5	761	65,5	1162	100
Com colegas de outro sexo						
Sim	144	12,4	158	13,6	302	26
Não	257	22,1	603	51,9	860	74
Total	401	34,5	761	65,5	1162	100
Outros						
Sim	25	2,2	35	3	60	5,2
Não	376	32,4	725	62,4	1101	94,8
Total	401	34,5	760	65,5	1161	100

Legenda: N – Frequência absoluta: % - Percentagem.

Quanto às habilitações literárias dos pais dos estudantes (Tabela 19), para o pai, o mais referido foi o ensino básico - 1º ciclo (25,2%), tanto pelo sexo masculino como pelo sexo feminino. Já para a mãe, o mais referido foi o ensino secundário (26,6%), sendo também o mais referido por ambos os sexos. A nível do ensino superior, também são as mães a registar uma maior percentagem, 17,5% contra os 12% registado para os pais.

Tabela 19. Habilitações literárias dos pais por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pai						
Ensino básico - 1º ciclo (4ºano)	112	9,7	180	15,5	292	25,2
Ensino básico - 2º ciclo (6ºano)	47	4,1	164	14,2	211	18,2
Ensino básico - 3º ciclo (9ºano)	81	7	157	13,6	238	20,6
Ensino secundário (12º ano)	104	9	161	13,9	265	22,9
Ensino superior	52	4,5	87	7,5	139	12
Outro	4	0,3	9	0,8	13	1,1
Total	400	34,5	758	65,5	1158	100
Mãe						
Ensino básico - 1º ciclo (4ºano)	78	6,7	132	11,4	210	18,1
Ensino básico - 2º ciclo (6ºano)	57	4,9	141	12,2	198	17,1
Ensino básico - 3º ciclo (9ºano)	71	6,1	161	13,9	232	20
Ensino secundário (12º ano)	124	10,7	185	15,9	309	26,6
Ensino superior	70	6	133	11,5	203	17,5
Outro	2	0,2	6	0,5	8	0,7
Total	402	34,7	758	65,3	1160	100

Legenda: N – Frequência absoluta: % - Percentagem.

Na análise descritiva do ICOF que, como referido, avalia a funcionalidade familiar, seguimos as indicações do autor e apresentamos os resultados relativamente às escalas que constituem o mesmo. Como podemos constatar pela leitura da Tabela 20, é o sexo feminino que apresenta sempre a média mais elevada em todas as escalas. Os itens com maior e menor média nas escalas são coincidentes em ambos os sexos e também no total da amostra, à exceção da escala CRI, onde o sexo feminino apresenta discordância no item de menor valor. No sexo feminino, o item com menor valor (4,64) é o item 7 “Basta um olhar para nos entendermos”, enquanto no sexo masculino e no total da amostra é o item 1 “Gostamos de fazer coisas em conjunto”, o item de maior valor é o item 5 “Sentimos que pertencemos uns aos outros”. Na escala CHE, o item que regista um maior valor é o 18 “Quando alguém tem dificuldades, todos procuram ajudar”, e o de menor valor é o 22 “Cada um pode lidar à sua maneira com as novas situações”. Na escala CHI, o item 6 “Cada um sabe o lugar que ocupa” é o que regista a maior média, e o item 9 “Cada um arruma o que é seu” regista a menor média. Na escala COS, o item com maior média é o 17 “Cada um sabe como comportar-se fora de casa”, e o item com menor média é o 24 “Preocupamo-nos com o que os outros possam dizer”.

Quanto à variabilidade das respostas, o CV mostra-nos que existe uma fraca dispersão

($CV \leq 15\%$) em torno da média, em ambos os sexos e no total da amostra em todas as escalas (Pestana & Gageiro, 2005).

De acordo com as medidas de assimetria ou enviesamento e de achatamento ou curtose, podemos afirmar que, relativamente à assimetria e depois de calculado o coeficiente de assimetria, encontramos uma distribuição assimétrica negativa ou enviesada à direita (valores inferiores a -2) em ambos os sexos e no total da amostra em todas as escalas (Hill & Hill, 2012). Estes valores mostram que as medidas de tendência central se aproximam mais dos valores máximos que dos mínimos, com tendência a respostas mais positivas, deslocando a média, mediana e moda mais para a direita.

No que se refere à curtose ou achatamento, os valores do coeficiente de curtose superiores a 2 no sexo feminino e no total da amostra nas escalas CRI, CHE e COS revelam uma distribuição leptocúrtica (relativamente alta). Os valores na escala CHI e sexo masculino das escalas CRI (0,5), CHE (1,13) e COS (0,88), por se situarem entre 2 e -2, indicam-nos que estamos na presença de uma distribuição mesocúrtica (Hill & Hill, 2012).

Tabela 20. Estatísticas relativas ao ICOF segundo o sexo

	Masculino	Feminino	Total
CRI			
N	402	762	1164
Média	42,24	43,83	43,28
Mediana	43	45	45
Moda	47	49	47
Desvio padrão	7,27	7,27	7,31
Assimetria	-,62	-1,17	-,97
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	,12	1,79	1,07
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	17	16	16
Máximo	54	54	54
Mínimo	17	9	9
Item com maior média	Item 5 (5,05)	Item 5 (5,13)	Item 5 (5,11)
Item com menor média	Item 1 (4,34)	Item 7 (4,64)	Item 1 (4,57)
CHE			
N	402	762	1164
Média	24,85	25,64	25,37
Mediana	25	26	26
Moda	25	25	25
Desvio padrão	3,79	3,55	3,65
Assimetria	-,77	-1,12	-,99
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	,27	1,55	,99
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	15	13	14
Máximo	30	30	30
Mínimo	12	10	10
Item com maior média	Item 18 (5,09)	Item 18 (5,32)	Item 18(5,24)
Item com menor média	Item 22 (4,82)	Item 22 (4,92)	Item 22 (4,88)
CHI			
N	402	762	1164
Média	22,62	23,09	22,93
Mediana	23	23	23
Moda	23	24	23
Desvio padrão	3,53	3,55	3,55
Assimetria	-,44	-,59	-,53
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	,19	,35	,27
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	15	15	15
Máximo	30	30	30
Mínimo	9	10	9
Item com maior média	Item 6 (4,86)	Item 6 (4,91)	Item 6 (4,89)
Item com menor média	Item 9 (3,82)	Item 9 (3,94)	Item 9 (3,90)
COS			
N	402	762	1164
Média	28,02	28,51	28,34
Mediana	28	29	29
Moda	28	30	30
Desvio padrão	4,30	4,01	4,12
Assimetria	-,49	-,58	-,55
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	,21	,47	,37
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	15	14	14
Máximo	36	36	36
Mínimo	14	12	12
Item com maior média	Item 17 (5,16)	Item 17 (5,34)	Item 17 (5,28)
Item com menor média	Item 24 (3,66)	Item 24 (3,59)	Item 24 (3,61)

Legenda: N - Frequência absoluta; CRI - Cultura das relações interpessoais; CHE - Cultura da heurística; CHI - Cultura da hierarquia; COS - Cultura dos objetivos sociais.

Tendo em consideração as indicações do autor, procedemos à transformação algorítmica de cada escala, para obtermos uma variação de valores entre 0 e 100, permitindo, desta forma, comparar diretamente os valores de cada escala. Assim, observando a Tabela 21, podemos verificar que a escala da CHE é aquela que obtém claramente a melhor média.

Tendo em consideração os valores de referência das tipologias familiares, apresentadas pelo autor, a escala relativa à CRI, ao apresentar um valor inferior a 80, situa-se no último patamar, indicando uma família com uma cultura fraca. A pontuação das outras escalas, CHE, CHI e COS, ao se situarem no penúltimo patamar, revelam igualmente famílias com uma cultura precária.

Tabela 21. Estatísticas descritivas das escalas do ICOF

Escala	Média	DP
CRI	76,18	16,24
CHE	81,50	14,62
CHI	71,74	14,22
COS	74,47	13,73

Legenda: DP - Desvio padrão; CRI - Cultura das relações interpessoais; CHE - Cultura da heurística; CHI - Cultura da hierarquia; COS - Cultura dos objetivos sociais.

Com estes valores procedemos à construção do modelo de análise do ICOF. Os dados revelam que as escalas são caracterizadas por obter, na sua grande maioria, respostas com pontuações baixas, tendo em conta os valores de referência das tipologias familiares. Relativamente à análise entre eixos, podemos observar na Figura 5 que apresenta alguma assimetria, sendo que entre o eixo interno e externo, foi este último o que obteve melhores pontuações, e no eixo da rigidez e flexibilidade, foi também o último a obter a melhor pontuação. Desta forma, podemos dizer que, genericamente no tipo de cultura adotado pelas famílias, predomina a flexibilidade e a externalidade.

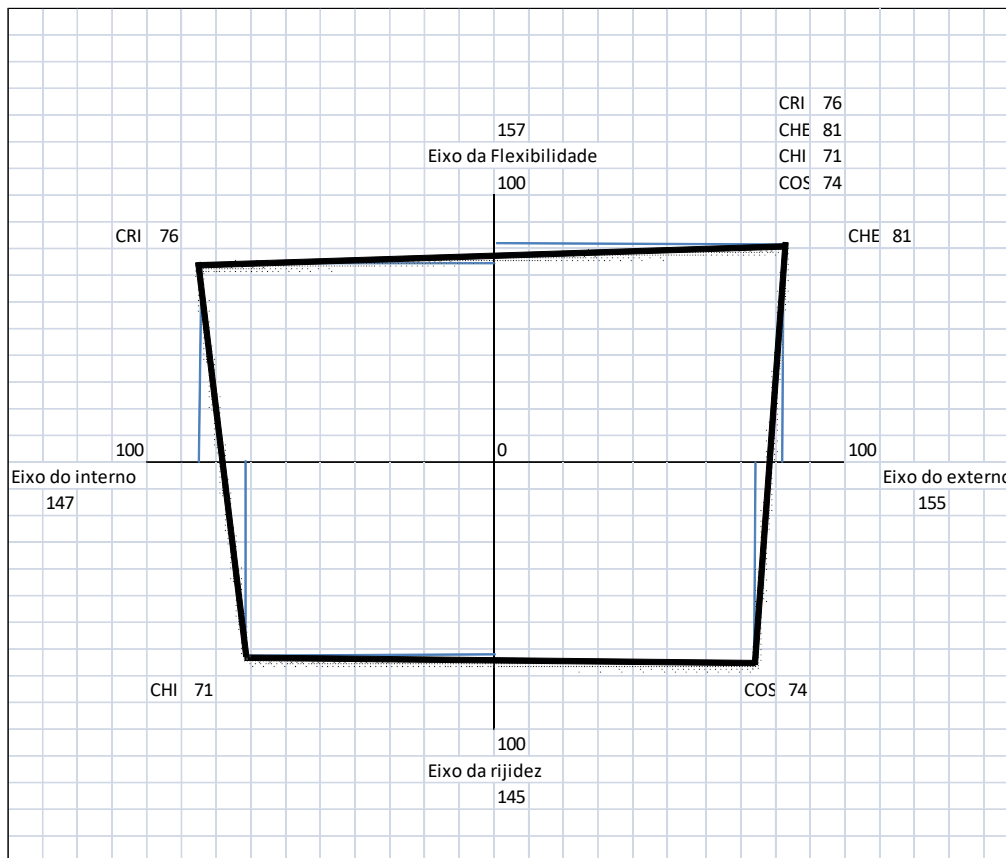


Figura 5. Representação gráfica do ICOF por quadrantes e por eixos

3.2.2. Fontes de informação sobre sexualidade e contraceção

Observando a Tabela 22, podemos concluir que na nossa amostra apenas aproximadamente $\frac{1}{3}$ (32,6%), respondeu afirmativamente ao hábito de falar com os pais sobre sexualidade/contraceção. No entanto, este hábito está mais presente nos estudantes do sexo feminino, pois os 23,4% que o afirmaram representam 35,7% do grupo, enquanto no sexo masculino os 9,3% que o afirmaram representam apenas 26,9% do grupo.

Individualmente, a mãe é o progenitor escolhido pela maioria dos estudantes (69,4%) como interlocutor para falar de sexualidade/contraceção.

Tabela 22. Hábito de falar com os pais sobre sexualidade/contraceção por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Costuma falar com os pais sobre sexualidade/contraceção						
Sim	108	9,3	272	23,4	380	32,6
Não	158	13,6	213	18,3	371	31,9
Às vezes	136	11,7	277	23,8	413	35,5
Total	402	34,5	762	65,5	1164	100
Se respondeu "sim", com quem fala mais						
Mãe	41	10,8	222	58,6	263	69,4
Pai	13	3,4	7	1,8	20	5,3
Igual para ambos	54	14,2	42	11,1	96	25,3
Total	108	28,5	271	71,5	379	100

Legenda: N – Frequência absoluta; % - Percentagem.

Analisando a Tabela 23, podemos concluir que, das razões apontadas à partida para “não falar” ou para “não falar mais” com os pais sobre sexualidade/contraceção, as três mais referidas pelos estudantes de ambos os sexos se prendem com o constrangimento dos estudantes ou dos seus pais em abordar estas temáticas, totalizando no seu conjunto 69,9%. No entanto, a opção com maior percentual (29,6%), eleita pelos estudantes, aponta para outras razões. Dentro destas, as três mais referidas pelos estudantes que assinalaram a opção “Outra” e que totalizaram 95%, temos por ordem decrescente: “não sinto necessidade” (40,2%), “não surge o assunto” (37,7%) e “falamos o necessário” (17,1%).

Tabela 23. Razões apontadas para não falar/falar mais com os pais sobre sexualidade/contraceção por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não é assunto para discutir com os pais						
Sim	94	12,2	110	14,3	204	26,6
Não	191	24,9	272	48,6	564	73,4
Total	285	37,1	483	62,9	768	100
Tenho vergonha/receio						
Sim	33	4,3	117	15,2	150	19,5
Não	252	32,8	366	47,7	618	80,5
Total	285	37,1	483	62,9	768	100
Eles não respondem						
Sim	2	0,3	3	0,4	5	0,7
Não	283	36,8	480	62,5	763	99,3
Total	285	37,1	483	62,9	768	100
Eles sabem pouco						
Sim	18	2,3	12	1,6	30	3,9
Não	267	34,8	471	61,3	738	96,1
Total	285	37,1	483	62,9	768	100
Eles evitam discutir o assunto						
Sim	43	5,6	140	18,2	183	23,8
Não	242	31,5	343	44,7	585	76,2
Total	285	37,1	483	62,9	768	100
Outra						
Sim	101	13,2	126	16,4	227	29,6
Não	184	24	357	46,5	541	70,4
Total	285	37,1	483	62,9	768	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Podemos constatar pela Tabela 24, que as duas fontes mais referidas pelos estudantes como fontes de informação sobre sexualidade/contraceção foram os profissionais de saúde e os amigos e colegas com respetivamente 61,4% e 56,3%. Estas fontes são também as mais referidas pelos estudantes do sexo feminino e pela mesma ordem, já para o sexo masculino, as duas mais referidas foram os amigos e colegas e a internet, com respetivamente 20,5% e 19,7%.

Tabela 24. Fontes de conhecimento sobre sexualidade/contraceção por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Profissionais de saúde						
Sim	198	17,1	515	44,4	713	61,4
Não	201	17,3	247	21,3	448	38,6
Total	399	34,4	762	65,6	1161	100
Amigos e colegas						
Sim	238	20,5	416	35,8	654	56,3
Não	161	13,9	346	29,8	507	43,7
Total	399	34,4	762	65,6	1161	100
Pais						
Sim	131	11,3	339	29,2	470	40,5
Não	268	23,1	423	36,4	691	59,5
Total	399	34,4	762	65,6	1161	100
Namorado						
Sim	60	5,2	142	12,2	202	17,4
Não	339	29,2	620	53,4	959	82,6
Total	399	34,4	762	65,6	1161	100
Professores						
Sim	164	14,1	385	33,2	549	47,3
Não	234	20,2	377	32,5	611	52,7
Total	398	34,3	762	65,7	1160	100
Internet						
Sim	229	19,7	326	28,1	555	47,8
Não	170	14,7	435	37,5	605	52,2
Total	399	34,4	761	65,6	1160	100
Revistas ou livros						
Sim	98	8,4	208	17,9	306	26,4
Não	301	25,9	554	47,7	855	73,6
Total	399	34,4	762	65,6	1161	100
Televisão/rádio						
Sim	129	11,1	200	17,2	329	28,3
Não	270	23,3	562	48,4	832	71,7
Total	399	34,4	762	65,6	1161	100
Irmãos						
Sim	32	2,8	76	6,5	108	9,3
Não	367	31,6	686	59,1	1053	90,7
Total	399	34,4	762	65,6	1161	100
Outros						
Sim	2	0,2	2	0,2	4	0,3
Não	397	34,2	759	65,4	1156	99,7
Total	399	34,4	761	65,6	1160	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Quanto aos interlocutores privilegiados para falar sobre sexualidade/contraceção, podemos ver através da Tabela 25, que a maioria dos estudantes tem como interlocutores privilegiados os amigos e colegas, com 71,2%, facto também verificado em ambos os sexos, com 47,3% e 23,9%, respetivamente para o sexo feminino e masculino.

Tabela 25. Interlocutores privilegiados para falar de sexualidade/contraceção por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ninguém						
Sim	39	3,4	21	1,8	60	5,2
Não	360	31,1	738	63,7	1098	94,8
Total	399	34,5	759	65,5	1158	100
Profissionais de saúde						
Sim	85	7,3	271	23,4	356	30,7
Não	314	27,1	488	42,1	802	69,3
Total	399	34,5	759	65,5	1158	100
Amigos e colegas						
Sim	277	23,9	548	47,3	825	71,2
Não	121	10,4	212	18,3	333	28,8
Total	399	34,5	759	65,5	1158	100
Pais						
Sim	103	8,9	268	23,1	371	32
Não	296	25,5	492	42,5	788	68
Total	399	34,4	760	65,6	1159	100
Namorado						
Sim	155	13,4	317	27,4	472	40,8
Não	243	21	443	38,3	686	59,2
Total	398	34,4	760	65,6	1158	100
Professores						
Sim	22	1,9	28	2,4	50	4,3
Não	377	32,5	732	63,2	1109	95,7
Total	399	34,4	760	65,6	1159	100
Irmãos						
Sim	36	3,1	86	7,4	122	10,5
Não	363	31,3	674	58,2	1037	89,5
Total	399	34,4	760	65,6	1159	100
Outros						
Sim	4	0,3	11	0,9	15	1,3
Não	395	34,1	749	64,6	1144	98,7
Total	399	34,4	760	65,6	1159	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

A maioria dos alunos abordou a temática da sexualidade/contraceção em sala de aula (93,8%), o que também se verificou em ambos os sexos (Tabela 26). Já a abordagem em outros contextos, que não a sala de aula, foi referido por pouco mais de metade dos estudantes (51,5%). Nesses outros contextos, as temáticas mais abordadas, e por ordem decrescente, foram: métodos contraceptivos (94,2%), infeções sexualmente transmissíveis (85,9%), fecundação e reprodução humana (42,1%) e anatomia e fisiologia do sistema reprodutor (31,2%).

Tabela 26. Abordagem da temática da sexualidade/contraceção em aulas ou palestras por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Teve aulas em que foi abordada a temática da sexualidade/contraceção						
Sim	361	31,1	729	62,7	1090	93,8
Não	41	3,5	31	2,7	72	6,2
Total	402	34,6	760	65,4	1162	100
Frequentou algum encontro/palestra em que foi abordada a temática da sexualidade/contraceção						
Sim	196	16,9	403	34,7	599	51,5
Não	206	17,7	358	30,8	564	48,5
Total	402	34,6	761	65,4	1163	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

É opinião da maioria dos estudantes que os seus conhecimentos sobre sexualidade/contraceção são suficientes (60,8%) ou bons (35,8%). A mesma conclusão é retirada na análise por sexo, mantendo-se igualmente a mesma ordem (Tabela 27).

Tabela 27. Opinião acerca dos conhecimentos detidos sobre sexualidade/contraceção por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Globalmente como considera os seus conhecimentos sobre sexualidade/contraceção						
Maus	1	0,1	4	0,3	5	0,4
Insuficientes	20	1,7	14	1,2	34	2,9
Suficientes	228	19,6	480	41,2	708	60,8
Bons	153	13,1	264	22,7	417	35,8
Total	402	34,5	762	65,5	1164	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

3.2.3. Existência de relações sexuais, atitudes e comportamentos sexuais

Quando inquiridos, a maioria dos estudantes (77,8%) afirma que já teve relações sexuais. Destes, a maioria (96,5%) refere ter utilizado algum método contraceptivo. Situação que também se verifica fazendo a análise por sexo (Tabela 28).

Tabela 28. Existência de relações sexuais e utilização de algum método contraceptivo na primeira relação por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alguma vez teve relações sexuais						
Sim	352	30,2	554	47,6	906	77,8
Não	50	4,3	208	17,9	258	22,2
Total	402	34,5	762	65,5	1164	100
Utilizou e/ou o parceiro algum método contraceptivo						
Sim	332	36,6	542	59,8	874	96,5
Não	20	2,2	12	1,3	32	3,5
Total	352	38,9	554	61,1	906	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Relativamente à idade da primeira relação sexual, podemos verificar, pela análise da Tabela 29, que a idade entre aqueles que já tiveram relações sexuais oscila entre um mínimo de 9 e um máximo de 26 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 16,96 anos e um desvio padrão de 1,73 anos. As estatísticas relativas à idade da primeira relação sexual em função do sexo mostram que a moda é de 17 anos para ambos os sexos, já a média é inferior no sexo masculino (16,61) em relação ao feminino (17,18). Para melhor analisar a variabilidade de resultados das variáveis, calculámos o CV (desvio padrão/média amostral), onde podemos verificar uma dispersão fraca em torno da média, uma vez que todos os valores (em ambos os sexos e no total da amostra) apresentam valores $\leq 15\%$ (Pestana & Gageiro, 2005).

Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento e de achatamento ou curtose, podemos concluir que, relativamente à assimetria, a distribuição das idades, em ambos os sexos e total da amostra, apesar de apresentar valores próximos de zero, mais concretamente entre -0,5 e 0,5, condição segundo Marôco (2007) para que a distribuição possa ser considerada simétrica, ao calcularmos o coeficiente de assimetria (assimetria/erro padrão) verificamos, à exceção dos valores encontrados para o sexo feminino (1,1), que estes são superiores a 2, o que nos indica, neste caso, que a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda.

Quanto à curtose ou achatamento, a distribuição das idades para ambos os sexos e no total da amostra, apresenta uma distribuição leptocúrtica (relativamente alta), comprovada pelos coeficientes de curtose superiores a 2 (Hill & Hill, 2012).

Tabela 29. Estatísticas relativas à idade da primeira relação sexual segundo o sexo

	Masculino	Feminino	Total
N	350	549	899
Média	16,61	17,18	16,96
Mediana	17	17	17
Moda	17	17	17
Desvio padrão	1,97	1,51	1,73
Assimetria	,49	,11	,20
Erro padrão de assimetria	,13	,10	,08
Curtose	3,48	2,02	3,02
Erro padrão de curtose	,26	,21	0,16
Coefficiente de variação (%)	11	8	10
Máximo	26	24	26
Mínimo	9	11	9

Legenda: N - Frequência absoluta.

No que concerne à utilização de um método contraceptivo durante a primeira relação sexual, o método mais referido pelos estudantes foi o preservativo (80,4%), o que também aconteceu na análise por sexo (Tabela 30).

Tabela 30. Método contraceptivo utilizado na primeira relação sexual por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pílula						
Sim	74	8,5	158	18,1	232	26,6
Não	258	29,6	382	43,8	642	73,4
Total	332	38,1	540	61,9	872	100
Preservativo						
Sim	292	33,4	410	47	702	80,4
Não	40	4,6	131	15	171	19,6
Total	332	38	541	62	873	100
Pílula e preservativo						
Sim	63	7,2	159	18,2	222	25,4
Não	269	30,8	383	43,8	652	74,6
Total	332	38	542	62	874	100
Coito interrompido						
Sim	11	1,3	8	0,9	19	2,2
Não	321	36,7	534	61,1	855	97,8
Total	332	38	542	62	874	100
DIU						
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	332	38	542	62	874	100
Total	332	38	542	62	874	100
Anel vaginal						
Sim	1	0,1	1	0,1	2	0,2
Não	331	37,9	541	61,9	872	99,8
Total	332	38	542	62	874	100
Adesivo transdérmico						
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	332	38	542	62	874	100
Total	332	38	542	62	874	100
Métodos naturais						
Sim	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Não	332	38	541	61,9	873	99,9
Total	332	38	542	62	874	100
Outros						
Sim	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Não	332	38	540	61,9	872	99,9
Total	332	38	541	62	873	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Entre aqueles que referiram não ter utilizado qualquer método contraceptivo durante a primeira relação sexual, a razão mais referida por praticamente metade destes estudantes foi “Por escolha deliberada”, com uma percentagem de 47,8%, o que também aconteceu em ambos os sexos. A segunda razão referida por praticamente um quarto destes estudantes foi o “Não estava preparado” (26,1%) (Tabela 31).

Tabela 31. Razões para a não utilização de um método contraceptivo na primeira relação sexual por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não estava preparado						
Sim	5	21,7	1	4,3	6	26,1
Não	11	47,8	6	26,1	17	73,9
Total	16	69,6	7	30,4	23	100
Para não estragar o momento						
Sim	0	0,0	1	4,3	1	4,3
Não	16	69,6	6	26,1	22	95,7
Total	16	69,6	7	30,4	23	100
Não consegui adquirir						
Sim	0	0,0	1	4,3	1	4,3
Não	16	69,6	6	26,1	22	95,7
Total	16	69,6	7	30,4	23	100
Por escolha deliberada						
Sim	7	30,4	4	17,4	11	47,8
Não	9	39,1	3	13	12	52,2
Total	16	69,6	7	30,4	23	100
Por desconhecimento						
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	16	69,6	7	30,4	23	100
Total	16	69,6	7	30,4	23	100
Não estava lúcido						
Sim	3	13,1	1	4,3	4	17,4
Não	13	56,5	6	26,1	19	82,6
Total	16	69,6	7	30,4	23	100
Outro						
Sim	1	4,3	1	4,3	2	8,6
Não	15	65,3	6	26,1	21	91,4
Total	16	69,6	7	30,4	23	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Pela observação da Tabela 32, podemos concluir que os estudantes do sexo masculino apresentam mais comportamentos de risco em relação ao sexo feminino. Pois, verificamos no sexo feminino comportamentos mais protetores, com as relações sexuais a ocorrerem mais dentro de um relacionamento amoroso, menos relações ocasionais e menos relações sob o efeito de drogas ilícitas e consumo de álcool.

Tabela 32. Ocorrência de relações sexuais exclusivamente dentro de um relacionamento amoroso, ocasionais, sob o efeito de drogas ilícitas e consumo de álcool por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
As relações sexuais ocorreram sempre dentro de um relacionamento amoroso						
Sim	160	17,8	461	51,2	621	68,9
Não	190	21,1	90	10	280	31,1
Total	350	38,8	551	61,2	901	100
A. Teve relações sexuais ocasionais						
Sim	204	22,6	96	10,7	300	33,3
Não	146	16,2	455	50,5	601	66,7
Total	350	38,8	551	61,2	901	100
B. Alguma vez teve relações sexuais sob o efeito de drogas ilícitas						
Sim	72	8	43	4,8	115	12,8
Não	279	31	507	56,3	786	87,2
Total	351	39	550	61	901	100
C. Alguma vez teve relações sexuais sob o efeito do consumo de álcool						
Sim	203	22,5	147	16,3	350	38,8
Não	147	16,3	404	44,8	551	61,2
Total	350	38,8	551	61,2	901	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

À mesma conclusão chegamos quando analisamos o número de vezes desses comportamentos de risco referido pelos estudantes. Assim, o número de vezes desses comportamentos de risco referido pelos estudantes do sexo masculino, é sempre superior em termos absolutos, mas também a média dos mesmos, em relação ao sexo feminino (Tabela 33).

Tabela 33. Estatísticas relativas ao número de vezes de ocorrência de relações sexuais ocasionais, sob o efeito de drogas ilícitas e consumo de álcool por sexo

	Masculino	Feminino	Total
Relações sexuais ocasionais			
N	67(60,9%)	43(39,1%)	110(100%)
Mínimo	1	1	1
Máximo	30	6	30
Média	5,03	2,16	3,91
Mediana	4	2	2,50
Moda	2	1	1
Desvio padrão	5,02	1,41	4,24
Relações sexuais sob o efeito de drogas ilícitas			
N	23(63,9%)	13(36,1%)	36(100%)
Mínimo	1	1	1
Máximo	30	10	30
Média	6,61	3,46	5,47
Mediana	3	3	3
Moda	2	1 ^a	2
Desvio padrão	7,34	2,57	6,20
Relações sexuais sob o efeito do consumo de álcool			
N	68(58,1%)	49(41,9%)	117(100%)
Mínimo	1	1	1
Máximo	50	17	50
Média	6,79	2,82	5,13
Mediana	3	2	3
Moda	1	1 ^a	1
Desvio padrão	9,27	2,78	7,53

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem; a. Existe mais que uma moda. É apresentado o menor valor.

Quando questionados sobre a eventual ocorrência de um relacionamento em que existiu agressividade, os estudantes, na sua maioria, responderam negativamente (93%) e também o mesmo se verificou na análise por sexo (Tabela 34).

Tabela 34. Ocorrência de algum relacionamento em que existiu agressividade e o seu tipo por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Já teve algum relacionamento em que existiu agressividade						
Sim	31	2,7	50	4,3	81	7
Não	367	31,7	711	61,3	1078	93
Total	398	34,3	761	65,7	1159	100
Se sim, de que tipo						
Física	7	8,8	9	11,2	16	20
Verbal	12	15	21	26,2	33	41,2
Física e verbal	11	13,8	18	22,5	29	36,2
Outra	1	1,2	1	1,2	2	2,5
Total	31	38,8	49	61,2	80	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Pela análise da Tabela 35, podemos constatar que a maioria, sendo praticamente metade dos estudantes da amostra (50,8%), diz ter utilizado sempre métodos contraceptivos nas relações que teve, esta mesma resposta é a maioritária na análise por sexo.

Tabela 35. Relativamente a métodos contraceptivos no global por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nunca utilizou porque não teve nenhuma relação sexual	48	4,1	160	13,7	208	17,9
Nunca utilizou embora já tenha tido relações sexuais	8	0,7	6	0,5	14	1,2
Utilizou embora nunca tenha tido relações sexuais	2	0,2	48	4,1	50	4,3
Utilizou algumas das vezes que teve relações sexuais	167	14,3	134	11,5	301	25,9
Utilizou sempre nas relações sexuais que teve	177	15,2	414	35,6	591	50,8
Total	402	34,5	762	65,5	1164	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Relativamente ao último método contraceptivo utilizado (Tabela 36), entre aquele que utilizaram algum método contraceptivo, o mais referido pela generalidade dos estudantes (48,5%) foi o preservativo, assim como pelos estudantes do sexo masculino (27,4%). Para o sexo feminino, o último método mais utilizado foi a pílula (30,8%).

Tabela 36. Último método contraceptivo utilizado por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pílula						
Sim	67	7,4	281	30,8	348	38,2
Não	283	31,1	280	30,7	563	61,8
Total	350	38,4	561	61,6	911	100
Preservativo						
Sim	250	27,4	192	21,1	442	48,5
Não	100	11	369	40,5	469	51,5
Total	350	38,4	561	61,6	911	100
Pílula e preservativo						
Sim	74	8,1	189	20,7	263	28,9
Não	276	30,3	372	40,8	648	71,1
Total	350	38,4	561	61,6	911	100
Coito interrompido						
Sim	18	2	20	2,2	38	4,2
Não	332	36,4	541	59,4	873	95,8
Total	350	38,4	561	61,6	911	100
DIU						
Sim	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Não	350	38,4	560	61,5	910	99,9
Total	350	38,4	561	61,6	911	100
Anel vaginal						
Sim	1	0,1	5	0,5	6	0,7
Não	349	38,3	556	61	905	99,3
Total	350	38,4	561	61,6	911	100
Adesivo transdérmico						
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	350	0,0	561	0,0	911	100
Total	350	38,4	561	61,6	911	100
Métodos naturais						
Sim	350	0,0	1	0,1	1	0,1
Não	350	38,4	560	61,5	910	99,9
Total	350	38,4	560	61,6	911	100
Outros						
Sim	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Não	349	38,3	561	61,6	910	99,9
Total	350	38,4	561	61,6	911	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Relativamente ao método contraceptivo utilizado, a maioria dos estudantes refere estar muito satisfeita (51,9%), o que também se verifica nos estudantes do sexo feminino (36,7%). A maioria dos estudantes do sexo masculino está satisfeita (21%) com o método utilizado (Tabela 37). No que se refere às razões para a não satisfação com o método utilizado, entre os estudantes que responderam (26 estudantes), as três mais referidas foram: o “Incómodo” (7 estudantes, sendo 4 do sexo masculino), porque “Reduz o prazer”

(6 estudantes do sexo masculino) e pelos “Efeitos secundários” (4 estudantes do sexo feminino).

Tabela 37. Satisfação com o método contraceptivo utilizado por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nada satisfeito	7	0,8	4	0,4	11	1,2
Pouco satisfeito	11	1,2	14	1,5	25	2,8
Satisfeito	191	21	210	23,1	401	44,2
Muito satisfeito	138	15,2	333	36,7	471	51,9
Total	347	38,2	561	61,8	908	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Entre aqueles que referiram não utilizar sempre um método contraceptivo nas relações sexuais, o motivo “Por escolha deliberada” foi o mais apontado no global dos estudantes, com 61,3%, e também por sexo. O segundo motivo mais referido “Por interferir com o relacionamento sexual”, foi de igual forma referido no global dos estudantes, com 26%, e também por sexo (Tabela 38). Quando foi referida “Outra razão” pelos estudantes, os que a especificaram (20 estudantes) apontaram em primeiro lugar “Por não ter” (9 estudantes), depois surgem outras razões sempre referidas por igual número de estudantes (2): “Esquecimento”, “O parceiro/a não utilizou”, “Reduz o prazer” e “Parvoíce/desleixo”.

Tabela 38. Razão para não utilizar sempre um método contraceptivo nas relações sexuais por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Receio de os adquirir						
Sim	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Não	128	54,5	106	45,1	234	99,6
Total	129	54,9	106	45,1	235	100
Receio de efeitos secundários						
Sim	2	0,9	7	3	9	3,8
Não	127	54	99	42,1	226	96,2
Total	129	54,9	106	45,1	235	100
Receio dos pais						
Sim	1	0,4	2	0,9	3	1,3
Não	128	54,5	104	44,3	232	98,7
Total	129	54,9	106	45,1	235	100
Por falta de recursos económicos						
Sim	10	4,3	4	1,7	14	6
Não	119	50,6	102	43,4	221	94
Total	129	54,9	106	45,1	235	100
Por escolha deliberada						
Sim	75	31,9	69	29,4	144	61,3
Não	54	23	37	15,7	91	38,7
Total	129	54,9	106	45,1	235	100
Por interferir com o relacionamento sexual						
Sim	41	17,4	20	8,5	61	26
Não	88	37,4	86	36,6	174	74
Total	129	54,9	106	45,1	235	100
Imposição do parceiro						
Sim	2	0,9	8	3,4	10	4,3
Não	127	54	98	41,7	225	95,7
Total	129	54,9	106	45,1	235	100
Por desconhecimento						
Sim	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Não	128	54,5	106	45,1	234	99,6
Total	129	54,9	106	45,1	235	100
Outra						
Sim	15	6,4	9	3,8	24	10,2
Não	114	48,5	97	41,3	211	89,8
Total	129	54,9	106	45,1	235	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Praticamente a globalidade dos estudantes (97,5%), e em ambos os sexos, considera importante a utilização do preservativo nas relações sexuais. As duas razões mais referidas para esse facto foram, respetivamente: “Para prevenir gravidez e infeções” (47,1%) e “Para prevenir infeções” (43,5%), perfazendo no total 86,6% das respostas.

Quanto à utilização do preservativo em todas as relações sexuais, entre aqueles que tiveram relações sexuais, a maioria dos estudantes (51,1%), e também por sexo, referiu ter utilizado

sempre (Tabela 39). Entre aqueles que não utilizaram sempre o preservativo nas relações sexuais que tiveram, as seis razões mais referidas para esse facto foram, respetivamente: “Utilizo outro método contraceptivo” (32,2%), “Tenho uma relação estável” (15,7%), “Não sinto necessidade” (10,4%), “Tenho uma relação estável e utilizo outro método contraceptivo” (8,7%), “Por não ter” (7,3%) e “Reduz o prazer” (6,4%), perfazendo no total 80,7% das respostas.

Tabela 39. Consideração da importância da utilização do preservativo e utilização do mesmo nas relações sexuais por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Considera importante a utilização do preservativo nas relações sexuais						
Sim	387	33,4	741	64	1128	97,5
Não	14	1,2	15	1,3	29	2,5
Total	401	34,7	756	65,3	1157	100
Utiliza o preservativo em todas as relações sexuais						
Sim	184	20,4	276	30,6	460	51,1
Não	88	9,8	172	19,1	260	28,9
Às vezes	78	8,7	103	11,4	181	20,1
Total	350	38,8	551	61,2	901	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Como podemos observar na Tabela 40, quando questionados sobre a probabilidade de vir a contrair uma DST, de se deparar com uma gravidez não desejada, de recomendar o uso da CE ou de usar a mesma, a resposta maioritária foi invariavelmente “Pouco provável”, registando respetivamente para as diferentes questões os valores de 50,9%, 59%, 54,1% e 59,4%. Esta mesma opção de resposta foi também a mais referida na análise por sexo.

Tabela 40. Probabilidade de contrair uma DST, ocorrência de gravidez não desejada, recomendar o uso ou usar a CE por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Qual a probabilidade de vir a contrair uma DST						
Nada provável	138	11,9	359	30,9	497	42,8
Pouco provável	237	20,4	354	30,5	591	50,9
Provável	24	2,1	34	2,9	58	5
Muito provável	3	0,3	12	1	15	1,3
Total	402	34,6	759	65,4	1161	100
Qual a probabilidade de se deparar com uma gravidez não desejada						
Nada provável	129	11,1	274	23,6	403	34,7
Pouco provável	244	21	440	37,9	684	59
Provável	24	2,1	38	3,3	62	5,3
Muito provável	2	0,2	9	0,8	11	0,9
Total	399	34,4	761	65,6	1160	100
Qual a probabilidade de recomendar o uso da CE						
Nada provável	80	6,9	193	16,6	273	23,5
Pouco provável	217	18,7	411	35,4	628	54,1
Provável	80	6,9	130	11,2	210	18,1
Muito provável	23	2	27	2,3	50	4,3
Total	400	34,5	761	65,5	1161	100
Qual a probabilidade de usar a CE						
Nada provável	121	10,4	248	21,4	369	31,8
Pouco provável	238	20,5	451	38,9	689	59,4
Provável	31	2,7	52	4,5	83	7,2
Muito provável	8	0,7	10	0,9	18	1,6
Total	398	34,3	761	65,7	1159	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem; DST - Doença sexualmente transmissível; CE - Contraceção de emergência.

Quanto à análise descritiva da EAS e das suas dimensões, na Tabela 41 podemos observar que o sexo masculino apresenta médias mais elevadas em todas as dimensões e escala global, à exceção da dimensão RES, em que é o sexo feminino a registar uma maior média (17,88). No geral, na EAS destaca-se o item 14 “A educação sexual é importante para a juventude” com a maior média (4,69) e que pertence à dimensão RES, e o item 23 “É correto ‘pressionar’ alguém a ter relações sexuais” com a menor média (1,27) e que pertence à dimensão IMP; os itens com maior e menor média na EAS são coincidentes em ambos os sexos e também no total da amostra.

Relativamente à variabilidade das respostas, podemos constatar pelo cálculo do CV que existe uma dispersão fraca ($CV \leq 15\%$), no geral em torno da média na EAS e também nas dimensões COM e RES. A dispersão é média ($15\% > CV \leq 30\%$) em ambos os sexos e total

da amostra na dimensão IMP e PER, sendo que, nesta, no total da amostra já é elevada ($CV > 30\%$). Já na dimensão INS a dispersão é elevada no sexo feminino e total da amostra e apenas média no sexo masculino (Pestana & Gageiro, 2005).

Relativamente à assimetria ou enviesamento, pela leitura da Tabela 40 e após o cálculo do coeficiente de assimetria, podemos concluir pelos valores encontrados que apenas temos uma distribuição simétrica (valores entre -2 e 2) na dimensão IMP em ambos os sexos e total da amostra, e também no sexo masculino na dimensão INS (1,92) e na EAS (-1,75). A distribuição é assimétrica negativa (valores inferiores a -2) ou enviesada à direita nas dimensões COM e RES em ambos os sexos e total da amostra, e também no sexo masculino na dimensão PER (-2,92). A distribuição é assimétrica positiva (valores superiores a 2) ou enviesada à esquerda no sexo feminino e total da amostra nas dimensões PER, INS e EAS (Hill & Hill, 2012).

Quanto à curtose ou achatamento, os valores do coeficiente de curtose inferiores a -2 no sexo feminino e total da amostra na dimensão PER, INS e IMP, e apenas no sexo feminino na dimensão COM (-2,27), revelam uma distribuição platicúrtica (mais achatada que o normal). Os valores do coeficiente de curtose entre 2 e -2 no sexo feminino e total da amostra na EAS, e apenas no sexo masculino nas dimensões PER (-1,29), INS (-1,13) e IMP (-0,75) indicam-nos que estamos na presença de uma distribuição mesocúrtica ou sem achatamento. Os valores nas restantes situações, por serem superiores a 2, indicam estarmos na presença de uma distribuição leptocúrtica (menos achatada que o normal) (Hill & Hill, 2012).

Tabela 41. Estatísticas relativas à EAS segundo o sexo

	Masculino	Feminino	Total
PER			
N	402	762	1164
Média	36,10	25,89	29,42
Mediana	37	26	29
Moda	38	24	27
Desvio padrão	9,20	7,43	9,43
Assimetria	-,35	,21	,29
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	-,31	-,37	-,48
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	25	28	32
Máximo	58	49	58
Mínimo	12	12	12
Item com maior média	Item 1 (3,84)	Item 3 (2,86)	Item 3 (3,20)
Item com menor média	Item 27 (1,71)	Item 27 (1,24)	Item 27 (1,40)
INS			
N	402	762	1164
Média	16,43	14,67	15,28
Mediana	17	14	15
Moda	17	13 ^a	14
Desvio padrão	4,86	4,55	4,73
Assimetria	,23	,24	,26
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	-,27	-,40	-,30
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	29	31	30
Máximo	30	28	30
Mínimo	6	6	6
Item com maior média	Item 6 (3,25)	Item 6 (3,18)	Item 6 (3,20)
Item com menor média	Item 40 (2,51)	Item 40 (2,14)	Item 40 (2,27)
COM			
N	402	762	1164
Média	36,42	35,99	36,14
Mediana	37	36	36
Moda	38	37	37
Desvio padrão	4,78	4,84	4,82
Assimetria	-,75	-,21	-,39
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	2,23	-,41	,42
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	13	13	13
Máximo	45	45	45
Mínimo	9	22	9
Item com maior média	Item 42 (4,34)	Item 38 (4,21)	Item 38 (4,23)
Item com menor média	Item 20 (3,64)	Item 22 (3,57)	Item 22 (3,67)

Tabela 41. Estatísticas relativas à EAS segundo o sexo (continuação)

RES			
N	402	762	1164
Média	16,80	17,88	17,51
Mediana	17	18	18
Moda	18	20	20
Desvio padrão	2,46	2,00	2,23
Assimetria	-,97	-1,00	-1,06
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,072
Curtose	1,92	1,61	2,05
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	14	11	12
Máximo	20	20	20
Mínimo	4	6	4
Item com maior média	Item 14 (4,62)	Item 14 (4,72)	Item 14 (4,69)
Item com menor média	Item 8 (3,95)	Item 8 (4,18)	Item 8 (4,10)
IMP			
N	402	762	1164
Média	16,40	13,44	14,46
Mediana	17	13	14
Moda	18	14	14
Desvio padrão	3,98	3,64	4,01
Assimetria	-,14	,17	,14
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	-,18	-,56	-,45
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	24	27	27
Máximo	27	23	27
Mínimo	6	6	6
Item com maior média	Item 13(3,49)	Item 34 (3,44)	Item 34 (3,42)
Item com menor média	Item 23 (1,52)	Item 23 (1,14)	Item 23 (1,27)
EAS-global			
N	402	762	1164
Média	122,17	107,88	112,82
Mediana	122	108	112
Moda	118	113	108
Desvio padrão	17,05	14,30	16,74
Assimetria	-,21	,23	,24
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	,75	,14	,15
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	13	13	14
Máximo	170	155	170
Mínimo	45	67	45
Item com maior média	Item 14 (4,62)	Item 14 (4,72)	Item 14 (4,69)
Item com menor média	Item 23 (1,52)	Item 23 (1,14)	Item 23 (1,27)

a. Existem várias modas. É apresentado o menor valor.

Legenda: N - Frequência absoluta; PER - Permissividade; INS - Instrumentalidade; COM - Comunhão; RES - Responsabilidade sexual; IMP - Sexo impessoal/Impessoalidade sexual; EAS - Escala de atitudes sexuais.

Analisando a EAEG e as suas dimensões (Tabela 42), observamos que o sexo masculino apresenta médias mais elevadas em todas as dimensões e escala global. Podemos concluir também, que os itens com maior e menor média nas escalas são coincidentes em ambos os sexos e também no total da amostra, à exceção da dimensão IP, onde o sexo masculino apresenta discordância no item de menor média, que aqui é o item 15 (5,10) “Um dos meus problemas é que não consigo fazer as coisas como devia”, enquanto no sexo feminino e no total da amostra é o item 14 “Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas”, o item de maior valor é o item 5 “Quando estabeleço objetivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar”. Na dimensão EPA, o item que regista um maior valor é o 12 “Desisto facilmente das coisas”, e o de menor valor é o 4 “Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la”. Na dimensão ES o item 10 “Se encontrar alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa” é o que regista a maior média, e o item 11 “Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar” regista a menor média. Na EAEG, o item com maior média é o 12 “Desisto facilmente das coisas” que pertence à dimensão EPA, e o item com menor média é o 11 “Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar”, que pertence à dimensão ES.

Para melhor comparar a variabilidade de resultados entre as variáveis, calculámos o CV, que confirma uma dispersão moderada em torno da média, em ambos os sexos e no total da amostra nas dimensões IP, EPA e ES, já na EAEG a dispersão é fraca (Pestana & Gageiro, 2005).

No que concerne às medidas de assimetria ou enviesamento e de achatamento ou curtose, podemos comprovar relativamente à assimetria pelo cálculo do coeficiente de assimetria, que temos uma distribuição assimétrica negativa ou enviesada à direita (valores inferiores a -2) em ambos os sexos e no total da amostra na EAEG e em todas as suas dimensões (Hill & Hill, 2012).

Reportando-nos à curtose ou achatamento, os valores do coeficiente por se situarem entre 2 e -2 indicam-nos que estamos na presença de uma distribuição mesocúrtica em ambos os

sexos e no total da amostra, à exceção da dimensão EPA, que apresenta uma configuração leptocúrtica (relativamente alta) pelos coeficientes de curtose superiores a 2, no sexo masculino (2,38) e no total da amostra (2,93) (Hill & Hill, 2012).

Tabela 42. Estatísticas relativas à EAEG/Dimensões segundo o sexo

	Masculino	Feminino	Total
IP			
N	402	762	1164
Média	32,25	30,86	31,34
Mediana	33	31	32
Moda	36	32 ^a	34
Desvio padrão	5,94	6,13	6,10
Assimetria	-,71	-,43	-,52
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	,12	-,16	-,12
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coeficiente de variação (%)	18	19	19
Máximo	42	42	42
Mínimo	12	9	9
Item com maior média	Item 5 (5,63)	Item 5 (5,79)	Item 5 (5,74)
Item com menor média	Item 15 (5,10)	Item 14 (4,74)	Item 14 (4,92)
EPA			
N	402	762	1164
Média	28,59	28,47	28,51
Mediana	30	29	29
Moda	30	30	30
Desvio padrão	4,79	4,67	4,71
Assimetria	-,97	-,78	-,85
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	,57	,33	,41
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coeficiente de variação (%)	16	16	16
Máximo	35	35	35
Mínimo	10	11	10
Item com maior média	Item 12 (5,93)	Item 12 (5,88)	Item 12 (5,90)
Item com menor média	Item 4 (5,46)	Item 4 (5,51)	Item 4 (5,49)
ES			
N	402	762	1164
Média	20	19,79	19,86
Mediana	20	20	20
Moda	22	21 ^a	22
Desvio padrão	3,94	3,70	3,78
Assimetria	-,39	-,24	-,29
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	,01	-,12	-,07
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coeficiente de variação (%)	19	18	19
Máximo	28	28	28
Mínimo	5	8	5
Item com maior média	Item 10 (5,34)	Item 10 (5,35)	Item 10 (5,34)
Item com menor média	Item 11 (4,22)	Item 11 (4,15)	Item 11 (4,17)

Tabela 42. Estatísticas relativas à EAEG/Dimensões segundo o sexo (continuação)

EAEG Total			
N	402	762	1164
Média	80,84	79,13	79,72
Mediana	83	80	81
Moda	83	78	81
Desvio padrão	12,53	11,72	12,03
Assimetria	-,69	-,36	-,47
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	,13	-,22	-,13
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	15	14	15
Máximo	105	104	105
Mínimo	38	46	38
Item com maior média	Item 12 (5,93)	Item 12 (5,88)	Item 12 (5,90)
Item com menor média	Item 11 (4,22)	Item 11 (4,15)	Item 11 (4,17)

a. Existem várias modas. É apresentado o menor valor.

Legenda: N - Frequência absoluta; IP - Iniciação e persistência; EPA - Eficácia perante a adversidade; ES - Eficácia social; EAEG - Escala de autoeficácia geral.

Relativamente à análise descritiva da Escala de Motivação para Fazer e para Não Fazer Sexo, analisámos em concreto as duas subescalas de motivos para fazer sexo F1 – “Hedonismo e saúde” e F4 – “Interdependência relacional”, e as duas subescalas de motivos para não fazer sexo F2 – “Por medo” e F3 – “Conservadorismo/desinteresse”. Da observação da Tabela 43 podemos verificar que as pontuações obtidas variam desde o mínimo ao máximo possível em cada escala. O sexo masculino apresenta pontuações mais elevadas nas escalas referentes aos motivos para fazer sexo, sendo que nas escalas referentes aos motivos para não fazer sexo, as médias mais elevadas são registadas pelo sexo feminino. Os itens com maior e menor média nas escalas são coincidentes em ambos os sexos e também no total da amostra, exceto para o sexo masculino na escala F1, em que o item com menor média é o 8 (3,09) “Por me sentir comprometido (a)” e na escala F3 o item com maior média é o 15 (2,32) “Por falta de oportunidade ou incapacidade de encontrar um namorado (a) de quem goste o suficiente”.

Pelo CV verificamos que existe em ambos os sexos e no total da amostra uma dispersão média em torno da média na escala F1, sendo que esta dispersão é elevada nas restantes escalas, F2, F3 e F4, em consequência da grande variabilidade nas respostas (Pestana & Gageiro, 2005).

Examinando as medidas de assimetria ou enviesamento e de achatamento ou curtose,

podemos concluir que, relativamente à assimetria e depois de calcular o coeficiente de assimetria que aponta para valores superiores a 2, em ambos os sexos e total da amostra nas escalas F3, F2 e F4, excetuando-se nesta o sexo masculino (-3,17), revelam uma assimetria positiva ou enviesada à esquerda. Os valores inferiores a -2 no sexo masculino na escala F4 (-3,17) e F1 (-3,67), sendo que nesta também se verifica no total da amostra (-3), apontam para uma assimetria negativa ou enviesada à direita (Hill & Hill, 2012).

Quanto à curtose ou achatamento, os valores do coeficiente de curtose inferiores a -2 no sexo feminino e total da amostra nas escalas F1, F2, F3 e F4 revelam uma distribuição platicúrtica (relativamente plana), os valores para o sexo masculino nas restantes situações por se situarem entre 2 e -2 indicam-nos que estamos na presença de uma distribuição mesocúrtica, à exceção da escala F1 (2,63), onde o valor indica uma distribuição leptocúrtica (relativamente alta) (Hill & Hill, 2012).

Tabela 43. Estatísticas relativas à Escala de Motivação para Fazer e para Não Fazer Sexo segundo o sexo

	Masculino	Feminino	Total
Fator 1			
N	402	762	1164
Média	24,07	19,60	21,15
Mediana	24,50	20	22
Moda	27	21	21
Desvio padrão	5,22	6,01	6,12
Assimetria	-,44	-,05	-,21
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	,63	-,43	-,33
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coeficiente de variação (%)	21	30	28
Máximo	35	35	35
Mínimo	7	7	7
Item com maior média	Item 9 (3,61)	Item 9 (3,16)	Item 9 (3,32)
Item com menor média	Item 8 (3,09)	Item 6 (2,54)	Item 6 (2,78)
Fator 4			
N	402	762	1164
Média	6,59	4,21	5,03
Mediana	7	4	5
Moda	8	2	2
Desvio padrão	2,13	1,89	2,28
Assimetria	-,38	,52	,30
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	-,37	-,46	-,81
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coeficiente de variação (%)	32	44	45
Máximo	10	10	10
Mínimo	2	2	2
Item com maior média	Item 3 (3,32)	Item 3 (2,12)	Item 3 (2,54)
Item com menor média	Item 2 (3,28)	Item 2 (2,09)	Item 2 (2,50)

Tabela 43. Estatísticas relativas à Escala de Motivação para Fazer e para não fazer sexo, segundo o sexo (continuação)

Fator 2			
N	402	762	1164
Média	6,83	6,88	6,86
Mediana	6	6	6
Moda	3	3	3
Desvio padrão	3,48	3,52	3,50
Assimetria	,66	,65	,65
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	-,47	-,54	-,52
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	50	51	51
Máximo	15	15	15
Mínimo	3	3	3
Item com maior média	Item 12 (2,30)	Item 12 (2,40)	Item 12 (2,36)
Item com menor média	Item 10 (2,26)	Item 10 (2,22)	Item 10 (2,23)
Fator 3			
N	402	762	1164
Média	10,34	11,26	10,94
Mediana	10	11	11
Moda	5	5	5
Desvio padrão	4,40	4,65	4,58
Assimetria	,56	,41	,47
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	-,34	-,40	-,38
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	42	41	41
Máximo	25	25	25
Mínimo	5	5	5
Item com maior média	Item 15 (2,32)	Item 17 (2,79)	Item 17 (2,59)
Item com menor média	Item 16 (1,77)	Item 13 e 16 (1,99)	Item 16 (1,92)

Legenda: N - Frequência absoluta.

3.2.4. Vivência do namoro pelos estudantes

Encontramos uma distribuição muito semelhante das respostas no total dos estudantes e também por sexo. Assim, sensivelmente metade refere que não namora, e dos que namoram (49,2%), quase todos referem ter relações sexuais no atual relacionamento amoroso (92,2%) e fazer contraceção (92,8%).

Já no que se refere ao tempo de namoro e ao tempo de namoro para a ocorrência de relações sexuais, verificamos algumas diferenças, apresentando o sexo feminino tempos superiores em termos absolutos e em média em relação ao sexo masculino (Tabela 44).

Tabela 44. Existência de namoro, relações sexuais e contraceção dentro do namoro por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Namora?						
Sim	191	16,4	384	33	575	49,4
Não	211	18,1	378	32,5	589	50,6
Total	402	34,5	762	65,5	1164	100
A.1. Se sim, namora há quanto tempo (meses)						
Mínimo	<1	-	1	-	0	-
Máximo	96	-	108	-	108	-
Média	24,59	-	29,05	-	27,55	-
Mediana	22	-	24	-	22	-
Moda	24	-	24	-	24	-
Desvio padrão	20,48	-	23,05	-	22,30	-
N	190	33,5	377	66,5	567	100
Tem relações sexuais no atual relacionamento moroso						
Sim	179	31,1	351	61	530	92,2
Não	12	2,1	32	5,6	44	7,7
Total	191	33,2	384	66,8	575	100
A.1. Se sim, ao fim de quanto tempo de namoro teve relações sexuais (meses)						
Mínimo	<1	-	<1	-	<1	-
Máximo	48	-	90	-	90	-
Média	4,40	-	6,74	-	5,95	-
Mediana	2	-	3	-	3	-
Moda	1	-	1	-	1	-
Desvio padrão	7,59	-	8,83	-	8,83	-
N	174	34	338	66	512	100
Se sim, faz contraceção						
Sim	161	30,4	331	62,5	492	92,8
Não	7	1,3	15	2,8	22	4,2
Às vezes	10	1,9	6	1,1	16	3
Total	178	33,6	352	66,4	530	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

No que diz respeito ao método contraceptivo, o mais referido pelo total dos estudantes é a pílula com 46,9% e também pelo sexo feminino (33,1%). Já no sexo masculino, o mais referido foi o preservativo com uma percentagem de 17,2% (Tabela 45).

Tabela 45. Método contraceptivo utilizado na relação amorosa por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pílula						
Sim	70	13,8	168	33,1	238	46,9
Não	101	19,9	168	33,1	269	53,1
Total	171	33,7	336	66,3	507	100
Preservativo						
Sim	87	17,2	115	22,7	202	39,8
Não	84	16,6	221	43,6	305	60,2
Total	171	33,7	336	66,3	507	100
Pílula e preservativo						
Sim	54	10,7	133	26,2	187	36,9
Não	117	23,1	203	40	320	63,1
Total	171	33,7	336	66,3	507	100
Coito interrompido						
Sim	8	1,6	13	2,6	21	4,1
Não	163	32,1	323	63,7	486	95,9
Total	171	33,7	336	66,3	507	100
DIU						
Sim	0	0,0	3	0,6	3	0,6
Não	171	33,7	333	65,7	504	99,4
Total	171	33,7	336	66,3	507	100
Anel vaginal						
Sim	2	0,4	5	1	7	1,4
Não	169	33,3	331	65,3	500	98,6
Total	171	33,7	336	66,3	507	100
Adesivo transdérmico						
Sim	0	0,0	1	0,2	1	0,2
Não	171	33,7	335	66,1	506	99,8
Total	171	33,7	336	66,3	507	100
Métodos naturais						
Sim	0	0,0	1	0,2	1	0,2
Não	171	33,7	335	66,1	506	99,8
Total	171	33,7	336	66,3	507	100
Outros						
Sim	0	0,0	1	0,2	1	0,2
Não	171	33,7	335	66,1	506	99,8
Total	171	33,7	336	66,3	507	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem; DIU - Dispositivo intrauterino.

Relativamente ao aconselhamento para a escolha do método contraceptivo utilizado na relação amorosa, o que predominou para o total dos estudantes (62,8%) e também por sexo foi a opção por “Iniciativa própria” (Tabela 46).

Tabela 46. Quem aconselhou o método contraceptivo utilizado na relação amorosa por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Médico						
Sim	30	5,9	153	30,2	183	36,2
Não	141	27,9	182	36	323	63,8
Total	171	33,8	335	66,2	506	100
Enfermeiro						
Sim	8	1,6	53	10,5	61	12,1
Não	163	32,2	282	55,7	445	87,9
Total	171	33,8	335	66,2	506	100
Iniciativa própria						
Sim	120	23,7	198	39,1	318	62,8
Não	51	10,1	137	27,1	188	37,2
Total	171	33,8	335	66,2	506	100
Amigos ou colegas						
Sim	10	2	22	4,3	32	6,3
Não	161	31,8	313	61,9	474	93,7
Total	171	33,8	335	66,2	506	100
Professores						
Sim	4	0,8	4	0,8	8	1,6
Não	167	33	331	65,4	498	98,4
Total	171	33,8	335	66,2	506	100
Namorado/a						
Sim	38	7,5	52	10,3	90	17,8
Não	133	26,3	283	55,9	416	82,2
Total	171	33,8	335	66,2	506	100
Os dois (eu e o parceiro/a)						
Sim	43	8,5	75	14,8	118	23,3
Não	128	25,3	260	51,4	388	76,7
Total	171	33,8	335	66,2	506	100
Outra						
Sim	1	0,2	6	1,2	7	1,4
Não	170	33,6	329	65	499	98,6
Total	171	33,8	335	66,2	506	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

A maioria dos estudantes não se sente pressionada para ter relações sexuais (80,9%). Dos 19,1% que referem alguma pressão, ela é mais reportada entre o sexo masculino. Também a maioria dos estudantes refere a não existência de agressividade na relação (87,4%), no entanto, entre aqueles que a referem, ela é também mais reportada pelo sexo masculino (Tabela 47).

Tabela 47. Existência de pressão para ter relações sexuais e agressividade na relação amorosa por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sente-se pressionado/a pelo parceiro para ter relações sexuais						
Nunca	145	25,2	320	55,7	465	80,9
Raramente	25	4,3	40	7	65	11,3
Poucas vezes	7	1,2	10	1,7	17	3
Algumas vezes	7	1,2	13	2,3	20	3,5
Muitas vezes	1	0,2	1	0,2	2	0,3
Sempre	6	1	0	0,0	6	1
Total	191	33,2	384	66,8	575	100
Existe alguma agressividade verbal ou física na sua relação						
Não	147	25,7	352	61,6	499	87,4
Raramente	24	4,2	20	3,5	44	7,7
Poucas vezes	10	1,8	6	1,1	16	2,8
Algumas vezes	6	1,1	3	0,5	9	1,6
Muitas vezes	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Sempre	2	0,4	0	0,0	2	0,4
Total	190	33,3	381	66,7	571	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Pela análise da Tabela 48 observamos que, entre as razões evocadas para manter a relação apesar da agressividade existente, a mais referida por sexo e também no conjunto dos estudantes, com 49,2%, foi “Por amor”. No sexo feminino, que apresenta uma percentagem igual entre a opção “Por amor” e “Outra”, verificamos que, na especificação desta última opção, as duas respostas mais referidas foram “Por ser normal” e “Por ser passageira”, cada uma referida por duas estudantes, perfazendo um total de 4 em 9 estudantes.

Tabela 48. Razões para manter a relação apesar da agressividade existente por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Por medo/receio						
Sim	5	8,5	0	0,0	5	8,5
Não	30	50,8	24	40,7	54	91,5
Total	35	59,3	24	40,7	59	100
Por amor						
Sim	20	33,9	9	15,3	29	49,2
Não	15	25,4	15	25,4	30	50,8
Total	35	59,3	24	40,7	59	100
Por interesse						
Sim	1	1,7	0	0,0	1	1,7
Não	34	57,6	24	40,7	58	98,3
Total	35	59,3	24	40,7	59	100
Por ser apenas verbal						
Sim	10	16,9	6	10,2	16	27,1
Não	25	42,4	18	30,5	43	72,9
Total	35	59,3	24	40,7	59	100
Outra						
Sim	5	8,5	9	15,3	14	23,7
Não	30	50,8	15	25,4	45	76,3
Total	35	59,3	24	40,7	59	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

3.2.5. Contextualização do uso da contraceção oral de emergência

Relativamente ao conhecimento, a maioria dos estudantes (96,3%), e em ambos os sexos, afirmou saber o que é a CE. Já em relação à sua utilização, verificou-se que a maioria dos estudantes (76,6%), e também em ambos os sexos, ainda não a utilizou. Entre aqueles que disseram ter utilizado, a maioria dos estudantes (97,4%), e também por sexo, referiu não ter feito mais que uma utilização no mesmo ciclo. De igual forma, a maioria dos estudantes (87%), e também por sexo, referiu ter utilizado a CE sem receita médica. No que respeita ao número de vezes de utilização, verificámos que o sexo masculino apresenta números superiores em termos absolutos e em média em relação ao sexo feminino (Tabela 49).

Tabela 49. Conhecimento sobre a CE e formas de utilização da mesma por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sabe o que é a CE						
Sim	379	32,6	742	63,7	1121	96,3
Não	4	0,3	2	0,2	6	0,5
Tenho alguma informação	19	1,6	18	1,5	37	3,2
Total	402	34,5	762	65,5	1164	100
Já utilizou ou a sua companheira, a CE						
Sim	101	8,7	171	14,7	272	23,4
Não	301	25,9	591	50,8	892	76,6
Total	402	34,5	762	65,5	1164	100
A.1. Se sim, quantas vezes						
Mínimo	1	-	1	-	1	-
Máximo	7	-	4	-	7	-
Média	1,43	-	1,35	-	1,38	-
Mediana	1	-	1	-	1	-
Moda	1	-	1	-	1	-
Desvio padrão	0,96	-	0,57	-	0,74	-
N	100	36,9	171	63,1	271	100
Fez alguma vez, mais que uma utilização/toma no mesmo ciclo						
Sim	4	1,5	3	1,1	7	2,6
Não	95	35,4	166	61,9	261	97,4
Total	99	36,9	169	63,1	268	100
Utilização da CE						
Com receita médica	7	2,6	24	8,9	31	11,5
Sem receita médica	90	33,3	145	53,7	235	87
Com e sem receita médica	2	0,7	2	0,7	4	1,5
Total	99	36,7	171	63,3	270	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem; CE - Contraceção de emergência.

Como podemos observar na Tabela 50, a maioria dos estudantes (60,9%), e também por sexo, referiu os profissionais de saúde como fonte privilegiada para obtenção de conhecimento acerca da CE. Seguindo-se com valores praticamente iguais, de cerca de 40%, os professores, a internet e amigos e colegas.

Tabela 50. Fontes de conhecimento acerca da CE por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Profissionais de saúde						
Sim	210	18,2	494	42,7	704	60,9
Não	185	16	267	23,1	452	39,1
Total	395	34,2	761	65,8	1156	100
Amigos e colegas						
Sim	175	15,1	291	25,2	466	40,3
Não	220	19	470	40,7	690	59,7
Total	395	34,2	761	65,8	1156	100
Pais						
Sim	49	4,2	123	10,6	172	14,9
Não	346	29,9	638	55,2	984	85,1
Total	395	34,2	761	65,8	1156	100
Namorado						
Sim	74	6,4	45	3,9	119	10,3
Não	321	27,8	716	61,9	1037	89,7
Total	395	34,2	761	65,8	1156	100
Professores						
Sim	150	13	321	27,8	471	40,8
Não	244	21,1	440	38,1	684	59,2
Total	394	34,1	761	65,9	1155	100
Internet						
Sim	182	15,7	284	24,6	466	40,3
Não	213	18,4	477	41,3	690	59,7
Total	395	34,2	761	65,8	1156	100
Revistas ou livros						
Sim	66	5,7	127	11	193	16,7
Não	329	28,5	634	54,8	963	83,3
Total	395	34,2	761	65,8	1156	100
Televisão/rádio						
Sim	73	6,3	126	10,9	199	17,2
Não	322	27,9	635	54,9	957	82,8
Total	395	34,2	761	65,8	1156	100
Irmãos						
Sim	12	1	18	1,6	30	2,6
Não	383	33,1	743	64,3	1126	97,4
Total	395	34,2	761	65,8	1156	100
Outros						
Sim	2	0,2	6	0,5	8	0,7
Não	393	34	755	65,3	1148	99,3
Total	395	34,2	761	65,8	1156	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Quanto ao local de obtenção da CE, a farmácia é local de eleição para a maioria dos estudantes (94,1%), o mesmo se verifica na análise por sexo. No que se refere à dispensa de informação no ato de aquisição da CE, a maioria dos estudantes (75,9%) refere que lhe foi fornecida informação, tal foi constatado igualmente na análise por sexo (Tabela 51).

Tabela 51. Locais de obtenção da CE e informação fornecida no ato da aquisição por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Farmácia						
Sim	97	35,9	157	58,1	254	94,1
Não	2	1,7	14	5,2	16	5,9
Total	99	36,7	171	63,3	270	100
Centro de saúde						
Sim	0	0,0	10	3,7	10	3,7
Não	99	36,7	161	59,6	260	96,3
Total	99	36,7	171	63,3	270	100
Centro de atendimento a jovens						
Sim	0	0,0	4	1,5	4	1,5
Não	99	36,7	167	61,9	266	98,5
Total	99	36,7	171	63,3	270	100
Unidade de Saúde Familiar						
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	99	36,7	171	63,3	270	100
Total	99	36,7	171	63,3	270	100
Hospital						
Sim	2	0,7	0	0,0	2	0,7
Não	97	35,9	171	63,3	268	99,3
Total	99	36,7	171	63,3	270	100
Médico particular						
Sim	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Não	98	36,3	171	63,3	269	99,6
Total	99	36,7	171	63,3	270	100
Outro						
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	99	36,7	171	63,3	270	100
Total	99	36,7	171	63,3	270	100
No ato da aquisição da CE foi-lhe fornecida alguma informação						
Sim	76	28,1	129	47,8	205	75,9
Não	23	8,5	42	15,6	65	24,1
Total	99	36,7	171	63,3	270	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem; CE - Contraceção de emergência.

No que se refere à informação obtida no ato da aquisição da CE, como consta na Tabela 52, o aspeto mais abordado foi como devia ser tomada, isto tanto na análise na totalidade dos estudantes, com 93,1%, como por sexo. O segundo aspeto mais abordado foi “Efeitos secundários possíveis e como os resolver”, também nas duas formas de análise.

Tabela 52. Informação obtida no ato de aquisição da CE por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Como devia ser tomada						
Sim	71	34,8	119	58,3	190	93,1
Não	4	2	10	4,9	14	6,9
Total	75	36,8	129	63,2	204	100
Efeitos secundários possíveis e como os resolver						
Sim	56	27,5	87	42,6	143	70,1
Não	19	9,3	42	20,6	61	29,9
Total	75	36,8	129	63,2	204	100
Importância de recorrer logo que possível a uma consulta de planeamento familiar						
Sim	15	7,4	26	12,7	41	20,1
Não	60	29,4	103	50,5	163	79,9
Total	75	36,8	129	63,2	204	100
O uso de contraceção até à próxima menstruação						
Sim	19	9,3	31	15,2	50	24,5
Não	56	27,5	98	48	154	75,5
Total	75	36,8	129	63,2	204	100
A pílula não protege contra as DST's						
Sim	16	7,8	44	21,6	60	29,4
Não	59	28,9	85	41,7	144	70,6
Total	75	36,8	129	63,2	204	100
Outra						
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	75	36,8	129	63,2	204	100
Total	75	36,8	129	63,2	204	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem; DST's - Doenças sexualmente transmissíveis.

Observando a Tabela 53, constatamos que o motivo da utilização da CE mais referido pela totalidade dos estudantes (64,9%), e também por sexo, foi a falha do método contraceptivo. O segundo motivo da utilização da CE mais referido foi “Relação sexual desprotegida”, também nas duas formas de análise.

Explorando o motivo “Falha do método contraceptivo”, como o mais referido para a utilização da CE, quisemos saber qual era o método utilizado. Assim, verificámos, na totalidade dos estudantes nesta situação e que respondeu à questão (168 estudantes), que o método contraceptivo apontado pela larga maioria dos estudantes foi o preservativo, com 91,7%, seguindo-se a pílula, com 7,1% e, finalmente, o coito interrompido, com 1,2%.

Tabela 53. Motivo da utilização da CE por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Relação sexual desprotegida						
Sim	47	17,5	57	21,3	104	38,8
Não	51	19	113	42,2	164	61,2
Total	98	36,6	170	63,4	268	100
Falha do método contraceptivo						
Sim	55	20,5	119	44,4	174	64,9
Não	43	16	51	19	94	35,1
Total	98	36,6	170	63,4	268	100
Relação não consentida						
Sim	0	0,0	1	0,4	1	0,4
Não	98	36,6	169	63,1	267	99,6
Total	98	36,6	170	63,4	268	100
Outra						
Sim	1	0,4	2	0,7	3	1,1
Não	97	36,2	168	62,7	265	98,9
Total	98	36,6	170	63,4	268	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Pela análise da Tabela 54, podemos verificar que as pontuações obtidas através da ECCOE mostram que o conhecimento na amostra oscila entre um mínimo de 0 e um máximo de 11 pontos, correspondendo-lhe uma pontuação média de 6,40, com um desvio padrão de 2,28 pontos. As estatísticas relativas ao conhecimento em função do sexo mostram que a moda é de 7 pontos para ambos os sexos, já a média de conhecimento é ligeiramente superior no sexo feminino (6,76), em relação ao masculino (5,72). Analisando o CV (desvio padrão/média amostral) verifica-se uma dispersão elevada em torno da média no sexo masculino e no total da amostra, uma vez que os valores são superiores a 30%, sendo que no sexo feminino se verificou uma dispersão média de 28,7% (Pestana & Gageiro, 2005). Em virtude desta grande dispersão, temos uma grande amplitude de resultados, que vão desde 0,02 (resultado mais baixo obtido) até 0,94 (resultado mais alto obtido). Destacam-se, o item 5 “A COE protege de doenças sexualmente transmissíveis ou infeções”, que obtém as melhores médias em ambos os sexos e no total da amostra, e o item 2a “A COE é eficaz quando tomada dentro de 120 horas após sexo desprotegido”, que obtém as médias mais baixas em ambos os sexos e também no total da amostra.

Quanto às medidas de assimetria ou enviesamento e de achatamento ou curtose, podemos concluir que, relativamente à assimetria a ECCOE, em ambos os sexos e total da amostra

são assimétricas negativas ou enviesadas à direita, apresentando coeficientes de assimetria (assimetria/erro padrão) inferiores a -2.

Quanto à curtose ou achatamento, a distribuição da ECCOE para o sexo feminino e no total da amostra, apresenta uma distribuição leptocúrtica (relativamente alta), comprovada pelos coeficientes de curtose superiores a 2, apenas no sexo masculino se verifica uma distribuição mesocúrtica (sem achatamento), situando-se o valor do coeficiente de curtose entre -2 e 2 (Hill & Hill, 2012).

Tabela 54. Estatísticas relativas à ECCOE segundo o sexo

	Masculino	Feminino	Total
N	402	762	1164
Média	5,72	6,76	6,40
Mediana	6	7	7
Moda	7	7	7
Desvio padrão	2,69	1,93	2,28
Assimetria	-,65	-,55	-,80
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	-,24	,39	,63
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	47,04	28,67	35,62
Máximo	11	11	11
Mínimo	0	0	0
Item com maior média	Item 5 (0,82)	Item 5 (0,94)	Item 5 (0,90)
Item com menor média	Item 2a (0,04)	Item 2a (0,02)	Item 2a (0,02)

Legenda: N - Frequência absoluta.

Relativamente à análise descritiva da EACOE (Tabela 55), fazemos essa análise tanto para a globalidade da escala (EACOE) como para as suas dimensões: Medo de uso indevido (MUI), Fácil Acesso (FA) e Preocupações de Saúde (PS). Em relação às pontuações obtidas, elas variam desde o mínimo e o máximo possível em cada dimensão e também na escala global. O sexo masculino apresenta sempre pontuações mais elevadas em todas as dimensões e escala global. Os itens com maior e menor média na escala global e dimensões são coincidentes em ambos os sexos e também no total da amostra. Na EACOE, o item com maior média (3,73) é o item 9 “A COE deve estar disponível para todas as mulheres”, que pertence à dimensão FA, e o item com menor média (2,01) é o item 11 “O uso da COE pode ser prejudicial ao corpo”, que pertence à dimensão PS.

Pelo CV verificamos que existe uma dispersão média em torno da média na EACOE e na

dimensão FA em ambos os sexos e no total da amostra ($15\% < CV \leq 30\%$). Esta dispersão é elevada na dimensão MUI e PS, em ambos os sexos e total da amostra, com exceção do sexo masculino na dimensão PS, em que a dispersão ainda é média (Pestana & Gageiro, 2005).

Examinando as medidas de assimetria ou enviesamento e de achatamento ou curtose, podemos concluir que, relativamente à assimetria e depois de calcular o coeficiente de assimetria, na dimensão FA, à exceção do sexo masculino (-,58), os valores inferiores a -2 apontam para uma assimetria negativa ou enviesamento à direita. Nas restantes dimensões (MUI e PS) e EACOE, à exceção do sexo masculino na dimensão PS (1,42), todos os outros valores superiores a 2 apontam para uma assimetria positiva ou enviesada à esquerda (Hill & Hill, 2012).

Quanto à curtose ou achatamento, os valores do coeficiente de curtose superiores a 2 no sexo masculino na EACOE (4,25) e nas dimensões PS (3,67) e MUI (3,08), sendo que nesta também se verifica no total da amostra (3,29), revelam uma distribuição leptocúrtica (relativamente alta), os valores nas restantes situações, por se situarem entre 2 e -2, indicam-nos que estamos na presença de uma distribuição mesocúrtica (Hill & Hill, 2012).

Tabela 55. Estatísticas relativas à EACOE/Dimensões segundo o sexo

	Masculino	Feminino	Total
Medo de uso indevido			
N	402	762	1164
Média	12,78	12,66	12,70
Mediana	13	12	12
Moda	10	10	10
Desvio padrão	4,00	4,12	4,08
Assimetria	,62	,67	,65
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	,74	,34	,46
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	31,31	32,56	32,12
Máximo	25	25	25
Mínimo	5	5	5
Item com maior média	Item 2 (2,95)	Item 2 (3,20)	Item 2 (3,11)
Item com menor média	Item 4 (2,29)	Item 4 (2,13)	Item 4 (2,19)

Legenda: N - Frequência absoluta.

Tabela 55. Estatísticas relativas à EACOE/Dimensões segundo o sexo (continuação)

Fácil acesso			
N	402	762	1164
Média	13,86	13,49	13,62
Mediana	14	14	14
Moda	12	16	16
Desvio padrão	3,44	3,56	3,52
Assimetria	-,07	-,32	-,24
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	-,29	,09	-,00
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	24,86	26,40	25,88
Máximo	20	20	20
Mínimo	4	4	4
Item com maior média	Item 9 (3,73)	Item 9 (3,73)	Item 9 (3,73)
Item com menor média	Item 7 (3,22)	Item 7 (3,14)	Item 7 (3,17)
Preocupações de saúde			
N	402	762	1164
Média	7,33	6,87	7,03
Mediana	7	7	7
Moda	9	6	7
Desvio padrão	2,07	2,40	2,30
Assimetria	,17	,40	,30
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	,88	-,07	,13
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	28,33	35,03	32,83
Máximo	15	15	15
Mínimo	3	3	3
Item com maior média	Item 12 (2,91)	Item 12 (2,57)	Item 12 (2,69)
Item com menor média	Item 11 (2,08)	Item 11 (2,01)	Item 11 (2,03)
EACOE			
N	402	762	1164
Média	33,99	33,03	33,36
Mediana	34	32	33
Moda	36	31	36
Desvio padrão	7,03	7,28	7,21
Assimetria	,29	,24	,25
Erro padrão de assimetria	,12	,09	,07
Curtose	1,02	-,04	,29
Erro padrão de curtose	,24	,18	,14
Coefficiente de variação (%)	20,69	22,06	21,61
Máximo	60	53	60
Mínimo	12	13	12
Item com maior média	Item 9 (3,73)	Item 9 (3,73)	Item 9 (3,73)
Item com menor média	Item 11 (2,08)	Item 11 (2,01)	Item 11 (2,03)

Legenda: N - Frequência absoluta; EACOE - Escala de avaliação da contraceção oral de emergência.

3.2.6. Vigilância e procura dos serviços de saúde

Quanto à frequência da consulta de PF, a maioria dos estudantes no global (71,6%) e de ambos os sexos não frequenta a consulta. A mesma resposta se verifica quanto à frequência da consulta de PF no passado, sendo que, neste caso, a percentagem no global dos estudantes sobe para os 88,7%. Também no recurso aos serviços de saúde da instituição no âmbito da SSR, a resposta mais obtida foi “Não, mas conheço”, isto tanto no global dos estudantes, com 60,1%, como por sexo (Tabela 56).

Tabela 56. Frequência da consulta de PF e recurso aos serviços de saúde da instituição no âmbito da SSR por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Frequenta a consulta de PF						
Sim	19	1,6	309	26,7	328	28,4
Não	376	32,5	452	39,1	828	71,6
Total	395	34,2	761	65,8	1156	100
Já frequentou a consulta de PF						
Sim	14	1,7	79	9,6	93	11,3
Não	361	43,8	371	45	732	88,7
Total	375	45,5	450	54,5	825	100
Recurso aos serviços de saúde da instituição no âmbito da SSR						
Sim	36	3,1	149	12,8	185	15,9
Não, mas conheço	253	21,8	444	38,3	697	60,1
Não, por desconhecimento	83	7,2	130	11,2	213	18,4
Não tem esse serviço	27	2,3	38	3,3	65	5,6
Total	399	34,4	761	65,6	1160	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem; PF - Planeamento familiar; SSR - Saúde sexual e reprodutiva.

Como podemos observar na Tabela 57, na generalidade, os estudantes foram aconselhados a frequentar a consulta de PF pelo médico/enfermeiro (52,9%), assim como nos estudantes do sexo feminino (50,2%). Já nos estudantes do sexo masculino, a resposta mais referida recai sobre os pais ou familiares (4,3%).

Tabela 57. Quem aconselhou a frequência da consulta de PF por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pais ou familiares						
Sim	18	4,3	142	34	160	38,3
Não	15	3,6	243	58,1	258	61,7
Total	33	7,9	385	92,1	418	100
Médico/enfermeiro						
Sim	11	2,6	209	50,2	220	52,9
Não	21	5	175	42,1	196	47,1
Total	32	7,7	384	92,3	416	100
Amigos ou colegas						
Sim	0	0,0	14	3,4	14	3,4
Não	32	7,7	370	88,9	402	96,6
Total	32	7,7	384	92,3	416	100
Por iniciativa própria						
Sim	8	1,9	123	29,6	131	31,5
Não	24	5,8	261	62,7	285	68,5
Total	32	7,7	384	92,3	416	100
Outra						
Sim	0	0,0	1	0,2	1	0,2
Não	32	7,7	382	92	414	99,8
Total	32	7,7	383	92,3	415	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

A razão mais referida para frequentar a consulta de PF, na globalidade dos estudantes (57,6%) e também pelos estudantes do sexo masculino (4,8%) foi para vigilância de saúde. Nos estudantes do sexo feminino, a razão mais referenciada foi para fazer contraceção, com 54,5% (Tabela 58).

Tabela 58. Razão para frequentar a consulta de PF por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Para fazer contraceção						
Sim	10	2,4	226	54,5	236	56,9
Não	22	5,3	157	37,8	179	43,1
Total	32	7,7	383	92,3	415	100
Por razões médicas						
Sim	8	1,9	78	18,8	86	20,7
Não	24	5,8	305	73,5	329	79,3
Total	32	7,7	383	92,3	415	100
Para vigilância de saúde						
Sim	20	4,8	219	52,8	239	57,6
Não	12	2,9	164	39,5	176	42,4
Total	32	7,7	383	92,3	415	100
Outra						
Sim	2	0,5	0	0,0	2	0,5
Não	30	7,2	383	92,3	413	99,5
Total	32	7,7	383	92,3	415	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

A razão mais evocada para não frequentar a consulta de PF, tanto na globalidade dos estudantes (85%) como por sexo, foi “Por não ter necessidade” (Tabela 59).

Tabela 59. Razão para não frequentar a consulta de PF por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Por desconhecimento						
Sim	39	5,3	14	1,9	53	7,2
Não	323	44,1	356	48,6	679	92,8
Total	362	49,5	370	50,5	732	100
Por não ter necessidade						
Sim	305	41,7	317	43,3	622	85
Não	57	7,8	53	7,2	110	15
Total	362	49,5	370	50,5	732	100
Por não me sentir à vontade						
Sim	5	0,7	30	4,1	35	4,8
Não	357	48,8	340	46,4	697	95,2
Total	362	49,5	370	50,5	732	100
Por ser rapaz						
Sim	32	4,4	0	0,0	32	4,4
Não	330	45,1	370	50,5	700	95,6
Total	362	49,5	370	50,5	732	100
Por ser saudável						
Sim	18	2,5	17	2,3	35	4,8
Não	344	47	353	48,2	697	95,2
Total	362	49,5	370	50,5	732	100
Outra						
Sim	3	0,4	8	1,1	11	1,5
Não	359	49	362	49,5	721	98,5
Total	362	49,5	370	50,5	732	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

O motivo mais referido para o recurso aos serviços de saúde da instituição no âmbito da SSR foi no global dos estudantes (72,7%), e também por sexo, para “Obter contraceção” (Tabela 60).

Tabela 60. Motivo para o recurso aos serviços de saúde da instituição no âmbito da SSR por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Obter contraceção						
Sim	22	12	111	60,7	133	72,7
Não	14	7,7	36	19,7	50	27,3
Total	36	19,7	147	80,3	183	100
Problemas de saúde						
Sim	3	1,6	29	15,8	32	17,5
Não	33	18	118	64,5	151	82,5
Total	36	19,7	147	80,3	183	100
Obter aconselhamento/esclarecimento						
Sim	15	8,2	45	24,6	60	32,8
Não	21	11,5	102	55,7	123	67,2
Total	36	19,7	147	80,3	183	100
Outro						
Sim	1	0,5	2	1,1	3	1,6
Não	35	19,1	145	79,2	180	98,4
Total	36	19,7	147	80,3	183	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Na adoção de alguns comportamentos protetores no âmbito da SSR por parte dos estudantes do sexo feminino, podemos observar na Tabela 61, que mais de $\frac{3}{4}$ das raparigas (78,1%) fez vacinação contra o Papiloma Vírus Humano (HPV). No que se refere ao número de raparigas que faz autoexame da mama, a percentagem fica pela metade (50%), e se falarmos naquelas que realizam citologia cervicovaginal, essa percentagem cai para os 31,4%.

Tabela 61. Distribuição quanto à execução do autoexame da mama, realização de citologia cervicovaginal e vacinação contra o HPV nos estudantes do sexo feminino

	N	Feminino	%
Faz autoexame da mama			
Sim	380		50
Não	366		48,2
Ignoro a necessidade	14		1,8
Total	760		100
Faz citologia cervicovaginal (Papanicolau)			
Sim	238		31,4
Não	519		68,4
Ignoro a necessidade	2		0,3
Total	759		100
Fez vacinação contra o HPV			
Sim	592		78,1
Não	163		21,5
Ignoro a necessidade	3		0,4
Total	758		100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem; HPV - Papiloma vírus humano.

Quanto à prática da contraceção oral, como constatamos na Tabela 62, a maior parte dos estudantes do sexo feminino (67,1%) faz uso da mesma. Destas, e no que respeita ao seu uso corrente, verificamos que estão em minoria aquelas que não se esquecem de tomar a pílula em nenhum ciclo (43,2%). Entre aquelas que referiram a ocorrência de esquecimento na toma da pílula, as duas atitudes tomadas mais referidas nessa ocasião foram, respetivamente, “Nada, continua a toma” (46,3%) e “Tomo duas” (27,9%). Já quanto à informação ao médico ou enfermeiro da ocorrência de esquecimentos, as duas respostas mais reportadas com percentagens muito semelhantes foram, respetivamente, “Nunca” (28,8%) e “Às vezes” (28,4%).

Tabela 62. Distribuição quanto à prática da contraceção oral e circunstâncias do seu uso nos estudantes do sexo feminino

	Feminino	
	N	%
Faz contraceção oral		
Sim	509	67,1
Não	250	32,9
Total	759	100
Com que frequência se esquece de tomar a pílula		
Em nenhum ciclo	220	43,2
1 a 3 ciclos/ano	250	49,1
4 a 6 ciclos/ano	24	4,7
7 a 12 ciclos/ano	7	1,4
Todos os ciclos	8	1,6
Total	509	100
O que faz nessa altura		
Toma duas	80	27,9
Usa outro método	66	23
Nada, continua a toma	133	46,3
Outro	8	2,8
Total	287	100
Costuma contar ao médico/enfermeiro que se esquece de tomar a pílula		
Nunca	82	28,8
Raramente	54	18,9
Às vezes	81	28,4
Sempre	68	23,9
Total	285	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Analisando agora apenas os estudantes do sexo masculino, podemos observar com recurso à análise da Tabela 63, que apenas uma minoria faz o autoexame dos testículos (23,7%), não chegando a representar $\frac{1}{4}$ dos rapazes da amostra.

Tabela 63. Distribuição quanto à prática do autoexame dos testículos nos estudantes do sexo masculino

	Masculino	
	N	%
Faz autoexame dos testículos		
Sim	93	23,7
Não	264	67,3
Ignoro a necessidade	35	8,9
Total	392	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

A quase totalidade dos estudantes (96,8%) refere que nunca teve nenhuma DST, a mesma resposta se verifica na análise por sexo. Daqueles que disseram que contraíram uma DST, a maioria fez tratamento (7 em 8), e referiu que o parceiro fez igualmente tratamento (5 em 6).

No conjunto dos estudantes, a maior parte (81,3%) não fez o teste do VIH, o mesmo se verificando na análise por sexo (Tabela 64).

Tabela 64. Teste ao VIH, ocorrência de DST e recurso ao tratamento por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Já teve alguma DST						
Sim	1	0,1	8	0,7	9	0,8
Não	374	32,7	733	64,1	1107	96,8
Não sei	21	1,8	7	0,6	28	2,4
Total	396	34,6	748	65,4	1144	100
Se sim, fez tratamento						
Sim	1	12,5	6	75	7	87,5
Não	0	0,0	1	12,5	1	12,5
Total	1	12,5	7	87,5	8	100
E o seu parceiro						
Sim	1	16,7	4	66,7	5	83,3
Não	0	0,0	1	16,7	1	16,7
Total	1	16,7	5	83,3	6	100
Já fez o teste do VIH						
Sim	88	7,6	108	9,4	196	17
Não	294	25,5	642	55,8	936	81,3
Ignoro a necessidade	14	1,2	5	0,4	19	1,7
Total	396	34,4	755	65,6	1151	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem; DST - Doença sexualmente transmissível; VIH - Vírus da imunodeficiência humana.

Na opinião dos métodos contraceptivos que podem prevenir as DST's, a maioria dos estudantes elege o preservativo para esse efeito, com 83,4% das opiniões. Na análise por sexo, é também este o método mais referido para esse fim (Tabela 65).

Tabela 65. Opinião acerca dos métodos contraceptivos que pode prevenir as DST's por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abstinência	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Pílula, DIU, anela vaginal, coito interrompido	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Pílulas	1	0,1	1	0,1	2	0,2
Preservativo	318	27,3	653	56,1	971	83,4
Preservativo e abstinência	13	1,1	10	0,9	23	2
Preservativo e anel vaginal	4	0,3	16	1,4	20	1,7
Preservativo e diafragma	3	0,3	1	0,1	4	0,3
Preservativo e DIU	1	0,1	4	0,3	5	0,4
Preservativo e pílula	15	1,3	12	1	27	2,3
Preservativo, pílula e abstinência	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Preservativo, pílula e anel vaginal	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Preservativo, pílula e DIU	0	0,0	3	0,3	3	0,3
Todos	2	0,2	6	0,3	8	0,7
Todos exceto os contraceptivos orais	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Não sabe/não responde	41	3,5	55	4,7	96	8,2
Total	402	34,5	762	65,5	1164	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem; DIU - Dispositivo intrauterino.

Quanto à ocorrência de gravidez, a resposta mais observada no conjunto dos estudantes foi negativa (97,5%), o que também se verificou em ambos os sexos (Tabela 66). Quando se verificou gravidez, a maior parte referiu que esta não evoluiu normalmente (16 em 27), sendo que, neste caso, a razão mais reportada foi a IVG (11 em 16).

Tabela 66. Ocorrência de gravidez e evolução da mesma por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Já alguma vez esteve/ou está grávida, ou engravidou a sua parceira						
Sim	12	1,1	16	1,4	28	2,5
Não	376	33,2	730	64,4	1106	97,5
Total	388	34,2	746	65,8	1134	100
Se sim, a gravidez está a evoluir ou evoluiu normalmente						
Sim	3	11,1	8	29,6	11	40,7
Não	9	33,3	7	25,9	16	59,3
Total	12	44,4	15	55,6	27	100
Se não, porquê						
Aborto espontâneo	2	12,5	3	18,8	5	31,2
Interrupção voluntária da gravidez	7	43,8	4	25	11	68,8
Total	9	56,2	7	43,8	16	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

3.2.7. Início da vida e gravidez

Quando questionados sobre o começo da gravidez, a maioria dos estudantes (54,9%), e em ambos os sexos, considerou que a gravidez começa na concepção.

Em relação ao momento em que começa a vida do novo ser humano, o mais referido pelos estudantes, com 37,3%, foi “Na concepção”. Este momento também foi o mais referido pelo sexo feminino; já no sexo masculino, verifica-se uma igualdade entre a concepção e a “Nidação/implantação”.

Também em relação ao momento em que começa a ter valor a vida do novo ser humano, o mais referido pelos estudantes (36,1%), e em ambos os sexos, foi a concepção (Tabela 67).

Tabela 67. Opinião acerca de quando começa a gravidez, a vida do ser humano e o seu valor por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Quando começa a vida do novo ser humano						
Na concepção	125	10,8	308	26,6	433	37,3
Na nidação/implantação	125	10,8	293	25,3	418	36
Quando o feto tiver 3 meses	97	8,4	133	11,5	230	19,8
Quando o feto mexer	38	3,3	11	0,9	49	4,2
Outra	15	1,3	15	1,3	30	2,6
Total	400	34,5	760	65,5	1160	100
Quando começa a ter valor a vida do novo ser humano						
Na concepção	132	11,4	286	24,7	418	36,1
Na nidação/implantação	93	8	221	19,1	314	27,1
Quando o coração bater	83	7,2	169	14,6	252	21,8
Quando o feto tiver 3 meses	42	3,6	55	4,7	97	8,4
Quando o feto mexer	23	2	10	0,9	33	2,8
Quando o feto nascer	22	1,9	14	1,2	36	3,1
Outra	4	0,3	4	0,3	8	0,7
Total	399	34,5	759	65,5	1158	100
Quando começa a gravidez						
Na concepção	211	18,2	427	36,7	638	54,9
Na nidação/implantação	185	15,9	330	28,4	515	44,3
Outra	4	0,3	5	0,4	9	0,8
Total	400	34,4	762	65,6	1162	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

As duas fontes de informação mais referidas pelos estudantes quanto ao começo da gravidez, da vida do ser humano e do seu valor, foram, respetivamente, os “Professores” (68,6%) e os “Profissionais de saúde” (50,3%). A mesma ordem se verificou na análise por sexo (Tabela 68).

Tabela 68. Fontes de informação acerca do começo da gravidez, da vida do ser humano e o seu valor por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Profissionais de saúde						
Sim	181	15,7	399	34,6	580	50,3
Não	216	18,8	356	30,9	572	49,7
Total	397	34,5	755	65,5	1152	100
Professores						
Sim	250	21,7	540	46,9	790	68,6
Não	147	12,8	215	18,7	362	31,4
Total	397	34,5	755	65,5	1152	100
Amigos e colegas						
Sim	138	12	211	18,3	349	30,3
Não	259	22,5	544	47,2	803	69,7
Total	397	34,5	755	65,5	1152	100
Pais						
Sim	111	9,6	234	20,3	345	29,9
Não	286	24,8	521	45,2	807	70,1
Total	397	34,5	755	65,5	1152	100
Revistas ou livros						
Sim	91	7,9	217	18,8	308	26,7
Não	306	26,6	538	46,7	844	73,3
Total	397	34,5	755	65,5	1152	100
Televisão/rádio						
Sim	101	8,8	168	14,6	269	23,4
Não	296	25,7	587	51	883	76,6
Total	397	34,5	755	65,5	1152	100
Internet						
Sim	174	15,1	257	22,3	431	37,4
Não	223	19,4	498	43,2	721	62,6
Total	397	34,5	755	65,5	1152	100
Outra						
Sim	15	1,3	19	1,6	34	3
Não	382	33,2	736	63,9	1118	97
Total	397	34,5	755	65,5	1152	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

Podemos constatar, pela análise da Tabela 69, que pouco mais de metade dos estudantes (57,5%) apontou o meio do ciclo menstrual como a altura em que é mais fácil uma rapariga ficar grávida, sendo esta também a mais referida por ambos os sexos.

O conjunto dos estudantes reconheceu maioritariamente (86,7%), que uma rapariga pode engravidar a usar métodos contraceptivos, o que também se verificou na análise por sexo.

Tabela 69. Opinião acerca de quando é mais fácil uma rapariga ficar grávida e se pode engravidar a usar métodos contraceptivos por sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Quando é mais fácil uma rapariga ficar grávida						
Durante a menstruação	28	2,4	18	1,6	46	4
Logo após a menstruação	83	7,1	140	12,1	223	19,2
A meio do ciclo menstrual	187	16,1	481	41,4	668	57,5
No final do ciclo menstrual	41	3,5	70	6	111	9,6
Não sei	60	5,2	53	4,6	113	9,7
Total	399	34,4	762	65,6	1161	100
Uma rapariga pode engravidar a usar métodos contraceptivos						
Sim	336	28,9	672	57,8	1008	86,7
Não	49	4,2	73	6,3	122	10,5
Não sei	16	1,4	16	1,4	32	2,8
Total	401	34,5	761	65,5	1162	100

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem.

3.2.8. Análise inferencial

Antes de iniciarmos o teste de hipóteses, procedemos à análise da normalidade das distribuições das variáveis independentes, é importante referir que a normalidade de uma distribuição é tanto influenciada pela assimetria como pela curtose (Hill & Hill, 2012).

Assim, embora na análise anterior da assimetria e da curtose facilmente nos apercebemos da não-normalidade de várias distribuições, recorremos ao teste estatístico usualmente utilizado para avaliar a normalidade de uma distribuição, o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, por estarmos na presença de uma amostra de 1.164 casos. Como podemos verificar pela Tabela 70, obtivemos valores de $p=0,000$ em todas as variáveis, estatísticas significativas que levam à rejeição da hipótese de normalidade das distribuições, pelo que recorremos à utilização de testes não-paramétricos no teste de hipóteses.

Tabela 70. Estatísticas do teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*

Escala	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>		
	Estatísticas	Graus de liberdade	Significância (p)
ECCOE	,143	1164	,000
EACOE	,045	1164	,000
EACOE - uso	,105	1164	,000
EACOE - acesso	,082	1164	,000
EACOE - saúde	,092	1164	,000
EAS (total)	,039	1164	,000
EAS - PER	,048	1164	,000
EAS - INS	,075	1164	,000
EAS - COM	,064	1164	,000
EAS - RES	,150	1164	,000
EAS - IMP	,061	1164	,000
EAEG - total	,061	1164	,000
EAEG - IP	,082	1164	,000
EAEG - EPA	,131	1164	,000
EAEG - ES	,081	1164	,000
ICOF - CRI	,098	1164	,000
ICOF - CHE	,135	1164	,000
ICOF - CHI	,100	1164	,000
ICOF - COS	,092	1164	,000
F1 - Hedonismo e saúde	,068	1164	,000
F4 - Interdependência relacional	,142	1164	,000
F2 - Por medo	,160	1164	,000
F3 - Conservadorismo/desinteresse	,097	1164	,000
Aulas de educação sexual	,537	1162	,000
Comportamentos de risco	,419	906	,000
Início da vida do novo ser humano	,419	1160	,000

Legenda: ECCOE - Escala de conhecimento acerca da contraceção oral de emergência; EAS-PER - Escala de atitudes sexuais-Permissividade; EAS-INS - Escala de atitudes sexuais-Instrumentalidade; EAS-COM - Escala de atitudes sexuais-Comunhão; EAS-RES - Escala de atitudes sexuais-Responsabilidade sexual; EAS-IMP - Escala de atitudes sexuais-Sexo impessoal/Impessoalidade sexual; EAEG - Escala de autoeficácia geral; EAEG-IP - Escala de autoeficácia geral-Inicição e persistência; EAEG-EPA - Escala de autoeficácia geral-Eficácia perante a adversidade; EAEG-ES - Escala de autoeficácia geral-Eficácia social; ICOF-CRI - Inventário da cultura organizacional da família-Cultura das relações interpessoais; ICOF-CHE - Inventário da cultura organizacional da família-Cultura da heurística; ICOF-CHI-Inventário da cultura organizacional da família-Cultura da hierarquia; ICOF-COS - Inventário da cultura organizacional da família-Cultura dos objetivos sociais.

De seguida, são explicitados os resultados relativos às hipóteses formuladas, de forma a examinar a possível existência de diferenças significativas ou associações entre as variáveis.

Hipótese 1- Há relação entre os conhecimentos acerca da COE e o seu uso pelos jovens.

Para averiguarmos sobre a existência de diferenças no conhecimento acerca da COE em função da sua utilização pelos jovens, procedemos à aplicação do teste *Mann-Whitney* para grupos independentes. De acordo com os resultados da Tabela 71, verificamos que os

utilizadores da COE têm uma média de conhecimento acerca da mesma superior à dos não utilizadores, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$). Pelo que aceitamos a hipótese que afirma a relação entre o conhecimento acerca da COE e o seu uso pelos jovens.

Tabela 71. Relação entre ECCOE e a utilização da COE

	Utilização da COE	Nº	Média	Dp	Z	p
ECCOE	Sim	272	7,17	2,18	-7,629	,000
	Não	892	6,16	2,25		
	Total	1164	6,40	2,28		

Legenda: Dp - Desvio padrão; Z - Teste *Mann-Whitney*; p - Probabilidade; COE - Contraceção oral de emergência; ECCOE - Escala de conhecimento acerca da contraceção oral de emergência.

Hipótese 2 - Há relação entre as atitudes face à COE e o seu uso pelos jovens.

Procurando analisar em que medida a atitude acerca da COE pode provocar diferenças no seu uso, procedemos ao estudo da relação da EACOE e suas dimensões com uso da COE pelos jovens. Pela análise dos resultados do teste *Mann-Whitney* para grupos independentes (Tabela 72), salienta-se que os utilizadores da COE apresentam médias superiores na atitude face à COE em todas as dimensões e escala global, sendo sempre as diferenças estatisticamente significativas, com exceção para a dimensão “Preocupações de saúde” ($p=0,371$). Podemos dizer que existe uma relação entre a atitude face à COE e o seu uso, sendo que os dados parecem apontar que uma atitude mais favorável promove o seu uso.

Tabela 72. Relação da EACOE e suas dimensões com a utilização da COE

	Utilização da COE	Nº	Média	Dp	Z	p
MUI	Sim	272	13,64	4,46	-3,961	,000
	Não	892	12,42	3,91		
	Total	1164	12,70	4,08		
FA	Sim	272	14,80	3,34	-6,545	,000
	Não	892	13,26	3,50		
	Total	1164	13,62	3,52		
PS	Sim	272	7,18	2,43	-,894	,371
	Não	892	6,98	2,26		
	Total	1164	7,03	2,30		
EACOE	Sim	272	35,63	7,54	-5,589	,000
	Não	892	32,67	6,96		
	Total	1164	33,36	7,21		

Legenda: Dp - Desvio padrão; Z - Teste *Mann-Whitney*; p - Probabilidade; COE - Contraceção oral de emergência; ECCOE - Escala de conhecimento acerca da contraceção oral de emergência; MUI - Medo de uso indevido; FA - Fácil acesso; PS - Preocupações de saúde; EACOE - Escala de avaliação da contraceção oral de emergência.

Hipótese 3 - Há relação entre as atitudes sexuais e o uso da COE pelos jovens.

Para sabermos a eventual influência da EAS e suas dimensões no uso da COE pelos jovens, elaborámos a hipótese 3 que verificámos através do teste *Mann-Whitney*. Podemos observar pela Tabela 73, que a média das atitudes sexuais é sempre superior entre os utilizadores da COE, quando comparada com os não utilizadores, nas cinco dimensões e escala global. Estas diferenças atingem o significado estatístico nas dimensões PER, COM e IMP, contribuindo decisivamente para a diferença estatística significativa verificada na globalidade da EAS. Pelo que aceitamos a hipótese 3, indicando que as médias superiores na EAS, que traduzem atitudes positivas e utilitárias sobre a sexualidade, parecem relacionar-se com o uso da COE.

Tabela 73. Relação entre a EAS/dimensões e a utilização da COE

	Utilização da COE	Nº	Média	Dp	Z	p
PER	Sim	272	30,79	10,15		
	Não	892	29,00	9,16	-2,355	,019
	Total	1164	29,42	9,43		
INS	Sim	272	15,68	4,96		
	Não	892	15,15	4,66	-1,602	,109
	Total	1164	15,28	4,73		
COM	Sim	272	37,78	4,93		
	Não	892	35,64	4,68	-6,923	,000
	Total	1164	36,14	4,82		
RES	Sim	272	17,70	2,25		
	Não	892	17,45	2,22	-1,838	,066
	Total	1164	17,51	2,23		
IMP	Sim	272	15,20	4,09		
	Não	892	14,24	3,97	-3,472	,001
	Total	1164	14,46	4,01		
EAS-global	Sim	272	117,17	17,62		
	Não	892	111,49	16,24	-4,849	,000
	Total	1164	112,82	16,74		

Legenda: Dp - Desvio padrão; Z - Teste *Mann-Whitney*; p - Probabilidade; COE - Contraceção oral de emergência; PER - Permissividade; INS - Instrumentalidade; COM - Comunhão; RES - Responsabilidade sexual; IMP - Sexo impessoal/Impessoalidade sexual; EAS - Escala de atitudes sexuais.

Hipótese 4 - Há relação entre a autoeficácia geral e o uso da COE pelos jovens.

No sentido de conhecer de que forma a autoeficácia geral dos jovens se pode relacionar com o uso da COE pelos mesmos, pusemos à prova a hipótese 4 através do teste de *Mann-Whitney*. Os resultados da Tabela 74 mostram-nos uma média superior na autoeficácia

entre os utilizadores da COE, nas várias dimensões e EAEG, com exceção da dimensão EPA, em que os não utilizadores têm maior média. No entanto, estas diferenças não chegam a atingir significado estatístico, pelo que a hipótese por nós formulada (H_1) não é aceite, prevalecendo a hipótese estatística (H_0).

Tabela 74. Relação entre EAEG/dimensões e a utilização da COE

	Utilização da COE	Nº	Média	Dp	Z	p
IP	Sim	272	31,66	6,31	-1,310	,190
	Não	892	31,24	6,03		
	Total	1164	31,34	6,10		
EPA	Sim	272	28,23	5,18	,365	,715
	Não	892	28,60	4,56		
	Total	1164	28,51	4,71		
ES	Sim	272	20,12	3,66	-,950	,342
	Não	892	19,78	3,82		
	Total	1164	19,86	3,78		
EAEG - Total	Sim	272	80,02	12,46	-,767	,443
	Não	892	79,63	11,90		
	Total	1164	79,72	12,03		

Legenda: Dp - Desvio padrão; Z - Teste *Mann-Whitney*; p - Probabilidade; COE - Contraceção oral de emergência; IP - Iniciação e persistência; EPA - Eficácia perante a adversidade; ES - Eficácia social; EAEG - Escala de autoeficácia geral.

Hipótese 5 - Há relação entre a cultura organizacional da família e o uso da COE pelos jovens.

Para averiguarmos a associação entre a tipologia da cultura organizacional da família e o uso da COE pelos jovens que participaram no estudo, procedemos à aplicação do teste de *Mann-Whitney* para grupos independentes. Constatamos, pelos resultados apresentados na Tabela 75, que em todas as escalas do ICOF os não utilizadores da COE são os que apresentam as médias mais elevadas. Apesar da funcionalidade familiar neste grupo ser superior as diferenças não são estatisticamente significativas, apenas a escala CHI, que abrange as relações de poder e controlo, as regras, os papéis e limites, se aproximou do significado estatístico sem, contudo, o atingir. Assim, tendo em conta a totalidade dos resultados, comprovamos a inexistência de diferenças significativas, o que nos leva a concluir que a hipótese por nós formulada (H_1) não é aceite, prevalecendo a hipótese estatística (H_0).

Tabela 75. Relação entre o ICOF e a utilização da COE

	Utilização da COE	Nº	Média	Dp	Z	p
CRI	Sim	272	42,75	8,02	,872	,383
	Não	892	43,44	7,07		
	Total	1164	43,28	7,31		
CHE	Sim	272	25,16	3,93	,621	,535
	Não	892	25,44	3,56		
	Total	1164	25,37	3,65		
CHI	Sim	272	22,46	3,91	1,709	,088
	Não	892	23,08	3,42		
	Total	1164	22,93	3,55		
COS	Sim	272	28,06	4,25	1,011	,312
	Não	892	28,42	4,07		
	Total	1164	28,34	4,12		

Legenda: Dp - Desvio padrão; Z - Teste *Mann-Whitney*; p - Probabilidade; COE - Contraceção oral de emergência; CRI - Cultura das relações interpessoais; CHE - Cultura da heurística; CHI - Cultura da hierarquia; COS - Cultura dos objetivos sociais.

Hipótese 6 - Há relação entre a motivação para fazer e para não fazer sexo e o uso da COE pelos jovens.

Para verificar como a variável motivação para fazer e para não fazer sexo pode interferir na utilização da COE, procedemos à aplicação do teste de *Mann-Whitney*. Analisando os resultados expressos na Tabela 76, podemos concluir que o grupo utilizador da COE é o que apresenta as médias mais elevadas nos dois motivos apontados para fazer sexo (fator 1 – hedonismo e saúde; fator 4 – interdependência relacional), sendo as diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo dos não utilizadores da COE. Nos dois motivos para não fazer sexo (fator 2 – por medo; fator 3 – conservadorismo/desinteresse), é o grupo não utilizador da COE que apresenta as maiores médias, sendo que as diferenças só são estatisticamente significativas no fator 3. A maior valorização dos motivos para fazer sexo parece indiciar mais utilização da COE pelos jovens, enquanto a valorização dos motivos para não fazer sexo se associa à sua não utilização. Assim, pelas diferenças estatisticamente significativas no fator 1, fator 4 e fator 3, somo levados a aceitar parcialmente a hipótese por nós formulada e rejeitá-la para o fator 2 ($p=0,073$).

Tabela 76. Relação entre Escala de Motivação para Fazer e para Não Fazer Sexo e a utilização da COE

	Utilização da COE	Nº	Média	Dp	Z	p
Fator 1	Sim	272	22,05	6,05	-2,574	,010
	Não	892	20,87	6,12		
	Total	1164	21,15	6,12		
Fator 4	Sim	272	5,45	2,39	-3,232	,001
	Não	892	4,91	2,23		
	Total	1164	5,03	2,28		
Fator 2	Sim	272	6,66	3,75	1,791	,073
	Não	892	6,92	3,42		
	Total	1164	6,86	3,50		
Fator 3	Sim	272	9,99	4,46	4,059	,000
	Não	892	11,23	4,58		
	Total	1164	10,94	4,58		

Legenda: Dp - Desvio padrão; Z - Teste *Mann-Whitney*; p - Probabilidade; COE - Contraceção oral de emergência.

Hipótese 7 - Há relação entre a adoção de comportamentos de risco e o uso da COE pelos jovens.

Procurando analisar de que modo os comportamentos de risco existentes nas relações sexuais entre os jovens, podem influenciar o uso da COE pelos mesmos, testámos esta associação através do teste do *Qui-Quadrado*. Na Tabela 77 podemos verificar que, no grupo de utilizadores da COE, a maioria apresentou comportamentos de risco, adicionalmente no grupo de não utilizadores a maioria não apresentou comportamentos de risco. As diferenças são estatisticamente significativas ($\chi^2=61,273$ e $p=0,000$), pelo que podemos concluir que a adoção de comportamentos de risco pelos jovens se associa a uma maior utilização da COE pelos mesmos, o que nos leva a aceitar a hipótese por nós formulada.

Tabela 77. Relação entre a adoção de comportamentos de risco e a utilização da COE

	Utilização da COE				Total		Qui-quadrado	p
	Sim		Não		N	%		
	N	%	N	%	N	%		
Comportamentos de risco								
Sim	146	16,1	169	18,7	315	34,8	61,273	,000
Não	126	13,9	465	51,3	591	65,2		
Total	272	30,0	634	70,0	906	100		

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem; p - Probabilidade; COE - Contraceção oral de emergência.

Hipótese 8 - Há relação entre a idade e o uso da COE pelos jovens.

Numa altura em que a precocidade da vivência sexual está cada vez mais presente, quisemos saber de que modo a idade dos jovens pode ter uma eventual relação com o uso da COE pelos mesmos, para o efeito aplicámos o teste de *Mann-Whitney*. A análise da Tabela 78 permite verificar que médias mais elevadas de idade se relacionam com o grupo de usuários da COE, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Pelo que aceitamos a hipótese formulada, indicando os dados que os jovens mais velhos parecem fazer mais uso da COE.

Tabela 78. Relação entre a idade e a utilização da COE

	Utilização da COE	Nº	Média	Dp	Z	p
Idade	Sim	272	21,39	3,12	-5,615	,000
	Não	891	20,44	2,79		
	Total	1163	20,66	2,90		

Legenda: Dp - Desvio padrão; Z - Teste *Mann-Whitney*; p - Probabilidade; COE - Contraceção oral de emergência.

Hipótese 9 - Há relação entre a educação sexual e o uso da COE pelos jovens.

No âmbito da vivência da sexualidade é amplamente reconhecido o valor da educação sexual, pelo que quisemos aferir da validade desta premissa na sua relação com o uso da COE pelos jovens, utilizámos o teste *Qui-Quadrado* para o efeito. Pelos dados da Tabela 79, podemos verificar entre os jovens que tiveram aulas de educação sexual que a larga maioria não utilizou a COE, sendo esta diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo que não teve educação sexual. Pelo que aceitamos a hipótese formulada, indicando os dados que a educação sexual parece reduzir o uso da COE pelos jovens.

Tabela 79. Relação entre a educação sexual e a utilização da COE

	Utilização da COE				Total		Qui-quadrado	p
	Sim		Não		N	%		
Aulas de educação sexual	N	%	N	%	N	%		
Sim	248	21,3	842	72,5	1090	93,8	4,218	,040
Não	24	2,1	48	4,1	72	6,2		
Total	272	23,4	890	76,6	1162	100		

Legenda: N - Frequência absoluta; % - Percentagem; p - Probabilidade; COE - Contraceção oral de emergência.

Hipótese 10 - Há relação entre o conhecimento acerca da COE e a atitude face à COE pelos jovens.

Porque o conhecimento e a atitude relativamente à COE são de grande importância no seu uso, procedemos à análise de correlação entre estas variáveis. Podemos observar na Tabela 80 que os valores obtidos para o coeficiente de correlação de *Spearman*, indicam no global das duas variáveis uma correlação negativa, embora sem significado estatístico ($r = -0,031$; $p = 0,296$), isto indica que quanto maior é o conhecimento acerca da COE menos favorável é a atitude em relação à mesma. Analisando mais em pormenor, vemos que esta correlação negativa tem significado estatístico na dimensão “Preocupações de saúde” da EACOE ($r = -0,154$; $p = 0,000$); o conhecimento correlaciona-se ainda e de uma forma positiva com a dimensão “Fácil acesso” da EACOE, embora os valores encontrados traduzam uma fraca relação. Neste sentido, não podemos afirmar uma relação entre estas duas variáveis, verificada a inexistência de confirmação estatística.

Tabela 80. Correlação de *Spearman* da ECCOE e a EACOE/Dimensões

	1		2		3		4		5	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
1_ECCOE	1	-	-,030	,304	,067*	,022	-,154**	,000	-,031	,296
2_EACOE-uso			1	-	,316**	,000	,311**	,000	,801**	,000
3_EACOE-acesso					1	-	,136**	,000	,708**	,000
4_EACOE-saúde							1	-	,554**	,000
5_EACOE-total									1	-

Legenda: r- correlação linear de *Spearman*; p - Probabilidade; ECCOE - Escala de conhecimento acerca da contração oral de emergência; EACOE - Escala de avaliação da contração oral de emergência.

Hipótese 11 - Há relação entre a conceção de início da vida do novo ser humano e a atitude face à COE pelos jovens.

Procurando analisar de que forma a conceção de início da vida do novo ser humano pode ter influência na atitude face à COE, testámos a relação destas duas variáveis através do teste de *Mann-Whitney*. Os resultados expressos na Tabela 81, mostram-nos que os valores médios da atitude face à COE são sempre superiores em todas as dimensões e no valor global da EACOE entre aqueles que referem o início da vida do novo ser humano na

nidação ou num momento posterior a esta. Sendo estas diferenças na atitude estatisticamente significativas, com exceção da dimensão relativa às “Preocupações de saúde”, em relação ao grupo que aponta o início da vida na concepção. Aceitamos, assim, a hipótese formulada, apontando os dados para uma atitude mais favorável em relação à COE nos jovens que referem o início da vida do novo ser humano na nidação ou num momento posterior a esta.

Tabela 81. Relação da concepção de início da vida do novo ser humano com a EACOE e suas dimensões

	Início da vida do ser humano	Nº	Média	Dp	Z	p
MUI	Concepção	433	12,29	4,02	2,697	,007
	Nidação/posterior	727	12,94	4,07		
	Total	1164	12,70	4,06		
FA	Concepção	433	13,01	3,61	4,399	,000
	Nidação/posterior	727	13,98	3,42		
	Total	1164	13,62	3,52		
PS	Concepção	433	6,98	2,24	,873	,383
	Nidação/posterior	727	7,06	2,35		
	Total	1164	7,03	2,31		
EACOE	Concepção	433	32,29	7,38	4,015	,000
	Nidação/posterior	727	33,98	7,01		
	Total	1164	33,35	7,19		

Legenda: Dp - Desvio padrão; Z - Teste *Mann-Whitney*; p - Probabilidade; MUI - Medo de uso indevido; FA - Fácil acesso; PS - Preocupações de saúde; EACOE - Escala de avaliação da contraceção oral de emergência.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tal como procedemos na apresentação dos resultados, na discussão vamos manter a mesma metodologia, desenvolvendo-a em sete pontos e agregando os dados relacionados com os diferentes aspetos em apreço, permitindo assim uma visão mais abrangente e completa.

4.1. Caracterização sociodemográfica e académica dos estudantes

Na nossa amostra, constituída por 1.164 estudantes universitários, verificámos que 762 pertencem ao sexo feminino (65,5%), a idade média é de 20 anos (20,66±2,90), situando-se também nos 20 anos a moda e a mediana. A maioria dos jovens é proveniente da cidade (42,7%), a esmagadora maioria encontra-se solteira (97,2%) e professa a religião católica

(83,5%), embora cerca de metade se afirme não praticante (50,4%) e refira a religião como importante para si (44,7%). Quanto à área de estudo, a maior percentagem diz respeito à área das ciências humanas e sociais (27,4%).

Os jovens em tempo de férias coabitam maioritariamente com os pais (mãe 92,2% e pai 83,5%), enquanto em tempo de aulas coabitam maioritariamente com colegas do mesmo sexo (61,8%). Em relação às habilitações literárias dos pais dos estudantes, as mães aparecem com um nível literário superior, sendo o mais referido para estas, o ensino secundário (26,6%); já para o pai, o mais referido foi o ensino básico - 1º ciclo (25,2%).

Analisando o funcionamento familiar através do ICOF, verificamos que é o sexo feminino que apresenta as melhores médias em todas as escalas do ICOF. Depois da transformação algorítmica das escalas para todas variarem de 0 a 100, percebemos que a escala CHE é a que tem melhor pontuação, enquanto no extremo oposto se encontra a escala CHI.

O estudo de Castel-Branco (2010), realizado com 331 jovens universitários, só do curso de licenciatura em enfermagem e com utilização do ICOF para avaliação da funcionalidade familiar, apresenta resultados praticamente sobreponíveis aos nossos nas diferentes escalas (médias das escalas: CRI-76,02; CHE-80,90; CHI-72,61; COS-74,52). Observando que a CHE é predominante, refere que a principal característica percecionada pelos estudantes se prende com a capacidade que a sua família apresenta para se relacionar e se adaptar aos sistemas exteriores. Tendo em conta um ligeiro predomínio da CHE e da CRI, salienta-se o facto de que os sujeitos em estudo percecionam a sua família como uma família com capacidade de adaptação ao contexto onde está inserida e privilegiando-se, no seu interior, as relações entre os seus membros. No entanto, convém salientar que genericamente no nosso estudo e tendo em conta os valores de referência das tipologias familiares, pelas pontuações obtidas trata-se globalmente de famílias com uma cultura organizacional precária (CHE, CHI e COS), ou mesmo fraca, se atendermos à pontuação obtida na escala CRI, pois segundo o autor, este quadrante das relações interpessoais é teoricamente o mais importante e, empiricamente, revelou-se o ponto central da funcionalidade.

De facto, Prioste et al. (2019), embora utilizem no seu estudo para a avaliação do funcionamento familiar o Inventário do Clima Organizacional, que contém quatro

dimensões (conflito, hierarquia, apoio e coesão), realizaram uma análise de *clusters* para identificar as tipologias familiares de funcionamento das famílias dos adolescentes e dos adultos emergentes, a partir apenas das dimensões coesão e conflito. Estas duas dimensões (coesão e conflito), no ICOF integram-se ambas precisamente na CRI, daí a centralidade e relevância atribuída por Nave (2006) a esta escala em particular, dentro do ICOF.

O funcionamento familiar contribui diferentemente para o ajustamento psicológico, de acordo com as etapas de desenvolvimento e com as tarefas que lhes estão subjacentes. A contiguidade de etapas como a adolescência e a adulez emergente, permite perceber a transversalidade de algumas tarefas desenvolvimentais que lhes são comuns, nomeadamente o processo de desenvolvimento da identidade e o processo de autonomia, com a separação crescente em relação à família de origem. Para Prioste et al. (2019), o papel da família no ajustamento individual na adulez emergente tem sido subvalorizado, centrando-se a maioria dos trabalhos na importância do funcionamento familiar na infância e na adolescência. No entanto, esta questão torna-se particularmente relevante, atendendo ao progressivo prolongamento da coabitação dos filhos em casa dos pais e a outros stressores específicos associados à adulez emergente e às famílias com filhos nesta etapa. No seu estudo, procurando analisar, entre outras, a associação entre as diferentes tipologias familiares (Coeso, Conflituoso, Equilibrado, Desligado e Emaranhado) e a etapa desenvolvimental (adolescência e adulez emergente), verificaram-se associações estatisticamente significativas, nomeadamente os adultos emergentes percecionavam o funcionamento das suas famílias como mais coeso ou emaranhado, em comparação com os adolescentes. De realçar que famílias coesas apresentam tendencialmente valores elevados de coesão e baixos de conflito e as famílias emaranhadas apresentam tendencialmente elevados valores de coesão e conflito.

Referem Prioste et al. (2019) que estes resultados podem ser explicados atendendo às tarefas desenvolvimentais desta etapa. Nesta fase, é expectável que o processo de autonomia em relação à família de origem se concretize com a saída de casa dos pais. Quando a coabitação é prolongada, os vínculos afetivos com a família podem aumentar ou fortalecer-se, tendo em conta o suporte e a proteção que a família proporciona aos filhos.

Contudo, o reforço da coesão poderá ser percebido como intrusividade e aumentar os níveis de conflito, o que justifica a percentagem de famílias com o padrão emaranhado. Neste tipo de famílias, o vínculo afetivo pode funcionar como um obstáculo para a própria individualização dos adultos emergentes, anulando o desenvolvimento da identidade e promovendo a disfuncionalidade familiar.

Embora não se tenham verificado, no nosso estudo, diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de utilizadores e não utilizadores da COE relativamente à funcionalidade familiar, é relevante o facto de as pontuações mais elevadas na funcionalidade familiar se verificarem invariavelmente no grupo de não utilizadores da COE, o que pode indiciar que a funcionalidade familiar possa funcionar como um elemento protetor face a comportamentos de risco sexual que motivam depois o recurso à COE.

Apesar de limitados os estudos, a literatura sugere que existe uma associação entre a relação com a família e com os pares e os comportamentos sexuais que os adolescentes e os jovens adultos adotam. Azevedo e Ferreira (2020), no seu estudo com 116 estudantes universitários, tendo em conta os resultados do Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe, verificaram que um aumento na “inibição da exploração e individualidade” e na “ansiedade de separação e dependência”, relativa a ambos os progenitores, está ligado a um aumento da dependência em relação ao par amoroso. Observaram, igualmente, que o número de parceiros sexuais dos jovens aumenta com níveis mais elevados de “inibição da exploração e individualidade” por parte de ambos os progenitores.

É preciso ter em conta que a transição para o ensino superior se faz já entre o final da adolescência e início da vida adulta, com desafios e exigências particulares para os jovens, convivendo com acontecimentos e situações, muitas vezes nunca vivenciadas. Muitos deles ainda estão na fase adolescente e precisam lidar com novas responsabilidades e vivenciarem algumas perdas, que vão desde o contacto com a própria família, relacionamentos afetivos e de amigos, em especial para aqueles que têm de mudar de cidade (Zago, 2019). Para N. Branco (2010), torna-se essencial, nesta fase, a existência de regras claras e precisas, devendo os pais assumir o seu papel através de atitudes coerentes e

fortes, mas também flexíveis e seguras. As atividades entre pais e filhos ficam mais reduzidas, existe o incremento de novos contextos e relações sociais, levando a uma menor solicitação do sistema parental, obrigando os pais a reaprender a ser pais de filhos que se vão transformando em adultos.

Outro dado interessante nos resultados por nós verificados, prende-se com o facto de tendência para o significado estatístico entre a escala relativa à CHI e os não utilizadores da COE. Nesta dimensão, Nave (2006) integrou conceitos como poder/controlo, regras/normas e papéis/limites. Se por um lado, o poder do adolescente se refere à afirmação de competências comportamentais, cognitivas e relacionais, bem como à experiência de uma série de papéis e posição negocial, por outro lado, o poder dos pais reside essencialmente na imposição de limites ao poder dos filhos. No sistema familiar, o poder está fortemente relacionado com a gestão do controlo relacional, onde a melhor estratégia não será a que se baseia numa relação de jogos de poder, mas sim numa relação em que pais e filhos possam ajudar-se numa aprendizagem num contexto de poder democrático, claro, flexível, desenvolvido no respeito pelos direitos e pelas diferenças individuais, onde os pais têm de, enquanto subsistema executivo, exercer a autoridade, ensinar a liderança e clarificar a delimitação de fronteiras inter e intra subsistémicas (N. Branco, 2010).

Apesar de não existir um modelo explicativo do risco e da proteção, ou dos comportamentos sexuais, várias investigações sugerem que o conhecimento, sendo necessário, não é suficiente para as mudanças de comportamento, apontando outros fatores, entre os quais a relação pais-jovens, que podem interferir nos diferentes tipos de comportamento (Matos et al., 2018). Há indícios de que não residir com os pais aumenta o risco de ter uma sexarca mais cedo. A menor presença e supervisão dos pais podem ter impacto negativo na educação sexual dos filhos (Gräf et al., 2020). Dada a importância da coabitação, fomos verificar a possível associação da coabitação em tempo de aulas e o uso da COE pelos jovens, porque é um grande período de tempo em que muitos alunos se encontram fora do domicílio dos seus pais, sendo esta a condição mais referida em tempo de aulas na nossa amostra, já que 61,8% residia com colegas do mesmo sexo. Não

verificámos qualquer relação significativa entre o tipo de coabitação e o uso da COE, nem em particular neste grupo maioritário que residia com colegas do mesmo sexo ($\chi^2= 0,522$ e $p= 0,470$).

Já em relação à idade, porque é um importante “fator” de crescimento e maturação dos jovens, testámos a sua importância na assunção de comportamentos de risco, traduzidos pelo uso da COE. Aqui, pudemos verificar uma associação muitíssimo significativa entre os estudantes com mais idade e o grupo de usuário da COE.

Contrariamente ao que seria de esperar, por uma maior maturidade dos estudantes mais velhos, com mais experiência de vida, maior conhecimento dos riscos, tem-se verificado em vários estudos que são precisamente estes que apresentam mais comportamentos de risco, quando comparados com os mais novos. Assim, no estudo de Azevedo e Ferreira (2020), verificou-se uma associação estatisticamente significativa, negativa, entre o uso dos métodos contraceptivos e a idade, ou seja, o uso de métodos contraceptivos diminui conforme aumenta a idade dos jovens. Reis et al. (2012), num estudo nacional dos comportamentos sexuais dos universitários portugueses, concluíram que os jovens do grupo de idades mais velho, mencionaram ter mais comportamentos sexuais de risco, nomeadamente relações sexuais paralelas ao relacionamento amoroso, parceiros sexuais ocasionais, relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas, uma DST, uma gravidez não desejada e ter efetuado uma IVG. Também no estudo de M. Santos et al. (2018a), se verificou que os estudantes universitários mais velhos eram menos propensos a relatar o uso de preservativo e mais propensos a fazer sexo com parceiros casuais, comparativamente aos estudantes mais novos. Matos et al. (2018), numa amostra maioritariamente constituída por jovens universitários (78,4%), embora não tenham verificado diferenças significativas no uso de COE, entre os grupos de idades, registaram que foram os mais velhos (22-24 anos) que mais frequentemente referiram o uso da COE em comparação com os jovens mais novos (18-21 anos).

Todos estes comportamentos de risco, pelo não uso à partida de métodos contraceptivos ou dificuldade no uso eficaz dos mesmos, são potenciadores da utilização da COE pelos jovens. Uma das explicações pode estar relacionada com uma mudança na lei, introduzida

em 2009, e que obriga à existência de educação sexual nas escolas do 1º ao 12º ano de escolaridade, resultando em estudantes mais jovens com antecedentes de educação sexual substancialmente diferentes dos alunos mais velhos, o que pode ajudar a explicar as diferenças encontradas em função da idade, facto também apontado por M. Santos et al. (2018a).

Estas diferenças podem estar relacionadas com a existência de um comportamento contraceptivo mais inconsistente entre os estudantes mais velhos, não só pela alegação da redução do prazer devido ao uso do preservativo, mas também por uma personalidade hedónica mais marcada (M. Santos et al., 2018b), pois como refere Antunes (2007), algumas das mudanças que se tem verificado no âmbito da sexualidade vão no sentido da valorização do prazer, da experimentação e até de algum sentimento de transgressão.

4.2. Fontes de informação sobre sexualidade e contraceção

As respostas dos jovens universitários revelam não estar muito presente o hábito de falar com os pais sobre sexualidade/contraceção, pois apenas 32,6% afirmou ter este hábito. As razões mais referidas prendem-se com o constrangimento por parte dos estudantes ou dos seus pais, totalizando 69,9%. Os profissionais de saúde foram os mais mencionados (61,4%) como fontes de informação sobre sexualidade e contraceção; já como interlocutores para falar sobre estas temáticas foram eleitos os amigos e colegas (71,2%). A quase totalidade dos estudantes (93,8%) refere a abordagem destas temáticas em sala de aula e globalmente 60,8% dos estudantes consideram os seus conhecimentos sobre sexualidade/contraceção suficientes.

A generalidade dos estudos reconhece a educação sexual como importante para a vivência de uma sexualidade mais responsável e saudável, pelo que testámos a sua associação com o uso da COE pelos jovens universitários, tendo verificado que, nos jovens que tiveram aulas de educação sexual, a maioria não utilizou a COE, sendo a diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo de utilizadores.

Esta educação sexual assume, assim, um papel preponderante na prevenção de problemas

ligados à SSR. Não só tem um papel fundamental na educação contraceptiva dos jovens, no sentido de potenciar a sua capacidade de escolha e adesão aos métodos contraceptivos, mas também no sentido de ultrapassar barreiras e assimetrias no acesso aos cuidados de SSR pelos jovens (M. Santos et al., 2018b). Apesar de os jovens apontarem como principal fonte de informação sobre sexualidade/contraceção, os “profissionais de saúde” (61,4%), estes são maioritariamente referidos pelo sexo feminino (44,4%); para o sexo masculino, a principal fonte de informação são os “amigos e colegas” (20,5%) ou a “internet” (19,7%). Estes resultados são praticamente sobreponíveis aos verificados por Reis et al. (2012), numa amostra nacional de 3.278 jovens universitários portugueses, com idêntica distribuição entre os géneros, ou aos resultados de M. Santos et al. (2018b), em que também se mantém uma clara diferença entre os géneros nas fontes de informação: enquanto as raparigas privilegiam os contextos formais, os rapazes recorrem aos contextos informais.

Convém, no entanto, salientar que no último estudo nacional sobre as práticas contraceptivas das mulheres portuguesas, se constatou que apenas 48,7% das mulheres dos 20 aos 29 anos ou 11,9% dos 15 aos 19 anos frequentou a consulta de PF ou de ginecologia. Neste estudo é também referido que as mulheres de faixas etárias mais jovens procuram informação na internet ou junto de colegas/amigos (46,1% e 45,9%, respetivamente) (Águas et al., 2016). Estes dados parecem indicar uma dificuldade em selecionar informação de qualidade, pois na sociedade atual existe fácil acesso a informação sobre sexualidade em fontes informais diversas, o que leva a que, por vezes, a informação seja menos séria, parcelar e superficial (Ramiro, 2013). O mesmo foi verificado por Dantas et al. (2015), no seu estudo com estudantes universitários, em que se examinava o seu conhecimento acerca das DST's, tendo constatado a existência de lacunas de conhecimento, nomeadamente das formas de transmissão.

A importância da educação sexual surge reforçada no nosso estudo: apesar de ser inquestionável a importância da família na educação sexual das crianças e jovens, não é menos inquestionável que ao longo da vida estes se integram em contextos diferenciados, com vivências também diferentes e com canais de comunicação próprios; por este motivo,

são múltiplos os agentes intervenientes na aprendizagem dos temas relacionados com a sexualidade (Matos et al., 2014; Pimentel et al., 2016; Ramiro, 2013). A complementaridade de agentes, já prevista na lei, para esta educação sexual, torna-se relevante quando nos apercebemos que o diálogo com os pais sobre esta temática é, por vezes, pouco significativo, pois não chega a $\frac{1}{3}$ (32,6%) aqueles que afirmaram ter por hábito falar com os pais sobre sexualidade/contraceção, sendo essencialmente explicado o facto pelo constrangimento dos estudantes ou dos seus pais neste tema. Esta mesma dificuldade para conversas no seio familiar relacionadas à sexualidade é evidenciada no estudo de Petry et al. (2019). Por outro lado, nem sempre os pais possuem conhecimentos suficientes para esta educação sexual, dado o baixo nível de escolaridade que encontramos (55,2% das mães e 64% dos pais têm apenas o ensino básico), percentagens muito semelhantes às também assinaladas num outro estudo nacional (M. Santos et al., 2018b). A baixa instrução familiar dificulta a abordagem de questões relacionadas com a sexualidade, pelo que muitos pais acabam transferindo essa tarefa de orientação sexual para a escola (Dantas et al., 2015). De notar a importância de um maior nível de instrução da população, assim como um nível socioeconómico mais alto, pois estes fatores têm repercussões positivas sobre as práticas de risco no âmbito da SSR (Dantas et al., 2015; M. Santos et al., 2018b; Petry et al., 2019).

Esta tarefa da educação sexual na escola parece estar um pouco comprometida na sua real efetividade pois, após todo um percurso de educação sexual, chegamos ao ensino superior e encontramos dados preocupantes, quer ao nível de falhas de conhecimento, quer ao nível de práticas de risco no âmbito da vivência da sexualidade, acabando os estudos por recomendar mais educação sexual para atenuar estes achados (M. Santos et al., 2018b; Pimentel et al., 2016; Ramiro et al., 2019; Sales et al., 2016; Spindola et al., 2019).

Apesar de no nosso estudo haver uma percentagem elevada (93,8%) de jovens a afirmar que teve aulas em que foi abordada a temática da sexualidade/contraceção, nos dados nacionais de 2016, com uma amostra de 2.991 estudantes universitários, essa percentagem é reduzida drasticamente, sendo que a maioria dos jovens (76,8%) afirmou que não teve aulas/sessões/conferências em que fosse abordada a educação sexual (Reis et al., 2017).

Alguns fatores podem concorrer para estes resultados. Estes podem ser de alguma forma justificados pelo Relatório 2019 - Acompanhamento e avaliação da implementação da Lei n.º 60/2009, em que se verificou como pontos críticos o pouco tempo dedicado ao tema e a falta de gabinetes de apoio à saúde e educação sexual. As maiores carências registavam-se precisamente nos alunos mais velhos a frequentar o ensino secundário, onde apenas 36% das escolas e agrupamentos de escolas dedicavam as 12 horas de carga horária, por ano, prevista na lei, ao chamado PEST. Nas escolas, mais de um quarto, também não disponibilizavam um gabinete de informação e apoio para a educação para a saúde e educação sexual aos alunos, pois apenas 72% das escolas possuíam este gabinete (DGE, 2019).

Para Ramiro et al. (2019), a avaliação aos comportamentos dos adolescentes efetuado pelo HBSC de 2018, que é efetuado de 4 em 4 anos, mostrou um agravamento de dois comportamentos de risco, adiantando como uma possível justificação para o facto, o desinvestimento na educação sexual, uma vez que, segundo os autores, apesar da existência da lei que obriga à implementação da educação sexual em todos os ciclos de ensino, nos últimos anos tem-se verificado a redução da educação sexual formal à lecionação dos conteúdos que fazem parte das disciplinas escolares.

Um outro fator tem a ver com o esquecimento fácil dos conteúdos ministrados. No estudo de Matos et al. (2018), os jovens maioritariamente referiram ter tido programas de educação para a prevenção do VIH/SIDA no ensino secundário (61,8%), terem sido alvo de mensagens dos média (TV, Rádio...) de educação para a prevenção do VIH/SIDA (61,8%) e terem visto mensagens dos *outdoors* de educação para a prevenção do VIH/SIDA (57,1%). No entanto, quando questionados sobre a lembrança da última mensagem preventiva sobre DST/VIH, a esmagadora maioria (92,2%) referiu não se lembrar ou não saber da última mensagem preventiva. Resultados semelhantes foram observados no estudo de A. Oliveira et al. (2017), com um programa de intervenção numa amostra de 1.303 estudantes universitários, em que os estudantes, na sua maioria, manifestaram a exposição a programas de prevenção VIH/SIDA, nos mesmos moldes/fontes ao verificado no estudo de Matos et al. (2018), e quando questionados (na *baseline*)

sobre se se lembravam da última mensagem preventiva sobre DST/VIH/SIDA, apenas 27% e 27,7% dos jovens, do grupo de intervenção e de controlo, respetivamente, responderam afirmativamente. Este estudo, com um programa de intervenção e avaliação aos 36 meses, apesar da melhoria de alguns indicadores, não revelou qualquer influência em alguns comportamentos de risco, como a utilização de preservativo na última relação sexual com parceiro ocasional (sexo masculino e feminino), sexo com parceiro ocasional nos últimos 12 meses no sexo masculino, e verificou-se mesmo o agravamento de indicadores como as relações sexuais sob o efeito do álcool (A. Oliveira et al., 2017). O que vem evidenciar que a questão comportamental tem de ser encarada além do aspeto cognitivo. Porventura, a razão dos resultados mais limitados em alguns programas de intervenção/educação sexual será, quiçá, reflexo da própria Lei n.º 60/2009, de 06 de agosto, que coloca uma tónica especial na objetivação dos aspetos biológicos e anatómicos, com objetivos utilitários (redução das DST's e gravidez indesejada), em detrimento de uma apresentação holística da sexualidade.

Há quem defenda, no sentido de passar melhor a mensagem, a adoção de campanhas mais agressivas, nomeadamente para promover o uso do preservativo. Assim, Veiga et al. (2018), decorrente do seu estudo quase-experimental, em que detetaram um efeito estatisticamente significativo do medo na perceção do risco, sugerem, dentro de limites éticos, que estimular o medo no público-alvo de contrair uma doença grave, alertando-o para os riscos do comportamento imprudente, pode promover o uso do preservativo. Por vezes, os próprios estudantes universitários, como verificou A. Oliveira (2008), como forma de ultrapassar as limitações do impacto das campanhas sobre a necessidade do uso do preservativo, sugerem de forma maioritária (40,7%) que as campanhas deveriam ser chocantes, fortes e com testemunhos reais.

Adicionalmente, para ultrapassar a falta da educação sexual ou o seu esquecimento, talvez fosse importante a implementação da educação sexual nas universidades, facto também sugerido pelos estudantes como estratégia de intervenção na área da SSR, visando a promoção da saúde sexual dos jovens, alguns apontando mesmo o interesse de uma disciplina obrigatória (Matos et al., 2018). Esta mesma ideia é compartilhada por outros

autores, dado as lacunas de conhecimento, por vezes verificadas, e a necessidade do reforço para práticas seguras e saudáveis no âmbito da vivência da sexualidade (M. Santos et al., 2018b; Pimentel et al., 2016; Ramiro et al., 2019; Sales et al., 2016; Spindola et al., 2019). Esta sugestão, reconhecendo que a educação sexual é crucial para a redução dos comportamentos sexuais de risco (ou pelo menos para não permitir o seu aumento), é já deixada sob a forma de recomendação, numa primeira avaliação à Lei n.º 60/2009, de 06 de agosto (Matos et al., 2014).

Um outro aspeto relevante que sugerimos, é a integração de estudantes nas equipas de educação para a saúde e educação sexual, pois como verificado por M. Santos et al. (2018a), quanto maior a importância que os estudantes atribuem à opinião dos colegas, mais protetores foram os seus comportamentos. Este facto levou Silva et al. (2018), no seu estudo de formação de multiplicadores para a prevenção de DST'S, a comprovar a sua efetividade em primeiro lugar na ampliação dos conhecimentos dos jovens universitários que fizeram a formação para se tornar multiplicadores, que pela sua proximidade e com relativa facilidade passam esse conhecimento para os seus pares.

4.3. Existência de relações sexuais, atitudes e comportamentos sexuais

Pelos resultados podemos verificar que a maioria dos jovens universitários já teve relações sexuais (77,8%), sendo a idade média da primeira relação sexual de 16,96 anos. Nesta primeira relação, a maioria utilizou um método contraceutivo (96,5%), sendo o preservativo o mais referido (80,4%); entre aqueles que não o utilizaram, a razão mais referida para o facto foi “Por escolha deliberada” (47,8%). As relações sexuais reportadas ocorreram maioritariamente dentro de um relacionamento amoroso (68,9%), no entanto, 33,3% refere relações ocasionais, 12,8% sob o efeito de drogas ilícitas ou sob o efeito do consumo de álcool (38,8%). A maioria (93%) não referiu a ocorrência de agressividade nos relacionamentos que manteve. Globalmente, praticamente metade dos estudantes (50,8%) refere que utilizaram sempre métodos contraceutivos nas relações sexuais, continuando a ser o preservativo o mais referido (48,5%), e estão muito satisfeitos com o método contraceutivo (51,9%); também “Por escolha deliberada”, continua a ser a principal razão

para a não utilização sempre, de um método contraceptivo (61,3%). Embora os estudantes considerem importante a utilização do preservativo nas relações sexuais (97,5%), apenas 51,1% refere a sua utilização em todas as relações sexuais. Talvez porque de uma forma conjunta, 93,7% considere pouco ou nada provável vir a contrair uma DST, ou a deparar-se com uma gravidez não desejada; 91,2% considere pouco ou nada provável usar a CE e 78,6% considere pouco ou nada provável recomendar o uso da CE.

Na EAS, tendo em conta os intervalos de variação possíveis para as suas dimensões e escala global, observamos que foram as dimensões COM e RES que atingiram as melhores médias, ficando a média global da escala em 112,82. Desta forma, os participantes no presente estudo não revelaram atitudes demasiado utilitárias em relação ao sexo, demonstrando atitudes sexuais de alguma responsabilidade. Relativamente às atitudes sexuais, é o sexo masculino que apresenta as médias mais elevadas em todas as dimensões e escala global, com exceção da dimensão RES, em que é o sexo feminino a registar uma maior média (17,88). Quanto à autoeficácia geral dos jovens, tendo em conta os intervalos de variação possíveis para as suas dimensões e escala global, pudemos verificar boas médias em todas as avaliações, atingindo a EAEG o valor médio de 79,72, sendo o sexo masculino que apresenta as médias mais elevadas em todas as dimensões e escala global.

Relativamente à escala dos motivos para fazer e não fazer sexo, tendo em conta os intervalos de variação possíveis para as suas dimensões, constatamos que as médias das duas subescalas sobre os motivos para fazer sexo são ligeiramente superiores às das subescalas dos motivos para não fazer sexo, indicando, por isso, uma maior valorização dos motivos para fazer sexo. É o sexo masculino que apresenta médias mais elevadas nas duas subescalas referente aos motivos para fazer sexo (F1 “Hedonismo e saúde” e F4 “Interdependência relacional”), já nas escalas referentes aos motivos para não fazer sexo (F2 “Por medo” e F3 “Conservadorismo/desinteresse”), as médias mais elevadas são registadas pelo sexo feminino.

Constatamos que os jovens universitários que participaram neste estudo apresentam resultados similares a outros estudos nacionais, nomeadamente em relação ao sexo predominante, jovens sexualmente ativos e idade da primeira relação sexual (A. Oliveira et

al., 2017; Pimentel et al., 2016; Reis et al., 2017). Registamos também que são maioritariamente os jovens do sexo masculino e de forma mais precoce a iniciar uma vida sexual ativa, podendo este facto ser ainda reflexo de uma sociedade em que, apesar de se ter esbatido, o duplo padrão de moral sexual ainda não desapareceu (Antunes, 2007), pelo que persistem vivências da sexualidade em que os comportamentos são reflexo de diversos preconceitos, crenças e mitos, sobretudo relacionados com o género (Delatorre & Dias, 2015; Nelas et al., 2016; Patias et al. 2014; Spindola et al., 2020). A precocidade nas relações sexuais, mais marcada no sexo masculino, constitui por si só um fator importante para comportamentos sexuais de risco, pois os adolescentes e jovens adultos estão mais propensos a correr riscos (Matos et al., 2015; Neto et al., 2014; Pimentel et al., 2016) e, por outro lado, fruto da sua pouca experiência de vida, o conhecimento sobre métodos profiláticos é menor e o uso incorreto está mais presente (M. Santos & Figueiredo, 2015; Matos et al., 2015). Esta precocidade também se tem revelado um preditor importante nos comportamentos de risco futuros como apurado por Gräf et al. (2020), que no seu estudo verificou que a idade com que os estudantes iniciaram a vida sexual esteve inversamente associada ao comportamento sexual de risco. Esta diferença significativa, observada na iniciação sexual entre os dois sexos, que também verificámos no nosso estudo ($Z=5,362$ e $p=0,000$), constatou-se igualmente no último estudo nacional, com jovens universitários, mas já sem significado estatístico (Reis et al., 2017), acentuando a tendência para o esbater do duplo padrão de moral sexual. No entanto, a tradicional diferença entre os dois sexos, na ocorrência de comportamentos sexuais de risco, também foi verificada por nós em todos eles e com diferenças significativas. Assim, o sexo feminino revelou uma maior utilização de método contraceptivo na primeira relação sexual ($\chi^2=7,808$ e $p=0,005$) (Matos et al., 2018; Reis et al., 2012; Reis et al., 2017), menor ocorrência de relações sexuais fora de um relacionamento amoroso ($\chi^2=143,933$ e $p=0,000$) (Reis et al., 2012; Spindola et al., 2020), ou sob o efeito de drogas ilícitas ($\chi^2=31,011$ e $p=0,000$) (A. Oliveira et al., 2017; M. Santos et al., 2018a; Reis et al., 2012), ou sob o efeito do álcool ($\chi^2=88,390$ e $p=0,000$) (A. Oliveira et al., 2017; M. Santos et al., 2018a; Reis et al., 2012; Spindola et al., 2020), menos relações sexuais ocasionais ($\chi^2=160,918$ e $p=0,000$) (Folch et al., 2015; M. Santos et al., 2018a; Matos et al., 2018; Reis et al., 2012), menos comportamento sexual de risco

pela não utilização sistemática de métodos contraceptivos ($\chi^2=56,711$ e $p=0,000$) (Gräf et al., 2020; M. Santos et al., 2018a; M. Santos et al., 2018b; Pimentel et al., 2016; Reis et al., 2017; Sales et al., 2016).

Ser do sexo masculino implica estar sujeito a um repertório de cobranças e pressões sociais, tais como encorajamento da expressão da sexualidade em nome da “masculinidade” e provação da virilidade e da heterossexualidade, refletindo-se nomeadamente no aumento do número de parceiros sexuais (Scull et al., 2019; T. M. Santos et al., 2015).

Um dado relevante que verificámos neste estudo prende-se com as razões apontadas pelos jovens universitários, entre aqueles que não utilizaram métodos contraceptivos na primeira relação sexual e nas relações sexuais posteriores, em que invariavelmente foi apontada a opção “Por escolha deliberada”, com 47,8% e 61,3%, respetivamente. Para este aumento pode contribuir o abandono da contraceção que se verifica da primeira relação sexual, em que 96,5% utilizou um método contraceptivo, com destaque para o preservativo, porque estamos a falar de jovens com relações por vezes imprevistas, para as relações posteriores em que a utilização sistemática de métodos contraceptivos foi referida por apenas 50,8% dos jovens; este decréscimo é verificado também noutros estudos (A. Oliveira et al., 2017; Dantas et al., 2015; Matos et al., 2018). O que vem demonstrar que esses jovens fizeram essa opção conscientemente e de forma intencional, assumindo assim os riscos dessa opção. Além disso, é reconhecido na literatura que os jovens estão relativamente bem informados no que respeita a métodos contraceptivos, mas, no entanto, o seu uso não está diretamente relacionado com o seu conhecimento (Gräf et al., 2020; Nelas et al., 2016, Petry et al., 2019).

Assim, reveste-se de especial importância o estudo das atitudes no âmbito da vivência da sexualidade. No seu estudo, Sanz-Martos et al. (2020), para determinar o nível de conhecimentos e atitudes em relação ao uso de métodos contraceptivos e que contou com a participação de 2.914 estudantes universitários, verificaram que os alunos que receberam treino sobre o uso de anticoncepcionais obtiveram uma taxa de sucesso significativa na avaliação do conhecimento, em relação aos que não receberam esse treino. No entanto, não

houve diferença significativa em relação à atitude e verificaram uma correlação fraca entre o nível de conhecimento e as atitudes em relação ao uso de anticoncepcionais, pelo que concluem que os conhecimentos são tradicionalmente usados como um indicador da eficácia dos programas educacionais, mas as atitudes não são abordadas e são um elemento chave para o sucesso desses programas.

As atitudes refletem as posições do indivíduo face a determinadas experiências, influenciando o comportamento, e resultam da integração de normas sociais onde o mesmo está inserido. Pelo que “o estudo das atitudes face à sexualidade é importante porque as mesmas são uma predisposição para opinar, sentir e atuar face a objetos sexuais, situações, pessoas diferentes, normas ou costumes sociais e condutas sexuais” (J. M. Ribeiro et al., 2012, p.340). A relevância do seu conhecimento, como forma de prever o modo como o jovem poderá tomar decisões no âmbito da vivência da sua sexualidade, levou-nos a verificar qual a sua associação com o uso da COE, pelos jovens universitários.

Pudemos verificar, pelo teste de hipóteses, que a pontuação média no grupo dos utilizadores da COE é sempre superior nas cinco dimensões e escala global, atingindo o significado estatístico nas dimensões PER, COM e IMP, que contribuem decisivamente para a diferença estatística significativa verificada na globalidade da EAS. Vemos aqui comprovado como as pontuações mais elevadas, que refletem atitudes positivas e utilitárias sobre a sexualidade, se associam a comportamentos de risco que motivam o recurso à COE. De recordar o contributo especial do sexo masculino nestes números que, como vimos, pontua mais em todas as dimensões e no global da EAS, com exceção da dimensão RES (responsabilidade sexual), em que pontua mais o sexo feminino e é um aspeto positivo no âmbito da EAS, na nossa perspetiva. O conhecimento destas atitudes face à sexualidade é relevante, pois elas tendem a materializar-se na prática (comportamentos), e representam uma predisposição para a ação (J. M. Ribeiro et al., 2012). Assim, não admira que o sexo masculino, com pontuações superiores em dimensões como a permissividade, instrumentalidade e impessoalidade sexual (na dimensão COM a pontuação é pouco superior à do sexo feminino), seja também o que se destaca na busca de parceiros com o recurso às novas tecnologias de comunicação à distância (Folch et al., 2015; Gräf et al.,

2020; T. J. Santos, 2020). Os resultados que observámos vão ao encontro dos encontrados por Gomes et al. (2018), com estudantes universitários, em que os participantes masculinos indicaram atitudes sexuais reveladoras de maior adesão ao sexo ocasional e diversidade de parceiros sexuais, uma visão da sexualidade mais orientada para a dimensão física do prazer e uma maior propensão para relativizar a presença de vínculos afetivos no contexto do envolvimento sexual.

De igual modo, quando procuramos saber de que forma a motivação para fazer ou não fazer sexo se pode associar, ou não, ao uso da COE pelos jovens, comprovamos, pelo teste de hipóteses, que a valorização dos motivos para fazer sexo se associa de modo significativo com o grupo de utilizadores da COE, enquanto a maior valorização dos motivos para não fazer sexo se associa ao grupo de não utilizadores da COE, embora de modo significativo só no Fator 3 – Conservadorismo/desinteresse. Similarmente, M. Santos et al. (2018a) puderam comprovar que os indivíduos que deram grande importância à busca de sensações sexuais estavam em maior risco. Esta valorização das relações e sensações sexuais leva a que mais facilmente os jovens se envolvam em comportamentos de risco, em especial o sexo masculino. Estes comportamentos podem ser secundários ao aumento de hedonismo e busca de sensações em homens (A. Castro, 2016; Cragg et al., 2016). Mesmo o uso de preservativo masculino é por vezes referido pelos rapazes como uma exigência da companheira, para a existência de relações sexuais (Delatorre & Dias, 2015). A preocupação contraceptiva é particularmente evidente no sexo feminino (Gräf et al., 2020; M. Santos et al., 2018b; Pimentel et al., 2016; Reis et al., 2017), o que também verificámos no nosso estudo, quer na primeira relação sexual, quer posteriormente na existência de comportamentos de risco entre os jovens sexualmente ativos, com diferenças significativas para o sexo masculino ($\chi^2= 7,808$ e $p= 0,005$, para a primeira relação sexual e $\chi^2= 56,711$ e $p= 0,000$, para comportamentos de risco). No estudo de Matos et al. (2018), nos motivos para acontecer a primeira relação sexual, destacou-se o querer experimentar (56,3%), e nos motivos para a existência de relações sexuais é referido em primeiro lugar o ter vontade/desejo (56,9%) ou querer ter uma experiência sexual (43,6%), em ambos os casos o estar apaixonado só aparece referenciado em terceiro lugar. M. Santos et al. (2018a) concluíram mesmo no seu estudo que a procura de sensações sexuais se revelou o

melhor preditor para o envolvimento em comportamentos sexuais de risco.

O comportamento sexual de risco tem diferentes definições nos estudos, dificultando comparações (Gräf et al., 2020). Estes autores adotam como comportamento sexual de risco o relato de mais de um parceiro sexual nos últimos três meses e não ter utilizado preservativo na última relação. Já no estudo de Sales et al. (2016) foi adotado como comportamento de risco a existência de dois ou mais comportamentos sexuais; não utilização de preservativos, mais de 10 parceiros sexuais, manter relações sob o efeito do álcool/drogas e com pessoa pouco ou recentemente conhecida. No nosso estudo ele é operacionalizado pela não utilização sistemática de métodos contraceptivos, entre os jovens sexualmente ativos, pois o nosso estudo prende-se com o uso da COE, que tem implicações não em DST's, mas sim na gravidez indesejada. Testámos, assim, a repercussão da adoção de comportamentos de risco com o uso da COE pelos jovens, tendo verificado que a adoção de comportamentos de risco se associa de forma significativa com o grupo usuário da COE.

No contexto académico vêm sendo identificados comportamentos sexuais de risco, particularmente evidentes pelo não uso ou uso inadequado dos métodos contraceptivos, o que expõe os jovens às DST's e à gravidez indesejada (M. Santos et al., 2018b; Sales et al., 2016; Spindola et al., 2019). Como a adesão à contraceção é importante no âmbito da SSR, compreender as razões subjacentes à decisão pode revelar a perceção da (in)vulnerabilidade ao risco (Firmeza et al., 2016; Pimentel et al., 2016).

Não é alheio certamente a estes comportamentos de risco o facto de os jovens, ao ingressarem na vida académica, possuírem uma maior autonomia e responsabilidade para poder tomar as suas próprias ações e decisões, maior contacto e oportunidade de uso de álcool, drogas ilícitas e prática de sexo inseguro (Sales et al., 2016). Como pudemos observar, entre os jovens sexualmente ativos do nosso estudo, pelo menos um em cada três teve relações ocasionais (33,3%) ou sob o efeito do consumo de álcool (38,8%), o que propicia um risco acrescido, tanto pela falta de autoconfiança que os jovens costumam apresentar para negociar o preservativo nas suas relações casuais, como pela interferência na capacidade de decisão (Dantas et al., 2015).

Sintomático destes comportamentos de risco é a prática de sexo ocasional (*One-Night Stand*) no contexto acadêmico. No estudo de Rosado e Biscaia (2016), numa amostra de 22 estudantes universitários, todos reportaram já ter incorrido, pelo menos uma vez, num encontro de sexo ocasional. No entanto, o encontro em si aparece desvalorizado pela maioria dos participantes da amostra, que relatou que a excitação e o desejo que sentem antes do encontro desvanecem com a passagem ao ato. Pelo que a quase totalidade dos participantes afirma que o pós-encontro fica marcado pelo arrependimento, porém surpreende que, apesar de tudo, a maioria dos participantes banalize a falta de proteção nos encontros de sexo ocasional.

Apesar de terem conhecimento sobre as medidas preventivas, nomeadamente em relação à gravidez indesejada e DST's, os jovens estudantes parecem não incorporar essas medidas nas suas práticas sexuais. O risco de se infetar ou engravidar sem querer, não se configura como motivo suficiente para a adoção de medidas preventivas adequadas. Estes adolescentes e jovens adultos parecem revelar, ainda, uma certa imaturidade quanto ao pensamento abstrato, desconsiderando assim a sua vulnerabilidade e expondo-se ao risco, sem avaliar ou prever as consequências (Spindola et al., 2019).

Esta distinção entre conhecimento e prática torna-se evidente quando 97,5% dos nossos estudantes consideram importante o uso do preservativo nas relações sexuais, mas só 51,1% dos jovens sexualmente ativos o adopta em todas as relações sexuais. Os comportamentos denotam uma inconsistência entre discurso e prática preventiva, em que o risco é notoriamente desconsiderado. Isto é óbvio quando, a maioria dos jovens afirma ser pouco ou nada provável vir a contrair uma DST ou a deparar-se com uma gravidez não desejada, com igual percentagem para as duas situações (93,7%), mas depois encontramos comportamentos de risco de magnitude considerável, com 34,8%, ou seja, pelo menos um em cada três jovens sexualmente ativos a facilitar o envolvimento em práticas sexuais desprotegidas.

Resultado idêntico é apontado por Matos et al. (2018), quando 70,3% dos jovens no seu estudo referem uma perceção de risco pessoal para o VIH como baixo ou nenhum, mas depois constatamos que na última relação sexual apenas 48,9% usou preservativo.

Para esta aparente contradição podem ter contribuído decisivamente os avanços tecnológicos no combate ao VIH/SIDA, mudando a representação do risco e a sua perceção (Beltzer et al., 2013; Gräf et al., 2020). O aumento da sobrevivência dos portadores de VIH nas últimas décadas, juntamente com a diminuição das campanhas preventivas governamentais, pode ter contribuído para o relaxamento na prevenção (Gräf et al., 2020). Por outro lado, a existência de uma COE, de venda livre entre nós, ao transmitir uma sensação de segurança pela existência de um método anticoncetivo pós-coito, pode fomentar o relaxamento de condutas preventivas em relação às DST's e gravidez indesejada, multiplicando os comportamentos de risco (Brandão et al., 2016). Como refere V. Pinto (2014), “O progresso científico e técnico é um valor inestimável na vida da comunidade humana.... Mas, na vida sexual, tantas vezes o progresso é utilizado para facilitar comportamentos menos retos, para tapar consequências de erros nas atitudes...” (p.81). Não se alteram os comportamentos, apenas se evitam as consequências.

As crenças de autoeficácia constituem, na atualidade, uma variável protetora, principalmente para aqueles expostos a situações de risco. Neste contexto, a passagem para a vida adulta tem sido foco de investigações que abordam a autoeficácia geral. As crenças dos jovens nas próprias capacidades para empreender ações e planos necessários para ter sucesso nos aspetos interpessoais, escolares e vocacionais, podem desempenhar um papel essencial durante a transição para a vida adulta (Leme et al., 2021).

No sentido de averiguar o reflexo da autoeficácia no uso da COE pelos jovens, testámos esta hipótese, tendo concluído que na nossa amostra não existem diferenças significativas no nível de autoeficácia entre os utilizadores e não utilizadores da COE, verificando-se a existência de pontuações médias, relativamente altas nos dois grupos, tendo em conta o intervalo de variação e/ou o seu ponto médio.

M. Santos et al. (2018b) observaram que os níveis de autoeficácia para usar o preservativo, são superiores entre os estudantes que utilizam contraceção. Outros estudos têm demonstrado que níveis mais elevados de autoeficácia estão relacionados não só a uma utilização mais consistente do preservativo, mas também à capacidade de ultrapassar barreiras na sua aquisição (Asare, 2015). Este aspeto torna-se relevante quando Spindola et

al. (2020), no seu estudo, constataram que ter tido ou não DST depende diretamente do uso de preservativo em todas as relações sexuais.

Assim, no âmbito do Desenvolvimento Positivo dos Jovens (PYD), as crenças de autoeficácia satisfatórias são essenciais para a obtenção de uma vida saudável, pois configuram-se como recursos promotores de uma adaptação positiva à vida adulta (Franco & Rodrigues, 2018).

4.4. Vivência do namoro pelos estudantes

Praticamente metade dos jovens universitários encontra-se numa relação amorosa (49,4%), sendo de aproximadamente dois anos a média de duração do namoro (27,55 meses). Entre os jovens que namoram, quase todos (92,2%) mencionam a existência de relações sexuais no atual relacionamento amoroso, sendo que estas aconteceram, em média, aproximadamente aos seis meses de namoro (5,95 meses). A maioria diz fazer contraceção (92,8%), sendo a pílula o método contraceptivo mais referido (46,9%). Também a maioria refere não se sentir pressionada para ter relações sexuais (80,9%), nem existir agressividade verbal ou física na sua relação (87,4%).

Verificamos um relacionamento amoroso um pouco inferior ao registado em outros dois estudos nacionais. Reis et al. (2017) encontraram uma percentagem de 75,1% muito próxima, mas ainda abaixo da verificada por Matos et al. (2018), que registaram uma percentagem de 79,3%. Neste estudo, a duração da relação mais referido foi, também, mais de dois anos. No aspeto contraceptivo, observamos tendências semelhantes à generalidade dos estudos, ou seja, os jovens referem uma alta taxa de utilização de um método contraceptivo na primeira relação sexual, com destaque para o preservativo, que depois cai na última relação para valores mais modestos, e se analisarmos dentro da relação de namoro desce ainda mais. No nosso caso, ele vai de uma utilização (referido isoladamente) de 80,4% na primeira relação sexual, para uma utilização de 48,5% no global e para 39,8% numa relação de namoro. Em sentido inverso, variam os números de utilização da pílula que passa de 26,6%, para 38,2% e, finalmente, para 46,9%, respetivamente nas três situações referidas.

São valores consentâneos com outros estudos, em que se verifica o abandono do preservativo no seio de uma relação de namoro pela confiança depositada no parceiro (Delatorre & Dias, 2015; Gomes & Nunes, 2015; Patias et al., 2014), expondo os jovens a DST's porque, não raramente, se verifica a existência de relações paralelas ou ocasionais (Darré et al., 2018; M. Santos et al., 2018a; Spindola et al., 2019; Spindola et al., 2020). Salienta-se o elevado percentual que estes autores encontraram de relacionamento com mais de um parceiro no mesmo período, com 50,3% dos estudantes universitários a relatar esse facto (Spindola et al., 2020).

Um outro aspeto relevante prende-se com o facto de um grande número de jovens, no âmbito da relação de namoro, ter iniciado o método contraceptivo por iniciativa própria, sem procurar um profissional qualificado para orientação contraceptiva, expondo-se eventualmente a riscos desnecessários e revelando fragilidades no âmbito da vivência da sexualidade dos jovens estudantes, reforçando a necessidade de investimento na SSR, junto desta população em particular.

Relativamente à agressividade, apesar de ela ser pouco reportada nos relacionamentos e ser essencialmente verbal, indo ao encontro dos números da UMAR (2020), destacamos o facto de, no âmbito do namoro, a agressividade também ser pouco reportada (12,6%), denotando por vezes falta de autoperceção dos estudantes dessa realidade, tal como verificou Marques (2016), em que a maioria dos estudantes, vítima de violência, não se considerava como tal. É sintomático, no caso feminino, que as duas razões apontadas para manter a relação, mesmo existindo alguma agressividade, seja referido em igual número as razões, “Por amor” e “Outras”, sendo nestas especificado “Por ser normal” ou “Por ser passageira”, desculpando esse comportamento agressivo e legitimando, assim, a violência. Esta postura corrobora algumas conclusões que apontam que quem pratica violência possui crenças de género mais conservadoras, assim como quem sofre essa violência (S. Neves et al., 2020).

4.5. Contextualização do uso da contraceção oral de emergência

A grande maioria dos jovens diz saber o que é a CE (96,3%), referindo maioritariamente os profissionais de saúde (60,9%) como fonte do conhecimento acerca da mesma. Verificou-se uma utilização da CE por 23,4% dos jovens. A média de utilização situou-se em 1,38 vezes (a título informativo referir que as duas percentagens mais elevadas foram 70,5% para uma utilização e 24,4% para aqueles que referiram duas utilizações). A maioria não fez mais que uma utilização no mesmo ciclo (97,4%) e utilizou a CE sem receita médica (87%). O local privilegiado para a obtenção da CE foi a farmácia (94,1%). Dos que afirmaram ter recebido alguma informação no ato da aquisição (75,9%), a mais mencionada foi como devia ser tomada (93,1%). Já no motivo que levou à sua utilização, a falha contracetiva é o mais referido (64,9%). Relativamente ao conhecimento acerca da COE, podemos verificar, tendo em conta o intervalo de variação e a média verificada (6,40), que este é modesto, sendo o sexo feminino a registar a melhor média em relação ao sexo masculino (6,76 *versus* 5,72). Acerca da atitude face à COE, tendo em conta os intervalos de variação possíveis da EACOE e das suas dimensões, pudemos comprovar que as médias traduzem atitudes comedidas relativamente à COE, sendo sempre o sexo masculino a registar as médias mais elevadas nas diferentes avaliações.

No presente estudo, a utilização da COE é da mesma ordem de grandeza de outros estudos nacionais, sendo os valores praticamente sobreponíveis (M. Santos et al., 2018b; Matos et al., 2018; Nelas et al., 2016). No contexto nacional, o estudo de Pimentel et al. (2016) afasta-se destes números consensuais, quando entre as utilizadoras é referida uma taxa significativa de prevalência no valor de 40%. A repetição é considerável, já que entre os participantes no nosso estudo se verificou que 29,5% fez duas ou mais utilizações, ou seja, uma em cada quatro já utilizou pelo menos duas vezes. O estudo de M. Santos et al. (2018b) apresenta uma repetição no valor de 32,6% e o de Matos et al. (2018), 38,1%, ou seja, uma em cada três já tinha utilizado pelo menos duas vezes.

Estas percentagens até podem parecer razoáveis, se passarmos para outros contextos, tendo em conta que Padoveze et al. (2021) na sua pesquisa verificaram que 66,4% das universitárias entrevistadas já tinham usado a COE em algum momento da sua vida, e para

62% das estudantes o uso cifrava-se em duas ou mais vezes.

Como vimos, o motivo mais referido para a utilização da COE prende-se com a falha do método contraceutivo. Salienta-se, no entanto, a percentagem elevada de jovens (um em cada três) que recorreram à COE por relações sexuais desprotegidas (38,8%), sendo este motivo relevante no sexo masculino, em que praticamente metade (48%) deste grupo de 98 rapazes apontou este motivo. O que vem reforçar o que enunciámos já nas diferenças de género em relação aos comportamentos de risco, aparecendo aqui ainda enraizada, porque é a mulher que engravida, a ideia da preocupação contracetiva como quase exclusiva do sexo feminino (Reis et al., 2012). Por outro lado, a ideia do reforço na educação sexual no âmbito da SSR deste grupo populacional não surge descabida, quando verificamos, neste grupo em particular, que o preservativo é o método contraceutivo por excelência e as falhas contracetivas reportadas que motivaram o recurso à COE se centram quase em exclusivo (91,7%) no uso do preservativo. O que vem ao encontro do artigo de Margato (2016), a propósito do aumento das vendas da COE, em que se identificava como parte do problema a técnica da utilização dos preservativos, ou seja, “Faz-se contraceção, mas não se faz bem feita. Não se sabe como colocar corretamente um preservativo. Falha a competência de utilização” (Margato, 2016, p.5).

Grande parte dos estudos aponta como principal motivo, entre os jovens, para o recurso à COE, as falhas contracetivas, com um relevo especial para o preservativo (M. Santos et al., 2018b; Padoveze et al., 2021). Na revisão sistemática do perfil das usuárias da COE, de Amengual et al. (2016), entre os estudos seleccionados, nos dez em que era abordado o motivo do uso, a rotura do preservativo revelou-se como o principal motivo de recurso à COE.

Toda a informação e o esclarecimento que conduz ao conhecimento acerca da COE são fundamentais, na nossa ótica, quando estamos em presença de uma substância com efeitos potencialmente adversos (Lacerda et al., 2019) e que não está sujeita a qualquer tipo de vigilância, pois a liberalização no acesso, sem necessidade de prescrição, introduziu a consequente autorregulação. Tendo em conta que o conhecimento pode influenciar o seu uso e vários estudos apontam falhas no conhecimento acerca da COE (Lacerda et al., 2019;

Leite et al., 2020; Padoveze et al., 2021), quisemos saber de que forma esta variável se pode, ou não, associar ao uso da COE pelos jovens. O teste desta hipótese permitiu verificar que um maior conhecimento se associa ao grupo de utilizadores da COE e de modo significativo.

No entanto, podemos dizer que este conhecimento é modesto, tendo em conta a média verificada na ECCOE e o intervalo de variação da escala, sendo sintomático o item com menor pontuação (acertos) ser o item 2a “A COE é eficaz quando tomada dentro de 120 horas após sexo desprotegido”, revelando tão somente o desconhecimento da existência de uma nova pílula de janela temporal de cinco dias, introduzida no mercado nacional desde 2010. Curiosamente, na investigação do autor da escala original, também foi este o item com menor pontuação (Kang & Moneyham, 2008). A avaliação deste conhecimento é heterogénea, podendo este ser avaliado pelo simples facto de saber da existência deste método e o nome ou saber que ele não previne DST’s (Alano et al., 2012), ou abranger um conhecimento mais aprofundado do método desde a sua constituição/concentração hormonal, tempos de administração, mecanismos de atuação e potenciais efeitos adversos (Abiodun, 2016; Chofakian et al., 2016; Zhang et al., 2016), que podem tornar, ou não, o potencial destinatário hostil à sua utilização.

Esta diferença de conhecimento é evidenciada por Leite et al. (2020), na sua revisão sistemática sobre conhecimento, práticas e atitudes face à COE, em que a maioria dos estudos faz a diferença entre o ter ouvido falar ou saber da existência do método, que não traduz, necessariamente, um conhecimento efetivo acerca do mesmo. Nesta revisão, o baixo conhecimento efetivo apresentado pela quase totalidade das amostras é associado ao facto de as principais fontes de informação sobre a COE se centrarem nas conversas entre amigos e colegas ou nos meios de comunicação em massa. Pelo que se torna relevante que este conhecimento possa ser obtido de uma forma mais formal, através da educação sexual. Kang e Moneyham (2008) evidenciaram uma associação significativa de maior conhecimento acerca da COE com a educação sexual e com o sexo feminino; de igual forma, também pudemos comprovar essa associação significativa na nossa amostra (com valores de $Z = -2,919$ e $p = 0,004$; $Z = 5,871$ e $p = 0,000$, para a educação sexual e sexo

feminino, respetivamente). Embora depois a efetividade desta educação sexual apareça comprometida pelo agravamento de comportamentos de risco verificados de 2010 para 2016, pois aumentou a percentagem de jovens que mencionou ter engravidado sem querer (4,1% para 6%), ter tido uma DST (3,3% para 5,2%) e ter realizado uma IVG (3,2% para 4,5%) (Reis et al., 2017).

Uma outra via para o conhecimento passa pela informação e esclarecimento no ato da aquisição, mas também aqui surgem entraves, pois a partir da liberalização, sem necessidade de prescrição e posterior alargamento dos pontos de dispensa, muitas vezes a aquisição é feita por terceiros, perdendo-se esta oportunidade de incremento do conhecimento e de tornar, porventura, um pouco mais rigoroso o consumo. M. Branco et al. (2007), num dos primeiros estudos feitos entre nós sobre a COE, perdeu mesmo 33,6% de elementos da amostra potencial, porque a aquisição foi feita por terceira pessoa que não o consumidor final. Por esta via, o próprio aconselhamento preconizado na lei pode ficar comprometido pelo alargamento dos pontos de dispensa fora das farmácias, em que, eventualmente, pode não estar presente um profissional totalmente habilitado para este esclarecimento cabal e individualizado. Um outro objetivo da lei que previa o encaminhamento para as consultas de PF, também não se encontra conseguido, pois, apesar da grande maioria ter recorrido a uma farmácia para a aquisição da COE, só a 20,1% dos casos foi referida a importância de recorrer a uma consulta de PF.

Como já referimos, é consensual que o conhecimento só por si não determina o comportamento. Também aqui depois de testar, não verificamos relação entre o conhecimento acerca da COE e a existência de comportamentos de risco, pelo não uso sistemático de métodos contraceptivos ($Z= 1,022$ e $p= 0,307$), pelo que, além de saber o conhecimento, quisemos saber de que maneira a atitude face à COE se associa com a sua eventual utilização pelos jovens. O teste desta hipótese revela que, de uma forma genérica e significativa, uma atitude mais favorável face à COE se associa ao grupo de utilizadores da mesma. A atitude é deveras importante como predisposição para a ação, tendo em conta o construto que lhe está subjacente (J. M. Ribeiro et al., 2012; Leite et al., 2020), pelo que quisemos também saber, depois do teste destas duas variáveis independentes, como se

relaciona o conhecimento com esta atitude dos jovens face à COE. O teste desta relação permitiu verificar que existe, entre as variáveis, uma correlação negativa, embora sem significado estatístico ($r = -0,031$; $p = 0,296$), ou seja, quanto maior é o conhecimento acerca da COE menos favorável é a atitude em relação à mesma. Podemos, assim, inferir que existe entre os jovens uma atitude que não se baseia no conhecimento da mesma, por outro lado, sendo a relação negativa e havendo “espaço” considerável para que se possa expandir o conhecimento, será expectável que se possa acentuar esta divergência aumentando o conhecimento, ou seja, que um maior conhecimento se correlacione de forma negativa e significativa com a atitude.

O que se pretende com esta mudança de atitude é que ela se traduza na sua utilização para números mais condizentes com a sua nomenclatura de CE, pois os números atuais fazem suspeitar de uma utilização indevida/abusiva, que o seu carácter autorregulado propicia (Lacerda et al., 2019; M. Santos et al., 2018b; Padoveze et al., 2021). Este uso, ou esta apetência por um método de uso totalmente livre, está demonstrado pelo incremento das vendas da COE após a sua passagem para venda livre, ou mais recentemente com o caso da pílula contendo Ulipristal que, introduzida em 2010 sujeita a prescrição médica e com vendas relativamente reduzidas, em 2015, com a passagem a venda livre, disparou o seu consumo, registando vendas sucessivas em crescendo. O nosso próprio estudo demonstra esta diferença quando 87% dos jovens fizeram a sua aquisição sem prescrição médica, facto similar à grande maioria dos estudos sobre a COE, em que a automedicação fica por demais evidente (Lacerda et al., 2019; Leal et al., 2019; Leite et al., 2020; Tose et al., 2020).

Leite et al. (2020) apontam que o facto de grande parte dos participantes dos estudos ter evidenciado uma atitude favorável à COE, pode significar uma maior probabilidade em relação ao seu uso e à indicação do método. Enfatizam, ainda, que a atitude face à COE parece não ter como fundamento um conhecimento efetivo, uma vez que grande parte dos participantes demonstrou apenas um conhecimento superficial acerca do método, pelo que a atitude parece fundar-se fortemente numa postura pessoal subjetiva.

4.6. Vigilância e procura dos serviços de saúde

Relativamente à vigilância em SSR, 71,6 % diz não frequentar a consulta de PF e uma percentagem ainda maior (84,1%) diz não recorrer aos serviços de saúde da instituição no âmbito da SSR. As razões mais apontadas pelos jovens para frequentarem estas consultas, são “Para vigilância de saúde” (57,6%) e “Para obter contraceção” (56,9%). Também no recurso aos serviços de saúde da instituição, o motivo para “Obter contraceção” é largamente dominante (72,7%). No sexo feminino só 50% refere fazer autoexame da mama e apenas 31,4% faz citologia cervicovaginal; o número já é mais expressivo nas que fizeram vacinação contra o HPV (78,1%). Das que afirmam fazer contraceção oral (67,1%), um número expressivo (49,1%) afirma que se esquece de tomar a pílula em 1 a 3 ciclos/ano, quando isso acontece a maioria (46,3%) não faz nada, continuando a toma e também a maioria (28,8%) não costuma contar ao médico/enfermeiro este esquecimento ou fá-lo às vezes (28,4%). No sexo masculino, a maioria não faz autoexame dos testículos (67,3%). A quase totalidade dos estudantes afirma que não teve nenhuma DST (96,8%) e a maioria não fez o teste ao VIH (81,3%). Os estudantes elegem maioritariamente o preservativo (83,4%), entre os métodos que podem prevenir as DST’s e também maioritariamente referem a não existência de gravidez no presente ou passado (97,5%).

Um dos principais motivos da procura dos profissionais de saúde por parte dos jovens adultos são os métodos contraceptivos, sobretudo a pílula por parte das raparigas (Rodrigues, 2014). Também, no nosso estudo, constatamos esse facto, sobretudo aquando do recurso aos serviços de saúde da instituição no âmbito da SSR. Salienta-se, no entanto, que o número de jovens a recorrer aos serviços de saúde é baixo, sendo este recurso efetuado essencialmente por elementos do sexo feminino, evidenciando a sua maior preocupação contraceptiva e sensibilidade para as questões do PF (M. Santos et al., 2018b). Pelo que não admira que exista, na nossa amostra, uma diferença significativa ($\chi^2=163,932$ e $p=0,000$) na frequência das consultas de PF, com valores mais elevados registados pelo sexo feminino. Regista-se, contudo, uma aparente contradição, pois apesar de os profissionais de saúde serem referidos como principais fontes de informação no âmbito da sexualidade e contraceção, a verdade é que o recurso aos serviços de saúde é

baixo, agravado pelo facto de as mulheres com idades mais baixas terem também uma frequência muito menor de consultas de PF ou de ginecologia (Águas et al., 2016).

O acesso universal a consultas e métodos contraceptivos constitui uma forma privilegiada de diminuir a gravidez indesejada e as DST's. No entanto, subsistem barreiras e dificuldades na promoção do acesso aos cuidados em SSR por parte dos jovens (M. Santos et al., 2018b). Destaca-se a existência de 24% dos jovens universitários (praticamente um em cada 4), que desconhece a presença de serviços de saúde no âmbito da SSR na sua instituição. Este afastamento geral dos jovens destas consultas, com destaque para o sexo masculino, é um entrave para a existência de momentos mais formais em que se possa enriquecer o conhecimento efetivo dos jovens em temáticas que se relacionam diretamente e podem ter repercussões diretas na vivência da sua sexualidade. Este conhecimento é importante, pois os resultados apontam para uma associação positiva entre um maior conhecimento e atitudes de SSR mais favoráveis e comportamentos mais protetores (M. Santos et al., 2018b). O conhecimento tem sido apontado como uma estratégia importante para melhorar as práticas de contraceção (Reis et al., 2013).

Embora maioritariamente os jovens digam não frequentar as consultas por não ter necessidade (85%), as falhas contraceptivas estão muito presentes nesta população (M. Santos et al., 2018b; Pimentel et al., 2016; Reis et al., 2017). A título ilustrativo, verificamos que, entre as estudantes participantes no estudo, maioritariamente fazem contraceção oral, mas menos de metade destas (43,2%) afirmam não se esquecer de tomar a pílula em nenhum ciclo, e quando ocorre o esquecimento a maioria não faz nada continuando a toma ou toma duas, revelando falta de conhecimento efetivo que possa colmatar as falhas na competência de utilização dos métodos contraceptivos (Margato, 2016). Também falha o reporte destes esquecimentos ao médico/enfermeiro (só 23,9% diz contar sempre este facto), para o que pode contribuir, em grande parte, a baixa frequência das consultas. Também M. Santos et al. (2018b), no seu estudo constataram este esquecimento relativamente frequente com 45,1% e 27,8% para um esquecimento e dois ou mais, respetivamente. No estudo nacional de 2015, entre as mulheres que faziam contraceção oral, 22% admitiu que se esquece de tomar a pílula todos os ciclos ou mais de

uma vez por mês, não sendo também habitual contar ao profissional de saúde os esquecimentos; apenas 15,6% referiu “Sim/às vezes” (Águas et al., 2016).

Por outro lado, os jovens não procuram os serviços de saúde, desvalorizando todos os outros cuidados no âmbito da SSR de que podem usufruir/beneficiar, nomeadamente em termos de vigilância de saúde e rastreios para despiste precoce de algum problema. Pelo que as atitudes profiláticas estão pouco presentes entre os nossos jovens, nomeadamente a realização do teste ao VIH (17%) ou a citologia cervicovaginal (31,4%). Noutros estudos nacionais, os números também não são animadores, A. Oliveira et al. (2017) encontraram uma percentagem de 10,7% para o teste ao VIH e 28,7% no estudo de Matos et al. (2018).

Estes números são preocupantes quando vemos o abandono progressivo do preservativo da primeira para a última relação (Matos et al., 2018; Spindola et al., 2019) e ainda mais em contexto de namoro (Delatorre & Dias, 2015; M. Santos et al., 2018b), pois este comportamento pode revelar-se nocivo entre os jovens, quando observamos a presença de comportamentos de risco sexual como as relações sexuais ocasionais (Darré et al., 2018; Spindola et al., 2020), mesmo quando existe uma relação de namoro (M. Santos et al., 2018a; Spindola et al., 2020), em que nem sempre a utilização do preservativo está presente. O comportamento sexual preventivo, nomeadamente pelo uso do preservativo, não depende exclusivamente dos conhecimentos (na nossa amostra o preservativo foi o principal método, apontado por 83,4% dos jovens, para prevenir as DST's), mas da motivação e do desenvolvimento das competências pessoais e sociais que promovam o uso do preservativo (Matos et al., 2018).

Portugal continua a ter uma das mais elevadas taxas da UE de novos casos de infeção VIH e SIDA (DGS & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019). Dos novos diagnósticos, 48% são tardios, ou seja, uma infeção detetada entre os 30 e os 40 anos de idade corresponde a um contágio ocorrido por volta dos 20 anos de idade ou menos (Matos et al., 2018). Na ausência de uma cura eficaz para o VIH/SIDA e tendo em conta a própria epidemiologia da doença, o controlo e prevenção da SIDA continuam a depender sobretudo da adoção e manutenção de comportamentos sexuais seguros (Ramiro et al., 2015).

4.7. Início da vida e gravidez

A maioria dos jovens aponta o começo da vida do novo ser humano na concepção (37,3%) ou na nidação (36%), existindo 26,7% que aponta para momentos posteriores à nidação. De forma similar, 36,1%, diz que a vida do novo ser humano começa a ter valor na concepção e 27,1% na nidação, sendo o número que aponta para momentos posteriores à nidação mais expressivo (36,8%). Já para o começo da gravidez, mais de metade dos jovens aponta o momento da concepção (54,9%). A fonte mais referida pelos jovens, quanto ao começo da gravidez, da vida e do seu valor, foram os professores (68,6%). De referir que pouco mais de metade destes jovens universitários (57,5%) apontou o meio do ciclo menstrual como o momento em que é mais fácil uma rapariga ficar grávida. A maioria referiu que uma rapariga pode engravidar a usar métodos contraceptivos (86,7%). Tendo presente que a atitude funciona como uma “mola propulsora” para a ação, quisemos saber de que forma esta predisposição face à COE se pode relacionar com a concepção de início da vida do novo ser humano. O teste desta relação veio demonstrar que os valores médios da atitude face à COE são sempre superiores em todas as dimensões e no valor global da COE, entre os jovens que referem o início da vida do novo ser humano na nidação ou num momento posterior a esta. Nestes jovens, esta atitude global, significativamente diferente e mais positiva em relação ao uso da COE, parece indiciar uma desconsideração/desvalorização da vida humana no seu início.

Porém, apontando os jovens de uma forma geral, para um início da vida do novo ser humano assim como do seu valor para a nidação ou etapas posteriores, não se compreende como depois referem maioritariamente o início da gravidez na concepção. Seria caso para perguntar, então a mulher está grávida de quê? Esta postura, algo incongruente, parece reveladora do sentimento/ideia de desvalorização das fases iniciais do desenvolvimento humano, em que se procura dissociar conceitos que estão eminentemente interligados. Refere-se a COE como não abortiva porque não existe gravidez (nidação), segundo a terminologia vigente e não se aclara de que forma a sua ação se repercute no início do desenvolvimento embrionário do ser humano. Só que, efetivamente, ninguém começou a sua existência na fase de blastocisto no processo de nidação!

Como refere Rodríguez Yunta (2016), nenhum outro feito biológico do desenvolvimento se pode dizer que seja o momento do começo de um novo ser, apontando para esse efeito a singularidade da fecundação. “Toda vida de cualquier ser viviente parte de una célula. ... Cualquier especie entre los seres vivos está definida por su constitución genética o genoma; también, por tanto el ser humano, cuyo genoma completo se haya presente en el cigoto” (p.5). Por outro lado, como também refere o autor, o uso da terminologia não é adequado ao apresentar a COE como um anticoncetivo, já que se presta a equívocos quando além do seu efeito anticoncetivo não está descartado o seu efeito antinidatário. E recordando as suas palavras, “La inhibición de la implantación del embrión trae como resultado necesariamente su muerte. Atentar contra la vida de un embrión antes de la implantación, aborto o no, no deja de ser un atentado a la vida de un ser humano” (Rodríguez Yunta, 2016, p.10).

Na sua perspetiva, criou-se na sociedade uma indiferença face ao embrião humano como se fosse manipulável de acordo com os interesses vigentes (Rodríguez Yunta, 2016). Este amolecimento moral é reflexo, quiçá, de um legalismo ético, de uma cultura de facilitismo em que se criam leis que sacrificam valores indiscutíveis. Convém, no entanto, não confundir o legal com o ético, uma atitude ou um comportamento consagrado na lei, não é, por esse facto, imediatamente legítimo do ponto de vista ético (V. Pinto, 2014).

Apresentamos a título de exemplo desta indiferença, desta desconsideração, desta desresponsabilização dos casais, nas palavras do coordenador nacional de saúde reprodutiva Jorge Branco, a percentagem incrível de 87% das mulheres que abortaram em 2009 na Maternidade Alfredo da Costa e que não usavam qualquer contraceptivo, ou seja, 1.425 das 1.632 que interromperam a gravidez. Outra questão que motiva preocupação para Jorge Branco, é o aborto repetido, pois em 468 dos casos já não era a primeira vez, e apesar de todas serem encaminhadas para consultas de PF, 125 continuaram a recusar a contraceção. A maior parte destes abortos (674) foi em mulheres jovens entre os 21 e 29 anos (Cristão, 2010). Pelo que temos de ter sempre presente que, por mais nobre que seja a finalidade a alcançar, “Un fin bueno no hace buena una acción en sí misma mala” (Rodríguez Yunta, 2016, p.14).

Com o evoluir de uma cultura que banalizou a sexualidade, verifica-se a perda da sensibilidade para avaliar socialmente os comportamentos sexuais. Inúmeros fatores, no tempo de hoje, conduziram ao embotamento da consciência, substituindo a consciência pessoal pela conveniência social ou de grupo. Esta consciência coletiva não tem valores de referência, dá curso à imitação sem fronteiras. A moral sexual é uma moral social, a verdade ética foi substituída pela tolerância social (V. Pinto, 2014).

No campo da sexualidade, os conhecimentos que se prendem de alguma forma com o possível início de uma nova vida (gestação), ao nível de estudantes universitários, não são propriamente os melhores, pois verificamos que mais de 13% não sabe que uma rapariga pode engravidar a usar contraceptivos e praticamente metade dos jovens (42,5%) apontou uma altura errada do ciclo menstrual, para essa probabilidade. Estes jovens, pela sua falta de conhecimento efetivo (crítico/reflexivo), estão mesmo em contraciclo com um dos principais argumentos a favor da COE, que é o de protelar o início da gravidez apenas para o processo da nidacão, para assim permitir desde logo a utilização da COE.

Limitações ao estudo

Como limitações ao estudo, podemos apontar o facto de os estudantes pertencerem todos à mesma universidade e o tipo de amostragem utilizada (não probabilística), limitando a generalização dos resultados. Embora os estudantes sejam provenientes de várias regiões do país e houvesse a preocupação de a amostra abranger as cinco escolas da universidade e os respetivos cursos, a generalização mostra-se mais adequada aos estudantes da universidade em que o estudo foi feito, ainda assim com as devidas ressalvas em função da amostragem utilizada, em que se admite a sobre-representação dos estudantes de enfermagem no estudo final. Na apresentação dos resultados é referida apenas a área de estudos dos participantes, por imposição da comissão de ética para a aprovação do estudo.

5. CONCLUSÃO

Tendo por base o estudo que desenvolvemos, é altura de reforçarmos os aspetos mais relevantes e, pelo menos sobre alguns, adiantar algumas sugestões que nos parecem pertinentes.

Começaremos por dizer que este estudo de abordagem quantitativa que procura lançar alguma luz sobre a obscuridade em que parece encontrar-se a COE, não pode ser visto desligado de toda a problemática que envolve a mesma. Como profissional da área da saúde, primeiro como prestador de cuidados diretos e desde há dezoito anos como docente na área da saúde, sentimos alguma inquietação neste domínio, que se traduziu numa primeira abordagem, no desenvolvimento de uma dissertação de mestrado sobre esta temática, a partir de um estudo junto de estudantes do ensino secundário, e, presentemente, nesta tese de doutoramento efetuada junto dos estudantes do ensino superior. A preocupação em procurarmos novos conhecimentos, levou ao presente estudo que se constituiu, de alguma forma, como uma continuação da dissertação de mestrado e também um desafio pessoal e curricular. Este desafio contribuiu decisivamente para melhorar o desempenho no exercício das nossas funções e, ao mesmo tempo, enriquecer-nos no âmbito da nossa própria realização pessoal. Feitas as contas, e esta será uma primeira conclusão, o esforço despendido, que sentimos gratificante, vê-se plenamente compensado. Na verdade, se foi importante conhecer o enquadramento que envolve a COE e as posições defendidas por alguns autores, mais importantes ainda foram os resultados obtidos. Estes traduzem uma realidade que é a nossa, constituindo um importante capital que, mais do que um ponto de chegada, se poderá assumir como ponto de partida para futuras pesquisas.

Tendo como referência esta abordagem, em particular os resultados obtidos, não ficaremos provavelmente indiferentes ao seu significado e às inferências permitidas. É que o estímulo que nos impeliu para este desafio permanece porventura mais forte. Ontem como hoje, a nossa preocupação, decorrente de um forte sentido de responsabilidade profissional, encontra-se reforçada, uma vez que sendo conhecidos, não poderemos ignorar estes dados. Assim, não será de admirar que enveredemos de novo em busca de mais alguns subsídios, relativamente a aspetos que merecem destaque, como o modesto conhecimento efetivo

encontrado relativamente à COE e, em particular, a sua relação com a atitude acerca da mesma.

Após esta apreciação, de carácter eminentemente pessoal, passaremos a mencionar alguns aspetos julgados pertinentes e dignos de nota no âmbito da COE.

A COE enferma de vários males, desde logo a negação, ~~ao arrepio da ciência~~, de que existe um novo ser humano desde a concepção, com direito à existência e à salvaguarda de condutas que o agridam. Por outro lado, a definição de gravidez somente a partir da nidação do blastocisto (desvalorizando o ser humano na fase inicial do seu desenvolvimento), serve a defesa de pretensos interesses individuais, familiares ou sociais.

Sendo a população alvo maioritariamente jovem, procura-se um assentimento não esclarecido, dado que a grande popularidade da COE reside, essencialmente, em tornar possível o anonimato – pela venda livre e autoadministração. Relembramos que a informação mais transmitida nas farmácias, como local privilegiado para a aquisição da COE, foi como devia ser tomada e os efeitos secundários possíveis e como os resolver.

Desse não esclarecimento resulta uma visão parcial do problema, dado que é entendida a COE como não abortiva, com base numa definição de gravidez feita à medida; nunca se fala que o seu efeito contraceptivo ou abortivo depende da fase do ciclo menstrual em que é tomada, impedindo ou atrasando a ovulação (evita a concepção) e evitando a nidação (não evita a concepção - fertilização do óvulo pelo espermatozóide). Situação que seria certamente ultrapassada se a sua venda fosse sujeita a prescrição médica, com esclarecimento oportuno e cabal do que está em causa, do desenvolvimento do ser humano desde o seu início e das diferentes perspetivas sobre o assunto. Por outro lado, não se pode equiparar estes “medicamentos” com potenciais efeitos adversos graves, sem o necessário despiste de interações perigosas, à venda livre de uma aspirina. Esta orientação clínica, em oposição à automedicação, tornaria certamente o consumo mais rigoroso e mais consentâneo com a sua denominação de emergência.

Demonstrado, pelos resultados obtidos, o muito que ainda há a fazer em matéria de COE, importa agora salientar relativamente à problemática estudada, que o uso da COE está

relacionado significativamente com os jovens universitários, que: *i)* demonstraram uma atitude mais favorável em relação à COE; *ii)* detinham um conhecimento superior da COE; *iii)* tinham atitudes sexuais mais positivas e utilitárias; *iv)* valorizavam os motivos para fazer sexo; *v)* adotavam comportamentos de risco; *vi)* tinham mais idade; *vii)* não tiveram aulas de educação sexual.

As diferenças observadas no ICOF e na EAEG, não se mostraram significativas na sua relação com o uso da COE pelos jovens. Já uma atitude mais positiva em relação à COE mostrou relação com uma postura de desvalorização das etapas iniciais do desenvolvimento do ser humano.

Relevante, também, foi o facto de não se verificar relação entre o conhecimento e a atitude face à COE. Assim, e pelos resultados obtidos, podemos inferir que existe uma atitude mais positiva entre os utilizadores da COE, mas que não se baseia em conhecimento efetivo (até pelo modesto conhecimento da COE que registamos). Simultaneamente, observámos uma correlação negativa entre estas duas variáveis, pelo que é nossa convicção que, aumentando de forma global o conhecimento acerca da COE, porque existe espaço para este incremento, nomeadamente no esclarecimento oportuno dos mecanismos de atuação da COE e suas implicações no início da vida do ser humano, se possa verificar uma atitude menos tolerante em relação à COE. Esta mudança de atitude, relevante para a mudança de comportamentos, poder-se-á traduzir em simultâneo numa vivência da sexualidade mais pautada pelo compromisso com exigências éticas, para comportamentos saudáveis, na vida afetivo-sexual dos jovens, com reflexos numa valorização da vida humana nos seus primórdios, enquanto caminho indispensável e inevitável no devir pessoal de cada um de nós.

Interessante será verificar a validade desta nossa suposição em estudos posteriores de intervenção/ação, realizados no âmbito da COE, assim como verificar a evolução nas posições assumidas pelos jovens, nomeadamente quanto à sua coerência e não contradição (como as por nós registadas na apresentação dos resultados relativamente ao início da vida e início da gravidez).

Pelos resultados, podemos afirmar que existe um grande número de jovens com uma vida

sexual ativa em que os comportamentos de risco estão muito presentes, nomeadamente pelo uso inconsistente dos métodos contraceptivos propiciando o uso da COE. De salientar os jovens do sexo masculino, que apresentam um risco acrescido pelos comportamentos e atitudes que adotam na vivência da sua sexualidade. Os comportamentos protetores e/ou profiláticos no âmbito da SSR são pouco mencionados pelos estudantes, designadamente o recurso às consultas de PF e aos serviços de saúde da sua instituição, contudo, estes estão mais presentes no sexo feminino. Os jovens revelam alguma indiferença relativamente à promoção da SSR e recurso aos serviços existentes, determinando uma procura que ainda é limitada, parecendo não reconhecer a importância de uma vigilância de saúde regular no âmbito da SSR.

Surge, assim, reforçada a necessidade de educação sexual, no sentido de inverter estes resultados e suprir as lacunas de conhecimento verificadas no âmbito da sexualidade/contraceção, até porque, embora a fonte de informação mais referida neste âmbito tenha sido os “profissionais de saúde”, a opção “amigos e colegas” ficou muito próxima. Sendo que grande parte dos estudos apontam, cada vez mais, o recurso a fontes informais para obter conhecimentos e os interlocutores privilegiados para falar de sexualidade/contraceção se centram nos “amigos e colegas”. Estes factos concorrem para que, muitas vezes, os conhecimentos sobre sexualidade/contraceção sejam fundamentados em informação menos séria, parcelar e superficial. Fortalece esta necessidade o facto de estes jovens não terem por hábito falar com os pais sobre sexualidade/contraceção, sendo porventura reflexo da funcionalidade familiar precária, ou mesmo fraca no caso da dimensão das relações interpessoais, que é central no âmbito da avaliação do funcionamento familiar pelo ICOF.

Pensamos, pois, ser importante a implementação de programas bem delineados de educação para a sexualidade, com base numa informação completa e correta, que contrarie a tendência da redução da sexualidade à genitalidade e uma interpretação higiénico-sanitária da educação sexual muito centrada na prevenção das DST's e gravidez indesejada, aspetos que, sendo de grande importância, não deixam de transparecer uma visão demasiado simplista ou reducionista da sexualidade e da educação sexual.

A eficácia da educação sexual ficou demonstrada em vários estudos, quer de contexto nacional, quer internacional, nomeadamente no aumento de conhecimentos sobre sexualidade/contraceção, embora estes tenham revelado fraca correlação com os comportamentos. Contudo, porque os conhecimentos sobre sexualidade/contraceção são cruciais como pré-requisitos para um comportamento seguro, é necessário continuar a investir neles.

Como reconhecido em diferentes estudos, parece evidente que o conhecimento, por si só, não garante as escolhas mais adequadas, pelo que a educação sexual deve ultrapassar um cunho tendencialmente reducionista e passar para uma visão mais holística e integradora da sexualidade, em que os aspetos psicossociais sejam amplamente explorados, afastando formatos *standard* de educação sexual e espartilhos ideológicos. É imperioso apresentar o conceito de uma sexualidade assumida, responsável, integrada na afetividade e capaz de ser vivida sem prejuízo para o próprio e para os outros.

Temos assistido à multiplicação de decisões legislativas com a produção de indicações de “matérias” a lecionar relacionadas com a vida afetivo-sexual, muitas vezes argumentando preocupações éticas sobre o respeito da vivência da sexualidade de cada um. No entanto, essa preocupação não é acompanhada com o reforço da promoção de comportamentos responsáveis e saudáveis. Transparece, muitas vezes, a ideia de implementação de uma ideologia de tal forma liberal, que parece promover uma certa anarquia sexual, o direito a todas as experiências, a maior facilidade na vida sexual desde a adolescência, sem qualquer compromisso, a partir das atitudes livres e quase sempre irresponsáveis. Na reflexão ética sobre a vida afetivo-sexual, as preocupações centram-se não na alteração dos comportamentos, mas na tentativa de evitar as suas consequências, mantendo inalteradas as atitudes causadoras dessas situações.

É necessário repensar a educação sexual, ultrapassando abordagens em que se apresenta como praticamente normal uma vida sexual sem barreiras, convidando à exploração do sensorial, reduzindo praticamente a vida sexual a uma procura do prazer, reflexo de uma cultura da facilidade, que não aceita compromissos e muito menos sacrifícios, tendo como resultado, muitas vezes, a instrumentalização do outro.

No entanto, há quem apresente como positivo programas de educação sexual na turma, numa visão diríamos amplamente liberal, em que, como resultado, se apresentam no grupo experimental, atitudes significativamente mais permissivas face ao sexo ocasional sem compromisso, com uma evolução em particular no sexo feminino, anulando as diferenças entre os sexos, como traduzindo uma maior emancipação do sexo feminino e igualdade entre os sexos. Quando, na nossa ótica, um resultado positivo seria a redução de comportamentos de risco no sexo masculino, traduzindo uma evolução para uma sexualidade mais responsável e pautada pelo compromisso com o par afetivo-sexual. Pensamos que a meta não é ir nivelando os comportamentos de risco por cima, se são reconhecidamente comportamentos a evitar, então não devemos implementar programas de intervenção em que o resultado seja precisamente o seu reforço!! (se queremos apagar uma fogueira não devemos adicionar gasolina?!).

Dada a unanimidade no reconhecimento da validade da educação sexual, podemos concluir que a sua implementação nas instituições de ensino superior seria uma mais-valia. Esta, como processo contínuo, deve ser extensível ou alargada ao ensino superior, altura em que se iniciam ou consolidam rotinas contraceptivas que convém fomentar como seguras e responsáveis. O seu interesse é notório quando verificamos a falta de conhecimentos que, não justificando totalmente, também contribuem, nestes jovens em particular, para a existência de muitas condutas de risco para a saúde com repercussão especial na vivência da sua sexualidade. No âmbito da educação sexual devem ser apresentadas as consequências reais dos comportamentos de risco, não desvalorizando ou menosprezando os seus potenciais efeitos negativos. Alguns estudantes defendem mesmo a sua inclusão obrigatória no ensino superior e com mensagens fortes para prevenir os comportamentos irresponsáveis. Pensamos ser relevante, no sentido de aumentar a efetividade das intervenções junto dos jovens, a inclusão de estudantes (como replicadores/multiplicadores), dada a comprovada influência do grupo de pares nos conhecimentos e comportamentos no âmbito da sexualidade.

Esta educação sexual no ensino superior está justificada, não só como forma de colmatar ou relembrar temáticas da educação sexual do ensino básico e secundário, cujo conteúdo

recordado é mínimo, mas também pela constatação, junto dos participantes neste estudo, de duas premissas muito negativas que conduzem ao uso da COE: a não utilização de contraceção de forma deliberada e, também, o uso da COE por falhas contraceptivas, na quase totalidade relacionadas com o uso ineficaz do preservativo!!

No presente estudo, os dados obtidos permitem verificar que daqueles que utilizaram a CE (272 jovens), a maioria composta por 146 jovens não fazia uma utilização sistemática de métodos contraceptivos (53,7%). É urgente remodelar a política e as estratégias de educação sexual junto dos jovens de forma a minimizar estes números e as suas consequências, trágicas por vezes, permitindo-lhes vivenciar a sua sexualidade de uma forma mais responsável e consciente.

Uma justificação possível para estes resultados poderá estar no desinvestimento na educação sexual formal, que nos últimos anos se tem limitado aos conteúdos que fazem parte das disciplinas escolares, ou mesmo à diminuição do número das campanhas de prevenção do VIH/SIDA e, por último, o facto de esta infeção VIH/SIDA se ter passado a considerar uma “doença crónica” e não uma “sentença de morte”, desvalorizando a importância da proteção. A inovação das intervenções “terapêuticas” no âmbito das DST’s e gravidez indesejada podem ter contribuído de forma determinante para um aumento da sensação de invulnerabilidade, alterando decisivamente a representação do risco e a sua perceção.

A realização deste estudo teve o condão de nos permitir ter um conhecimento mais aproximado da realidade no âmbito da COE, vindo confirmar aquela que era já a nossa convicção. Ou seja, o uso da COE pelos jovens não é acompanhado por um conhecimento efetivo acerca da mesma, assim como subsistem muitas imprecisões na vivência da sexualidade dos jovens, apesar da tão apregoada educação sexual. Números que, pela nossa parte, nos fazem repensar a própria atividade docente junto dos jovens universitários, no sentido do esclarecimento cabal, para a vivência de uma sexualidade menos “atormentada” (pela ignorância), mas também, e sempre, mais responsável.

Como já referimos, é nossa intenção no futuro, a implementação de um estudo prospetivo de investigação/ação no âmbito desta temática da COE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiodun, O. (2016). Use of emergency contraception in Nigeria: An exploration of related factors among sexually active female university students. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 14-20. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/>
- Águas, F., Bombas, T., & Silva, D. P. (2016). Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(3), 185-192. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n3/v10n3a02.pdf>
- Alano, G. M., Costa, L. N., Miranda, L. R., & Galato, D. (2012). Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2397-2404. <https://www.scielo.br/j/csc/a/4z6DyDj5Tqq7GvzpR3fKczk/?format=pdf&lang=pt>
- Alegre-del Rey, E. J., Fenix-Caballero, S., Díaz-Navarro, J., & Rodriguez-Martin, E. (2015). Post-fertilization effect of poscoital levonorgestrel. *European Journal of Clinical Pharmacy*, 7(6), 432-435. https://www.researchgate.net/publication/291506026_Post-fertilization_effect_of_postcoital_levonorgestrel
- Alegre-del Rey, E. J., Fenix-Caballero, S., Díaz-Navarro, J., & Rodriguez-Martin, E. (2016). Píldora poscoital: Un debate científico necessário. *Gaceta Sanitaria*, 30(5), 401-403. <https://scielo.isciii.es/pdf/ga/v30n5/carta1.pdf>
- Alferes, V. (1999). Escala de Atitudes Sexuais (EAS). In M. R. Simões, M. Gonçalves & Almeida, L. (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. II, pp. 131 - 147). APPORT/SHO.
- Alferes, V. R. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais: Para uma psicologia social da sexualidade*. Edições Afrontamento.
- Almeida, A. N. (2004). *Fecundidade e contracepção*. Imprensa de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Almeida, C. M., Rodrigues, V. M., & Escola, J. J. (2013). The representations of human vulnerability held by health workers: Development and validation of a scale. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(Spec), 29-37. <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/05.pdf>
- Almeida, C. T. (2007). *Da indiferença à proximidade: Contributos de Emmanuel Lévinas para uma nova Ética*. Gráfica de Coimbra.
- Almeida, C. T., & Castro, J. (2014). Reflexão sobre uma abordagem ética em educação sexual. In C. A. Ferreira, A. M. Bastos & H. Campos (Orgs.), *Práticas educativas: Teorização e formas de intervenção* (pp. 166-177). UTAD. <https://docplayer.com.br/6186271-Praticas-educativas-teorizacao-e-formas-de->

intervencao.html

- Almeida, C., & Teixeira, C. (2010). Do Eros ao Aghapé: O amor como vivência máxima da sexualidade. In *Sexualidade e educação para a felicidade*. ALETHEIA - Associação Científica e Cultural. Faculdade de Filosofia, Universidade Católica.
- Amengual, M. L., Canto, M. E., Berenguer, I. P., & Pol, M. I. (2016). Revisão sistemática do perfil de usuárias de contraceção de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-10. <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281449727124.pdf>
- Antunes, M. T. (2007). *Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior*. Formasau.
- Asare, M. (2015). Using the theory of planned behavior to determine the condom use behavior among college students. *American Journal of Health Studies*, 30(1), 43-50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4621079/S187757561500066X>
- Associação para o Planeamento da Família. (2021). *Métodos contraceptivos: Contraceção de emergência*. <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos/contracecao-de-emergencia>
- Azevedo, A. S., & Ferreira, E. E. (2020). Vinculação aos pais, ao par amoroso e comportamentos sexuais de risco. In H. Pereira, S. Monteiro, G. Esgalhado, A. Cunha & I. Leal (Orgs.), *13º Congresso nacional de psicologia da saúde: Actas* (pp. 803-812). Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Aznar Lucea, J. (2006). Contracepción de emergência. *Cuadernos de Bioética*, 17(3), 305-326. <https://www.redalyc.org/pdf/875/87506103.pdf>
- Barbas, S. M. (1999). O início da personalidade jurídica: O artigo 66.º do código civil português perdido no tempo e contra a ciência. *Brotéria*, 148, 539-547.
- Bayer. (2016). *Informação para o utilizador Postinor 1500 microgramas comprimidos*. https://gedeonrichter.pt/wp-content/uploads/2017/07/Postinor-1500-mcg-tbl_PIL_pt_agosto2016.pdf
- Beltzer, N., Saboni, L., Sauvage, C., Lydié, N., Semaille, C., Warszawski, J., & Group KABP France. (2013). An 18-year follow-up of HIV knowledge, risk perception, and practices in young adults. *AIDS*, 27(6), 1011-1019. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32835e1583>
- Bento XVI. (2005). *Carta encíclica Deus caritas est*. Libreria Editrice Vaticana. https://ens.pt/protected/wpcontent/uploads/2018/05/enciclica_deus_caritas_est.pdf
- Blunch, N. (2008). *Introduction to structural equation modelling using SPSS and AMOS*.

Sage.

- Borges, M. R., Silveira, R. E., Santos, A. S., & Lippi, U. G. (2015). Comportamento sexual de ingressantes universitários. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 7(2), 2505-2515. <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750946027.pdf>
- Branco, M. J., Nunes, B., Gouveia, V., & Guerreiro, J. (2007). Uma observação sobre “Contracepção Oral de Emergência”. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 44/45, 27-36.
- Branco, N. S. (2010). *Estilos de aprendizagem de estudantes de enfermagem do 1º ciclo de estudos*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. <https://core.ac.uk/download/pdf/61507736.pdf>
- Brandão, E. R., Cabral, C. S., Ventura, M., Paiva, S. P., Bastos, L. L., Oliveira, N. V., & Szabo, I. (2016). “Bomba hormonal”: Os riscos da contracepção de emergência na perspectiva dos balconistas de farmácias no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(9), 1-11. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00136615.pdf>
- Brown, T. (2006). *Confirmatory factor analyses for applied Research*. The Guilford Press.
- Caldeira, E. C. (2015). *Promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes: A educação sexual em contexto escolar*. Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10451/20228>
- Cardoso, A. L. (2001). Estatuto jurídico do embrião e o abortamento. *Cadernos de Bioética*, 27, 5-12.
- Casini, C. (2003). Os direitos do embrião. *Servir*, 4, 158-165.
- Castel-Branco, M. (2010). Pílula do dia seguinte: Depois das farmácias e para-farmácias, vai agora para as escolas? In M. Gonçalves, C. B. Morais & J. M. Lopes (Orgs.), *Sexualidade e educação para a felicidade* (pp. 229-242). Braga: ALETHEIA: Associação Científica e Cultural. Faculdade de Filosofia, Universidade Católica.
- Castro, A. (2016). Sexual behavior and sexual risks among Spanish University Students: A descriptive study of gender and sexual orientation. *Sexuality Research and Social Policy*, 13, 84-94. <https://doi.org/10.1007/s13178-015-0210-0>
- Castro, A., & Santos-Iglesias, P. (2016). Sexual behavior and sexual risks among Spanish University Students: A descriptive study of gender and sexual orientation. *Sexuality Research and Social Policy*, 13(1), 84-94. <https://doi.org/10.1007/s13178-015-0210-0>

- Castro, J. (2008). Conhecimentos e atitudes dos jovens face à contracepção de emergência. In A. S. Carvalho & W. Osswald (Coords.), *Ensaio de bioética* (pp. 133-145). Universidade Católica Editora.
- Castro, J. F., & Rodrigues, V. M. (2009). Adolescent knowledge and attitudes regarding emergency contraception. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 889-894.
<https://www.scielo.br/j/reusp/a/p8Zp4qDsrPT58YpfdkXX8nP/?lang=pt&format=pdf>
- Chaves, J. C. (2016). Práticas afetivo-sexuais juvenis: Entre a superficialidade e o aprofundamento amoroso. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 320-330.
<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n2/1807-0310-psoc-28-02-00320.pdf>
- Chofakian, C. B., Borges, A. L., Sato, A. P., Alencar, G. P., Santos, O. A., & Fujimori, E. (2016). O conhecimento da contracepção de emergência afeta seu uso entre adolescentes do ensino médio do Brasil? *Cadernos de Saúde Pública*, 32(1), 1-11.
<https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n1/0102-311X-csp-0102-311X00188214.pdf>
- Cragg, A., Steenbeek, A., Asbridge, M., Andreou, P., & Langille, D. (2016). Sexually transmitted infection testing among heterosexual Maritime Canadian university students engaging in different levels of sexual risk taking. *Canadian Journal of Public Health*, 107(2), 149-154. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6972136/pdf/41997_2016_Article_107020149.pdf
- Cristão, C. (2010, 10 fevereiro). *87% das mulheres que abortam não usam contraceptivos*. Diário de Notícias. <https://www.dn.pt/portugal/87-das-mulheres-que-abortam-nao-usam-contraceptivos-1490920.html>
- Croxatto, H. B., Brache, V., Pavez, M., Cochon, L., Forcelledo, M. L., Alvarez, F., Massai, R., Faundes, A., & Salvatierra, A. M. (2004). Pituitary–ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75-mg dose given on the days preceding ovulation. *Contraception*, 70(6), 442-450.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782404001568?via%3Dihub>
- Dantas, K. T., Spíndola, T., Teixeira, S. V., Lemos, A. C., & Ferreira, L. E. (2015). Jovens universitários e o conhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis: Contribuição para cuidar em enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 7(3), 3020-3036. <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750947028.pdf>
- Darré, T., Saka, B., Walla, A., Ekouévi, K. D., & Folligan, K. (2018). Sexuality, sexually

- transmitted infections and contraception among health sciences students in university of Lomé, Togo. *BMC Research Notes*, 11(1), 808-810. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3923-3>
- Deblonde, J., Hamers, F. F., Callens, S., Lucas, R., Barros, H., Rützel, K., Hemminki, E., & Temmerman, M. (2014). HIV testing practices as reported by HIV-infected patients in four European countries. *AIDS Care*, 26(4), 487-496. <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.841831>
- Decreto-Lei n.º 134/2005*, de 16 de agosto. Estabelece o regime da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias. Diário da República, 156, Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 176/2006*, de 30 de agosto. Estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano... Diário da República, 167, Série I-A.
- Delatorre, M. Z., & Dias, A. C. (2015). Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários. *Revista da SPAGESP*, 16(1), 60-73. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v16n1/v16n1a06.pdf>
- Direção-Geral da Educação. (2019). *Relatório - Acompanhamento e avaliação da implementação da lei n.º 60/2009 de 6 de agosto*. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Noticias_Imagens/relatorio_lei60_ed_sexual_versao20agosto2019.pdf
- Direção-Geral da Saúde, & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). *Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2019*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/Relat-VIH-SIDA-2019.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde* (2a ed.). <https://nocs.pt/wp-content/uploads/2020/11/violencia-interpessoal.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018a). *Infeção VIH e SIDA, desafios e estratégias 2018*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/07/RelatorioVIH_SIDA2018.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2018b). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez*. https://www.spdc.pt/images/RelatrioIVG2018_Imprensa.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa nacional de saúde reprodutiva*. Ministério da Saúde. <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/upload/ficheiros/i009709.pdf>
- Domingues, F. B. (2001). Bioética, saúde e objecção de consciência. *Acção Médica*, 2, 16-24.

- Durand, M., Koistinen, R., Chirinos, M., Rodríguez, J. L., Zambrano, E., Seppälä, M., & Larrea, F. (2010). Hormonal evaluation and midcycle detection of intrauterine glycodelin in women treated with levonorgestrel as in emergency contraception. *Contraception*, 82(6), 526-533. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782410003380?via%3Dihub>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2018-2017 data*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf>
- Ezzell, M. B., Johnson, J. A., Bridges, A. J., & Sun, C. F. (2020). I (dis)like it like that: Gender, pornography, and liking sex. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(5), 460-473. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1758860>
- Fernandes, A. E. (2021). O início da personalidade jurídica. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, 7(3), 181-200. https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2021/3/2021_03_0181_0200.pdf
- Fernández Sanabria, R. V. (2016). El dato biológico en la reflexión moral sobre la vida humana naciente: Valoración del tema en los escritos de A. Hellegers, J. Diamond, B. Häring y R. McCormick. *Cuadernos Doctorales de la Facultad de Teología*, 65, 71-147. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/42229/1/CCDDTT%2065.2%20%282016%29.pdf>
- Fernando, A. L. (2019). *A tutela indemnizatória dos nascituros já concebidos à luz da dogmática comum da responsabilidade civil*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa, Porto. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/30352>
- Field, A. P. (2005). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. Sage.
- Firmeza, S. N., Fernandes, K. J., Santos, E. N., Araújo, W. J., Oliveira, E. S., & Silva, A. R. (2016). Comportamento sexual entre acadêmicos de uma universidade pública. *Revista Rene*, 17(4), 506-511. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4943/3644>
- Flora, M. C., Rodrigues, R. F., & Paiva, H. M. (2013). Intervenções de educação sexual em adolescentes: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 10 (Série 3), 126-134. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a15.pdf>
- Folch, C., Álvarez, J. L., Casabona, J., Brotons, M., Castellsagué, X., & Grupo Jóvenes e Internet. (2015). Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de

- Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 89(5), 471-485. http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n5/05_original3.pdf
- Fortin, M.-F. (2003). Os objectivos da investigação e as suas questões ou hipóteses. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3a ed., cap. 8, pp. 99-110). Lusociência.
- Fortin, M.-F., & Nadeau, M. (2003). A medida em investigação. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3a ed., cap. 16, pp. 215-237). Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, P. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Vissandjeé, B. (2003). A investigação científica. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3a ed., cap. 1, pp. 15-24). Lusociência.
- Fortin, M.-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3a ed., cap. 17, pp. 238-265). Lusociência.
- Fortin, M.-F., Vissandjeé, B., & Côté, J. (2003). Escolher um problema de investigação. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3a ed., cap. 4, pp. 47-60). Lusociência.
- Foster, C., Caravelis, C., & Kopak, A. (2014). National College Health Assessment Measuring Negative Alcohol: Related consequences among college students. *American Journal of Public Health Research*, 2(1), 1-5. <https://doi.org/10.12691/ajphr-2-1-1>
- Foucault, M. (1998). *História da sexualidade 2: O uso dos prazeres* (8a ed.). Edições Graal.
- Foucault, M. (2009). *História da sexualidade 1: A vontade de saber* (19a ed.). Edições Graal.
- Franco, G. R., & Rodrigues, M. C. (2018). Autoeficácia e desenvolvimento positivo dos jovens: Uma revisão narrativa da literatura. *Trends Psychology*, 26(4), 2267-2282. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v26n4/v26n4a20.pdf>
- Frota, H. A. (2020). Do Eros ao Ágape: Amor sexual e transcendência em Rollo May. *Revista Transdisciplinar*, 15(15), 11-25. <http://revistatransdisciplinar.com.br/wp-content/uploads/2020/02/Hidemberg-Alves-da-Frota.pdf>

- Gama, J. P. (2016). *Violência sexual no campus universitário em Portugal* (Dissertação de mestrado, ISPA - Instituto Universitário. <https://core.ac.uk/download/pdf/80521051.pdf>
- Gaspar, A. (2018, 8 abril). Vendas da pílula do dia seguinte a aumentar. *Jornal de Notícias*, p. 6.
- Germán Zurriarain, R. G. (2015). La cuestión de fondo sobre el tema del aborto. *Persona y Bioética*, 19(1), 117-128. <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v19n1/v19n1a09.pdf>
- Ghandour, L. A., Mouhanna, L., Yasmine, R., & El Kak, F. (2014) Factors associated with alcohol and/or drug use at sexual debut among sexually active university students: Cross-sectional findings from Lebanon. *BMC Public Health*, 14, 671-681. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-671>
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5a ed.). Editora Atlas.
- Goldim, J. R. (2007). *Início da vida de uma pessoa humana*. <https://www.ufrgs.br/bioetica/inivida.htm>
- Gomes, A., & Nunes, C. (2015). Representação social do sexo nos jovens adultos portugueses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(1), 177-185. <https://www.scielo.br/pdf/prc/v28n1/0102-7972-prc-28-01-00177.pdf>
- Gomes, A., Fernandes, A., Ribeiro, R., & Cardoso, J. (2018). Ciberpornografia e atitudes sexuais em estudantes universitários: estudo exploratório. In I. Leal, S. V. Humboldt, C. Ramos, A. F. Valente & J. L. Ribeiro (Orgs.), *Actas do 12º Congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 33-41). ISPA - Instituto Universitário. http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20865/1/Comunicacao01_JCardoso.pdf
- Gómez-Fajardo, C. A. (2014). Observaciones bioéticas sobre el "consenso de Estambul": El cientificismo y la omisión de lo humano en la embriología humana. *Persona y Bioética*, 18(1), 35-45. <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v18n1/v18n1a04.pdf>
- Gouveia, P., Leal, I., Maroco, J., & Cardoso, J. (2010). Escala de motivação para fazer e não fazer sexo: Versão adolescentes. In I. Leal & J. Maroco, J., *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 87-102). Legis Editora.
- Gräf, D. D., Mesenburg, M. A., & Fassa, A. G. (2020). Comportamento sexual de risco e fatores associados em universitários de uma cidade do Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 54, 41-53. <https://scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/41/pt>
- Grupo de Trabalho de Educação Sexual. (2007). (2007). *Educação para a saúde nas escolas: Relatório final*. http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/relatorio_

final_gtes. pdf

- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2006). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Pearson Educational.
- Hambleton, R., & Kanjee, A. (1995). Translacion of tests and attitude scales. In T. Husen & T. N. Postiewaite (Eds.), *International encyclopedia of reeducation* (2nd ed., pp. 6326-6334). Pergamon Press.
- Henson, R. K., & Roberts, J. K. (2006). Exploratory factor analysis reporting practices in published psychological research: Common errors and some comment on improved practice. *Educational and Psychological Measurement*, 66(3), 393-416.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário* (2a ed.). Edições Sílabo.
- Hoffman, S., Levasseur, M., Mantell, J. E., Beksinska, M., Mabude, Z., Ngoloyi, C., Kelvin, E. A., Exner, T., Leu, C-S., Pillay, L., & Smit, J. A. (2017). Sexual and reproductive health risk behaviours among South African university students: Results from a representative campus-wide survey. *African Journal of AIDS Research*, 16(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.2989/16085906.2016.1259171>
- Jesus, L. M., & Valente, A. R. (2016). *Cross-cultural Adaptation of Health Assessment Instruments*. Universidade de Aveiro. <http://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/JesusValente2016.pdf>
- Kahlenborn, C., Peck, R., & Severs, W. B. (2015). Mechanism of action of levonorgestrel emergency contraception. *The Linacre Quarterly*, 82(1), 18-33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4313438/pdf/lnq-82-18.pdf>
- Kang, H. S., & Moneyham, L. (2008). Use of contraceptive pills and condoms by college students: A survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 775-783. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.008>
- Kurjak, A. (2003). The beginning of human life and its modern scientific assessment. *Clinics in Perinatology*. 30(1), 27-44. <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0095510802000878/first-page-pdf>
- Lacerda, J. O., Portela, F. S., & Marques, M. S. (2019). O uso indiscriminado da anticoncepção de emergência: Uma revisão sistemática da literatura. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 13(43), 379-386. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/1541/2275>
- Leal, A. V., Rodrigues, C. R., & Dalcin, M. F. (2019). Atenção farmacêutica no uso de contraceptivos de emergência: Uma breve revisão. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 27(2), 159-163. <https://www.mastereditora.com>

br/periodico/20190704_103151.pdf

Lei n.º 12/2001, de 29 de maio. Contraceção de emergência. Diário da República, 124, Série-A I.

Lei n.º 3/84, de 24 de março. Educação sexual e planeamento familiar. Diário da República, 71. Série I.

Lei n.º 60/2009, de 06 de agosto. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. Diário da República, 151. Série I.

Leite, A. A., Passos, A. L., Araújo, L. F., Negreiros, F., & Freire, S. E. (2020). Conhecimentos, práticas e atitudes frente à anticoncepção de emergência: Revisão sistemática. *Psicologia Revista*, 29(1), 201-222. <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/42563/33349>

Leme, V. B., Coimbra, S., Dutra-Thomé, L., Braz, A. C., Morais, G. A., Falcão, A. O., & Fontaine, A. M. (2021). Preditores das crenças de autoeficácia de jovens frente aos papéis de adulto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37, 1-11. <https://www.scielo.br/j/ptp/a/3QYkcvZDHqWnd3gjn7gpVjq/>

Lipovetsky, G. (2007). *A felicidade paradoxal. Ensaio sobre a sociedade do hiperconsumo*. Edições 70.

López, F., & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Associação para o Planeamento da Família.

Loureiro, J. C. (2001). Estatuto do embrião. In L. Archer, J. Biscaia & W. Osswald (Coords.), *Novos desafios à bioética* (pp. 110-121). Porto Editora.

Magalhães, S. P. (2019). *Estilos de vinculação na adultez emergente: Que relação com a parentalidade helicóptero, diferenciação do self e perturbação emocional?* Dissertação de mestrado, Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/9771/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_SofiaMagalh%C3%A3es_vers%C3%A3ofinal.pdf

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (1996). *Técnicas de pesquisa* (3a ed.). Editora Atlas.

Margato, D. (2016, 3 maio). Pílula do dia seguinte com venda recorde. *Jornal de Notícias*, pp. 4-5.

Marôco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3a ed.). Edições Sílabo.

Marques, M. A. (2016). *Violência no namoro em estudantes universitários portugueses*. Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior.

- https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5311/1/4918_9757.pdf
- Massai, M. R., Forcelledo, M. L., Brache, V., Tejada, A. S., Salvatierra, A. M., Reyes, M. V., Alvarez, F., Faúndes, A., & Croxatto, H. B. (2007). Does meloxicam increase the incidence of anovulation induced by single administration of levonorgestrel in emergency contraception? A pilot study. *Human Reproduction*, 22(2), 434-439. <https://academic.oup.com/humrep/article/22/2/434/2939065>
- Matos, M. G., Reis, M., & Equipa Aventura Social. (2012). *A saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários: Dados nacionais 2010*. Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL. http://aventurasocial.com/arquivo/1356031665_V5%20Relatorio-Universitarios_protegido.pdf
- Matos, M. G., Reis, M., Gaspar, T., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social. (2018). *Vida sem Sida: Relatório final*. http://aventurasocial.com/arquivo/1530824937_VidasemSida_Gilead2018.pdf
- Matos, M. G., Reis, M., Ramiro, L., Ribeiro, J. P., & Leal, I. (2014). Educação sexual em Portugal: Legislação e avaliação da implementação nas escolas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 35-55. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150203>
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social. (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão: Dados nacionais 2014*. Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL. http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf
- McCormack, M., & Wignall, L. (2017). Enjoyment, exploration and education: Understanding the consumption of pornography among young men with non-exclusive sexual orientations. *Sociology*, 51(5), 975-991. <https://doi.org/10.1177/0038038516629909>
- McLaren, A. (1997). *História da contraceção: Da antiguidade à actualidade*. Terramar.
- Melo, H. P., & Nunes, R. (2000). Nota sobre a interrupção de gravidez. *Cadernos de Bioética*, 23, 71-88.
- Mendonça, J. T. (2010). Elementos bíblicos para uma erótica cristã. In M. Gonçalves, C. B. Morais & J. M. Lopes, *Sexualidade e educação para a felicidade* (pp. 31-39). Associação Científica e Cultural, Faculdade de Filosofia, Universidade Católica.
- Miranda, I. V. (1998). Quando começa a pessoa. *Cadernos de Bioética*, 16, 41-46.
- Moghaddam, M. R., Mashhadi, I. E., Fathimoghadam, F., & Pourafzali, S. J. (2015). Sexual and reproductive behaviors among undergraduate university students in

- Mashhad, a city in Northeast of Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 16(1), 43-48. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322181/pdf/JRI-16-43.pdf>
- Mola, R., Pitanguí, A. C., Barbosa, S. A., Almeida, L. S., Sousa, M. R., Pio, W. P., & Araújo, R. C. (2016). Uso de preservativo e consumo de bebida alcoólica em adolescentes e jovens escolares. *Einstein*, 14(2), 143-151. https://www.scielo.br/pdf/eins/v14n2/pt_1679-4508-eins-14-2-0143.pdf
- Muñiz, J. (1994). Traducción/adaptación de testes educativos y psicológicos. *Papeles del Psicólogo*, 59. <http://www.papelesdel psicologo.es/resumen?pii=626>
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. https://www.researchgate.net/publication/28070591_Directrices_para_la_traducción_y_adaptación_de_los_tests
- Nadais, C. D. (2018). *Lazeres eróticos e sexuais. Práticas, consumos e percepções da população portuguesa*. Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/86942>
- Nave, F. J. (2006). *Os padrões da cultura organizacional da família. Uma abordagem da funcionalidade familiar, numa perspetiva organizacional*. Tese de doutoramento, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciência Humanas e Sociais. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/483>
- Nelas, P., Chaves, C., Coutinho, E., & Amaral, O. (2016). Values and beliefs about sexuality, motherhood and abortion. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 211-219. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851778022.pdf>
- Neto, S., Bombas, T., Arriaga, C., Almeida, M. C., & Moleiro, P. (2014). Contraceção na adolescência: Recomendações para o aconselhamento contraceutivo. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 51-63. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Seccao_Medicina_Adolescente/ContraceCAo%20SPMA.pdf
- Neves, M. C., & Osswald, W. (2007). *Bioética simples*. Editorial Verbo.
- Neves, S., Ferreira, M., Borges, J., Correia, M., Abreu, A. L., Correia, A., Topa, J., & Silva, E. (2020). *Estudo nacional sobre a violência no namoro em contexto universitário: Crenças e práticas - 2017/2020*. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/14804/Estudo+Nacional+sobre+a+viol%C3%Aancia+no+namoro+em+contexto+universit%C3%A1rio/6866595d-6e90-4909-9320-69f119011965>

- Nibabe, W. T., & Mgutshini, T. (2014). Emergency contraception amongst female college students: Knowledge, attitude and practice. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 6(1), 538-544. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4502892/>
- Noé, G., Croxatto, H. B., Salvatierra, A. M., Reyes, V., Villarroel, C., Muñoz, C., Mortales, G., & Retamales, A. (2010). Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception*, 81(5), 414-420. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782409005411>
- Noé, G., Croxatto, H. B., Salvatierra, A. M., Reyes, V., Villarroel, C., Muñoz, C., Mortales, G., & Retamales, A. (2011). Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception*, 84(5), 486-492. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782411001065?via%3Dihub>
- Nogueira, M. J. (2017). *Saúde mental em estudantes do ensino superior: Factores protectores e fatores de vulnerabilidade*. Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/28877/1/ulsd730773_td_Maria_Nogueira.pdf
- Oliveira, A. (2008). *Preservativo, sida e saúde pública: Factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/SIDA* (10a ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, A. C., Caramelo, F., Patrício, M., Camarneiro, A. P., Cardoso, S. M., & Pita, J. R. (2017). Impacto de um programa de intervenção educativa nos comportamentos sexuais de jovens universitários. *Revista de Enfermagem Referência*, 13(Série 4), 71-82. <https://doi.org/10.12707/RIV17022>
- Oliveira, C. T., Santos, A. S., & Dias, A. C. (2016). Expectativas de universitários sobre a universidade: Sugestões para facilitar a adaptação académica. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 17(1), 43-53. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v17n1/06.pdf>
- Osswald, W. (1995). *Relatório-parecer (15/CNECV/95) sobre a experimentação do embrião*. <https://www.cneqv.pt/pt/pareceres/parecer-sobre-a-experimentacao-do-embriao-15-cneqv-95>
- Pacheco, A., Costa, A. R., Martins, I., Palma, F., Sousa, F., Almeida, M. C., & Bombas, T. (2015). *Recomendações sobre contraceção de emergência*. Sociedade Portuguesa de Contraceção. https://www.spdc.pt/files/14_Recomendacoes_CE.pdf

- Paço, S., & Deodato, S. (2016). Estatuto do embrião humano: Uma visão humanista. *Gazeta Médica*, 4 (3), 162-167. <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/43/65>
- Padoveze, I., Costa, A. B., Silva, F. T., Pinheiro, V., Silva, N. M., Tashima, C. M., & Melo, S. C. (2021). Uso da anticoncepção de emergência em estudantes universitárias. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 9633-9643. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/23740/19072>
- Pais, J. M. (1998). Vida amorosa e sexual. In J. M. Pais, *Gerações e valores na sociedade portuguesa contemporânea* (pp. 407-465). Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa/Secretaria de Estado da Juventude.
- Pan American Health Organization, & World Health Organization. (2000). *Promotion of sexual health: Recommendations for action*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/42416/promotionsexualhealth.pdf?sequence=1&isAll owed=y>
- Parks, K. A., Frone, M. R., Muraven, M., & Boyd, C. (2017). Nonmedical use of prescription drugs and related negative sexual events: Prevalence estimates and correlates in college students. *Addictive Behaviors Research*, 65, 258-263. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.018>
- Patias, N. D., Fiorin, P. C., Lima, L. S., & Dias, A. C. (2014). O fenômeno da parentalidade durante a adolescência: Reflexões sobre relações de gênero. *Revista da SPAGESP Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 15(2), 45-62. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n2/v15n2a05.pdf>
- Peck, R., & Velez, J. R. (2013). The postovulatory mechanism of action of plan B: A review of the scientific literature. *The National Catholic Bioethics Quarterly*, 13, 677-716. https://www.researchgate.net/publication/271134726_The_Postovulatory_Mechanism_of_Action_of_Plan_B_A_Review_of_the_Scientific_Literature
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4a ed. rev. e aum.). Edições Sílabo.
- Petry, S., Padilha, M. I., Kuhnen, A. E., & Meireles, B. H. (2019). Saberes de estudantes de enfermagem sobre a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(5), 1208-1216. <https://www.scielo.br/j/reben/a/nK3KPDjP8RL3zjnkW9wvVQd/?lang=pt&format=pdf>
- Pilula do dia seguinte com menos vendas desde julho*. (2008, 03 março). RTP Notícias. https://www.rtp.pt/noticias/pais/pilula-do-dia-seguinte-com-menos-vendas-desde-julho_n57979

- Pílula do dia seguinte dispara nas vendas.* (2007, 22 março). *Jornal de Notícias*. <https://www.jn.pt/arquivo/2007/pilula-do-dia-seguinte-dispara-nas-vendas-695232.html>
- Pimentel, M. H., Preto, L. S., Alves, M. J., & Monteiro, A. M. (2016). Comportamento sexual e estudantes do ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), 352-367. <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170304>
- Pinto, J. R. (1996). *Questões actuais de ética médica* (4a ed. rev. e aum.). Editorial A. O.
- Pinto, V. F. (2014). *Sexualidade humana: Exigências éticas e comportamentos saudáveis*. Paulus Editora.
- Pires, R., Ferreira, J., Pedrosa, A. A., Bombas, T., Vilar, D., Vicente, L., & Canavarro, M. C. (2014). Trajetórias relacionais e reprodutivas conducentes à gravidez na adolescência: A realidade nacional e regional portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 27(5), 543-555. <http://hdl.handle.net/10316/27586>
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Artes Médicas.
- Pontificia Academia para a Vida. (2000). *Declaração sobre a produção e o uso científico e terapêutico das células estaminais embrionárias humanas*. http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pa_acdlife_doc_20000824_cellule-staminali_po.html
- Portaria n.º 196-A/2010*, de 09 de abril. Regulamenta a lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. Diário da República, 69. Série I (1º Supl.).
- Preacher, K. J., & MacCallum, R. C. (2003). Repairing Tom Swift's electric factor analysis machine. *Understanding Statistics*, 2(1), 13-43. http://quantpsy.org/pubs/preacher_maccallum_2003.pdf
- Prioste, A., Tavares, P., & Magalhães, E. (2019). Tipologias de funcionamento familiar: Do desenvolvimento identitário à perturbação emocional na adolescência e adultez emergente. *Análise Psicológica*, 37(2), 173-192 https://pdfs.semanticscholar.org/f3ef/cf00573aa8959f8c1575d09d3d0d472bf2ef.pdf?_ga=2.251931529.1205840232.1622655506-95976977.1595587434
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2a ed.). Editora Gradiva.
- Ramiro, L. (2013). *A educação sexual na mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes*. Tese de doutoramento, Universidade

- Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana. http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5862/1/Lucia_Ramiro_Dout.pdf
- Ramiro, L., Reis, M., & Matos, M. G. (2019). Comportamentos sexuais de risco nos adolescentes: Resultados do estudo HBSC 2018. *Revista de Psicologia da Criança e Adolescente*, 10(1), 149-158. <http://revistas.lis.ulisiada.pt/index.php/rpca/article/view/2638/2851>
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2014). Trends in adolescent sexual behavior, impact of information, and attitudes about HIV/AIDS in Portugal. *Psychology, Health & Medicine*, 19(5), 614-624. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.845299>
- Ramiro, L., Windlin, B., Reis, M., Gabhain, S. N., Jovic, S., Matos, M. G., Magnusson, J., & Godeau, E. (2015). Gendered trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries from 2002 to 2010. *The European Journal of Public Health*, 25(2), 65-68. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv030>
- Raviele, K. M. (2014). Levonorgestrel in cases of rape: How does it work? *Linacre Quarterly*, 81(2), 117-129. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028726/>
- Reis, M., Matos, M. G., & Equipa Aventura Social. (2017). *Comportamentos de saúde dos jovens universitários portugueses: Relatório do estudo: Dados nacionais de 2016*. Aventura Social/FMH/ULisboa http://aventurasocial.com/arquivo/1499021788_JUNP_Relatorio_junho2017_v8F_28junho2017.pdf
- Reis, M., Ramiro, L., Camacho, I., Tomé, G., & Matos, M. G. (2018). Trends in portuguese adolescents' sexual behavior from 2002 to 2014: HBSC portuguese study. *Portuguese Journal of Public Health*, 36, 32-40. <https://www.karger.com/Article/Pdf/486014>
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M. G., & Diniz, J. (2012). Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 105-114. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v30n2/v30n2a02.pdf>
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2013). Determinants influencing male condom use among university students in Portugal. *International Journal of Sexual Health*, 25(2), 115-127. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19317611.2012.728554>
- Renaud, M. (2001). Análise filosófica acerca do embrião humano. In R. Nunes & H. P. Melo (Coords.), *A ética e o direito no início da vida humana* (pp. 139-154). Gráfica

de Coimbra.

- Renaud, M. (2005). O embrião humano. Elementos de reflexão. In J. H. Brito (Coord.), *Do início ao fim da vida* (pp. 163-172). Aletheia.
- Ribeiro, J. L. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In L. Almeida & I. Ribeiro (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (pp.163-176). APPORT.
- Ribeiro, J. M., Pontes, A., & Santos, L. R. (2012). Atitudes face à sexualidade nos adolescentes num programa de educação sexual. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 340-355. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36225171015.pdf>
- Ribeiro, M. S., & Pinheiro, V. S. (2017). A dignidade da pessoa humana e o direito à vida do nascituro: Fundamentos biológicos, filosóficos e jurídicos. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*, 18(3), 139-176. <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1151/pdf>
- Ribeiro, P. R. (2005). A sexualidade também tem história: Comportamentos e atitudes sexuais através dos tempos. In A. C. Bortolozzi & A. F. Maia (Orgs.), *Sexualidade e infância* (pp. 17-32). MEC/SEF.
- Robinson, J. P., Shaver, P. R., & Wrightsman, L. S. (1991). Criteria for scale selection and evaluation. In *Measures of personality and social psychological attitudes*. Academic Press.
- Rocha, Y. A., & Silva, M. A. (2014). Conhecimento sobre HIV/AIDS e práticas sexuais de estudantes de graduação em enfermagem. *Estudos Vida e Saúde*, 41(2), 275-289. <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/3384/1970>
- Rodrigues, C. M. (2014). *A educação para a saúde com alunos do 3.º CEB e a mediação entre pais e filhos numa escola secundária*. Relatório de mestrado, Universidade do Minho, Instituto de Educação, Braga. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/34893/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio-%20C%C3%ADntia%20Rodrigues.pdf>
- Rodríguez Yunta, E. (2016). Protección del inicio de la vida humana. Una reflexión ética desde la perspectiva científica. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 33(1), 1-19. <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/250/181>
- Rosado, F., & Biscaia, C. (2016). A vivência do one-night stand. Um estudo exploratório com estudantes universitários(as). In I. Leal, C. Godinho, S. Marques, P. Vitória & J. L. Ribeiro (Orgs.), *Atas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 269-277). <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/18015/1/Rosado%20%>

26%20Biscaia.pdf

- Rothman, E. F., & Adhia, A. (2015). Adolescent pornography use and dating violence among a sample of primarily black and hispanic, urban-residing, underage youth. *Behavioral Sciences, 6*(1), 1-11. <https://doi.org/10.3390/bs6010001>
- Rothman, E. F., Kaczmarzky, C., Burke, N., Jansen, E., & Baughman, A. (2015). Without porn ... I wouldn't know half the things I know now: A qualitative study of pornography use among a sample of urban, low-income, black and hispanic youth. *Journal of Sex Research, 52*, 736-746. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.960908>
- Sá, E. (2010). Educação para o amor. In M. Gonçalves, C. B. Morais & J. M. Lopes, *Sexualidade e educação para a felicidade* (pp. 49-53). Associação Científica e Cultural. Faculdade de Filosofia, Universidade Católica.
- Sales, W. B., Caveião, C., Visentin, A., Mocelin, D., Costa, P. M., & Simm, E. B. (2016). Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários da saúde. *Revista de Enfermagem Referência, 10*(Série 4), 19-27. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16019>
- Santos, M. J., & Figueiredo, A. (2015). Contraceção na adolescência: Aconselhamento e linhas de orientação. *Revista Eletrónica de Educação e Psicologia, 4*, 62-75. http://edupsi.utad.pt/images/PDF/Revista4/Artigo_Cadolescencia_Final_12_Out.pdf
- Santos, M. J., Ferreira, E. M., & Ferreira, M. M. (2018b). Contraceptive behavior of portuguese higher education students. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71*(Suppl 4), 1805-1813. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0623>
- Santos, M. J., Ferreira, E., Duarte, J., & Ferreira, M. (2018a). Risk factors that influence sexual and reproductive health in Portuguese university students. *International Nursing Review, 65*(2), 225-233. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28617971/>
- Santos, T. J. (2020). *Vinculação e atitudes sexuais. Estudo com adultos utilizadores de Apps de Dating*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga. <https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/1259>
- Santos, T. M., Albuquerque, L. B., Bandeira, C. F., & Colares, V. S. (2015). Fatores que contribuem para o início da atividade sexual em adolescentes: Revisão integrativa. *Revista de Atenção à Saúde, 13*(44), 64-70. https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2668/1740
- Sanz-Martos, S., López-Medina, I. M., Álvarez-García, C., Clavijo-Chamorro, M. Z.,

- Ramos-Morcillo, A. J., López-Rodríguez, M. M., Fernández-Feito, A., Navarro-Prado, S., Álvarez-Serrano, M. A., Baena-García, L., Navarr-Perán, M. A., & Álvarez-Nieto, C. (2020). Young nursing student's knowledge and attitudes about contraceptive methods. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(16), 5869-5882. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/16/5869/htm>
- Scull, T. M., Keefe, E. M., Kafka, J. M., & Malik, C. V., & Kupersmidt, J. B. (2019). The understudied half of undergraduates: Risky sexual behaviors among community college students. *Journal of American College Health*. *68*(3), 1-11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6656636/pdf/nihms-1520344.pdf>
- Serrão, D. (2002). Manipulação da vida humana. *Acção Médica*, *1*, 59.
- Silva, B. B., Lourdes, M. L., Wysocki, A. D., Miranda, B. D., Silva, S. R., & Ruiz, M. T. (2018). Formando multiplicadores para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e impacto na formação de acadêmicos de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, *17*(4), 361-369. <https://portalatlanticaeditora.com.br/index>.
- Spindola, T., Araújo, A. S., Brochado, E. J., Marinho, D. F., Martins, E. R., & Pereira, T. S. (2020). Práticas sexuais e o comportamento de jovens php/enfermagembrasil/article/view/1243 universitários frente à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. *Enfermeria Global*, *58*, 120-130. http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n58/pt_1695-6141-eg-19-58-109.pdf
- Spindola, T., Oliveira, C. S., Santana, R. S., Sodré, C. P., André, N. L., & Brochado, E. J. (2019). Práticas sexuais, conhecimento e comportamento dos universitários em relação às infecções sexualmente transmissíveis. *Cuidado é Fundamental*, *11*(5), 1135-1141. http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6845/pdf_1
- Sun, C., Bridges, A., Johnson, J. A., & Ezzell, M. B. (2016). Pornography and the male sexual script: An analysis of consumption and sexual relations. *Archives of Sexual Behavior*, *45*(4), 983-994. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-016-0744-0>
- Thongnopakun, S., Pumpaibool, T., & Somrongthong, R. (2018). The association of sociodemographic characteristics and sexual risk behaviors with health literacy toward behaviors for preventing unintended pregnancy among university students. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *11*, 149-156. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5826208/pdf/jmdh-11-149.pdf>
- Tose, B. S., Sousa, E. G., Bolzon, M., Oliveira, M. P., Dalmoneck, R., & Rolim, E. L. (2020). O uso excessivo do levonorgestrel por mulheres em idade fértil moradoras

- do município de seringueiras/ro. *Revista Saberes da Faculdade de São Paulo*, 13(1), 1-19. <https://facsao paulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2020/06/O-USO-EXCESSIVO-DO-LEVONORGESTREL-POR-MULHERES-EM-IDADE-FERTIL-MORADORAS-DO-MUNICIPIO-DE-SERINGUEIRAS-RO.pdf>
- Trujillo, A. L. (2003). Aborto com nascimento parcial. *Acção Médica*, 2, 37-42.
- Uecker, J. E. (2015). Social context and sexual intercourse among first-year students at selective colleges and universities in the United States. *Social Science Research*, 52, 59-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.01.005>
- União de Mulheres Alternativa e Resposta. (2018, 23 maio). 94% das universitárias de Coimbra já sofreram assédio sexual. *Jornal Notícias*. <https://www.jn.pt/local/noticias/coimbra/coimbra/94-das-universitarias-de-coimbra-ja-sofreram-assedio-sexual-9368588.html>
- União de Mulheres Alternativa e Resposta. (2020). *Estudo nacional sobre violência no namoro 2020*. http://www.umarfeminismos.org/images/stories/noticias/VN_2020_NACIONAL.pdf
- Vasconcelos, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e de sexualidade dos jovens portugueses. In M. V. Cabral & J. M. Pais, *Jovens portugueses de hoje. Resultados do inquérito de 1997* (pp. 215-305). Celta.
- Vaz, J. M. (2003). Sexualidade e história. In L. Fonseca, C. Soares & J. M. Vaz (Coords.), *A sexologia: Perspectiva multidisciplinar II* (pp. 15-42). Quarteto Editora.
- Veiga, R. T., Higuchi, A., & Avelar, C. F. (2018). Medo, percepção de risco e uso de preservativos. *Pretexto*, 19(4), 63-75. <http://www.spell.org.br/documentos/ver/52013/medo--percepcao-de-risco-e-uso-de-preservativos->
- Veloso, D. L., Peres, V. C., Lopes, J. S., Salge, A. K., & Guimarães, J. V. (2014). Anticoncepção de emergência: Conhecimento e atitude de acadêmicos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), 33-39. https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00033.pdf
- Vilar, D., & Ferreira, P. M. (2008). *Educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes*. Associação para o Planeamento da família. http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2016/artigo_versao_final_para_site.pdf
- Wasie, B., Belyhun, Y., Moges, B., & Amare, B. (2012). Effect of emergency oral contraceptive use on condom utilization and sexual risk taking behaviours among university students, Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 5, 501-510. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3494538/>

pdf/1756-0500-5-501.pdf

- World Health Organization. (2016). *Action plan for sexual and reproductive health: Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe - leaving no one behind*. WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/322275/Action-plan-sexual-reproductive-health.pdf
- Worthington, R. W., & Whittaker, T. A. (2006). Scale Development Research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34(6), 806-838. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.936.9780&rep=rep1&type=pdf>
- Zago, L. (2019). Associações entre funcionamento familiar e variáveis sociodemográficas em universitários. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-07082019-185919/publico/LAISZAGO.pdf>
- Zhang, D., Yan, M., Ma, J., Xia, W., Xue, R., Sun, J., & Zhang, J. (2016). Association between knowledge about levonorgestrel emergency contraception and the risk of ectopic pregnancy following levonorgestrel emergency contraception failure: A comparative survey. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 25, 880-888. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pds.3946>

APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE BIOÉTICA



Este questionário, no âmbito da elaboração da minha dissertação para obter o grau de Doutor em Bioética na Universidade Católica Portuguesa, faz parte de um estudo de investigação no domínio temático da "Sexualidade em jovens universitários". A sua concretização só será possível graças à sua colaboração, preenchendo o questionário. Neste sentido, pedimos-lhe que o leia e responda às perguntas de uma forma espontânea e sincera, de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa, uma vez que o questionário é rigorosamente **anónimo e confidencial**. Não existem respostas correctas ou incorrectas, o que nos interessa é a sua opinião. Desde já agradecemos a sua colaboração e disponibilidade. Nas afirmações onde existir um círculo numerado (Ⓢ), deve assinalar com uma cruz (X) a(s) alinea(s) que está(ão) de acordo com o seu caso. Nas questões com um espaço em branco (____), deve responder claramente e de forma legível. Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos, por favor, que das questões que se aplicam ao seu caso, não deixe nenhuma por responder.

MUITO OBRIGADO

PS. No decorrer do questionário não distinguimos intencionalmente os géneros, o/a ou os/as João Francisco de Castro

1. Sexo: Masculino^① Feminino^② 2. Idade: ____ anos
3. Área de estudo _____ 4. Proveniência: Aldeia^① Vila^② Cidade^③
5. Estado civil: Solteiro^① União de facto^② Casado^③ Separado^④ Divorciado^⑤ Viúvo^⑥
6. Religião: Católica^① Sem religião^② Outra^③ _____
- 6.1. Se professa uma religião: Praticante^① Não praticante^②
- 6.2. Qual a importância da religião para si? Nada importante^① Pouco importante^② Importante^③ Muito importante^④
7. Coabitación, nas férias: Mãe^① Pai^② Avós^③ Irmãos^④ Outros^⑤ _____
8. Coabitación em tempo de aulas: Mãe^① Pai^② Avós^③ Irmãos^④ Sozinho^⑤ Com colegas do mesmo sexo^⑥
Com colegas de outro sexo^⑦ Outros^⑧ _____
9. Habilitações literárias dos pais:
- 9.1. Pai Ensino básico-1º ciclo (4ºano) ^① Ensino básico-2º ciclo (6ºano) ^② Ensino básico-3º ciclo (9ºano) ^③
Ensino secundário (12ºano) ^④ Ensino superior (politécnico e universitário) ^⑤ Outro^⑥ _____
- 9.2. Mãe Ensino básico-1º ciclo (4ºano) ^① Ensino básico-2º ciclo (6ºano) ^② Ensino básico-3º ciclo (9ºano) ^③
Ensino secundário (12ºano) ^④ Ensino superior (politécnico e universitário) ^⑤ Outro^⑥ _____
10. Costuma falar com os seus pais sobre sexualidade/contracepção? Sim^① Não^② Às vezes^③
- 10.1. Se respondeu "não" ou "às vezes", porque não fala (mais) com os seus pais?
Não é assunto para discutir com os pais^① Tenho vergonha receio^② Eles não respondem^③ Eles sabem pouco^④
Eles evitam discutir o assunto^⑤ Outra^⑥ _____
- 10.2. Se respondeu "sim", com quem fala mais? Mãe^① Pai^② Igual para ambos^③
11. Os conhecimentos que tem sobre sexualidade/contracepção adquiriu-os essencialmente através de:
Profissionais de saúde^① Amigos e colegas^② Pais^③ Namorado^④ Professores^⑤ Internet^⑥ Revistas ou livros^⑦
Televisão/rádio^⑧ Irmãos^⑨ Outros^⑩ _____
12. Nos temas relacionados com a sexualidade/contracepção, com quem fala? Ninguém^① Profissionais de saúde^②
Amigos e colegas^③ Pais^④ Namorado^⑤ Professores^⑥ Irmãos^⑦ Outros^⑧ _____
13. Já teve aulas em que foi abordada a temática da sexualidade/contracepção? Sim^① Não^②
14. Sem ser nas aulas frequentou algum encontro/palestra em que foi abordada a temática da sexualidade/contracepção? Sim^① Não^②
15. Se sim, quais os temas abordados?
Fecundação e reprodução humana^① Métodos contraceptivos^② Infecções sexualmente transmissíveis^③
Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor^④ Outros^⑤ _____

- 16. Relativamente à consulta de planeamento familiar. Frequenta?** Sim¹ Não² **16.1. Já frequentou?** Sim¹ Não²
- 16.2. Se sim, quem aconselhou?** Pais ou familiares¹ Médico/enfermeiro² Amigos ou colegas³ Por iniciativa própria⁴ Outra⁵ _____
- 16.3. Se sim, qual a razão?** Para fazer contraceção¹ Por razões médicas² Para vigilância de saúde³ Outra⁴ _____
- 16.4. Se não, porquê?** Por desconhecimento¹ Por não ter necessidade² Por não me sentir à vontade para tal³ Por ser rapaz⁴ Por ser saudável⁵ Outra⁶ _____
- 17. Já recorreu no âmbito da saúde sexual e reprodutiva aos serviços de saúde da sua Instituição?**
Sim¹ Não, mas conheço² Não por desconhecimento³ Não tem esse serviço⁴
- 17.1. Se sim, por que motivo?** Obter contraceção¹ Problemas de saúde² Obter aconselhamento/esclarecimento³ Outro⁴ _____
- 18. Alguma vez teve relações sexuais?** Sim¹ Não² (Se NÃO passa à pergunta 19)
- 18.1. Se sim, idade da 1ª relação sexual** ____ anos
- 18.2. Utilizou e/ou o parceiro algum método contraceptivo?** Sim¹ Não²
- 18.3. Se sim, qual foi o método utilizado?** Pílula¹ Preservativo² Pílula e preservativo³ Coito interrompido⁴ DIU⁵ Anel vaginal⁶ Adesivo transdermico⁷ Métodos naturais⁸ Outro⁹ _____
- 18.4. Se não, porquê?** Não estava preparado¹ Para não estragar o momento² Não consegui adquirir³ Por escolha deliberada⁴ Por desconhecimento⁵ Não estava lúcido⁶ Outro⁷ _____
- 18.5. As relações sexuais que teve ocorreram sempre dentro de um relacionamento amoroso?** Sim¹ Não²
- 18.6. Alguma vez teve relações sexuais sob o efeito do consumo de drogas ilícitas?** Sim¹ Não² Nº de vezes _____
- 18.7. Alguma vez teve relações sexuais sob o efeito do consumo de álcool?** Sim¹ Não² Nº de vezes _____
- 18.8. Teve relações sexuais ocasionais?** Sim¹ Não² Nº de vezes _____
- 19. Namora?** Sim¹ Não² (Se NÃO passa à pergunta 20)
- 19.1. Se sim, namora há quanto tempo (em meses)?** _____ meses
- 19.2. Sente-se pressionado/a pelo seu parceiro para ter relações sexuais:**
Nunca¹ Raramente² Poucas vezes³ Algumas vezes⁴ Muitas vezes⁵ Sempre⁶
- 19.3. Na sua opinião existe alguma agressividade verbal ou física na sua relação?**
Não¹ Raramente² Poucas vezes³ Algumas vezes⁴ Muitas vezes⁵ Sempre⁶
- 19.4. Se existe alguma agressividade, porque mantém a relação?** Por medo/receio¹ Por amor² Por interesse³ Por ser apenas verbal⁴ Outro⁵ _____
- 19.5. Tem relações sexuais no actual relacionamento amoroso?** Sim¹ Não² (Se NÃO passa à pergunta 20)
- 19.6. Se sim, ao fim de quanto tempo teve relações com o actual relacionamento amoroso (em meses)?** _____ meses
- 19.7. Se sim, faz contraceção:** Sim¹ Não² Às vezes³
- 19.8. Se sim, qual:** Pílula¹ Preservativo² Pílula e preservativo³ Coito interrompido⁴ DIU⁵ Anel vaginal⁶ Adesivo transdermico⁷ Métodos naturais⁸ Outro⁹ _____
- 19.9. Quem aconselhou o método utilizado:** Médico¹ Enfermeiro² Iniciativa própria³ Amigos ou colegas⁴ Professores⁵ Namorado/a⁶ Os dois(eu e o parceiro/a)⁷ Outra⁸ _____

20. Sabe o que é a contracepção de emergência (pílula do dia seguinte)? Sim¹ Não² Tenho alguma informação³

20.1. A informação que tem sobre a contracepção de emergência, foi obtida essencialmente através de?
Profissionais de saúde¹ Amigos e colegas² Pais³ Namorado/a⁴ Professores⁵ Internet⁶ Revistas ou livros⁷
Televisão/rádio⁸ Irmãos⁹ Outros¹⁰ _____

21. Já utilizou ou a sua companheira, a contracepção de emergência: Sim¹ Não² (Se NÃO passa à pergunta 22)

21.1. Se sim, quantas vezes? _____ 21.2. Fez alguma vez, mais que uma utilização/toma no mesmo ciclo? Sim¹ Não²

21.3. Utilizou a contracepção de emergência: Com receita médica¹ Sem receita médica² Com e sem receita médica³

21.4. Onde obteve a contracepção de emergência? Farmácia¹ Centro de saúde² Centro de atendimento a jovens³
Unidade de saúde familiar (USF)⁴ Hospital⁵ Médico particular⁶ Outro⁷ _____

21.5. No acto de aquisição da contracepção de emergência forneceram-lhe algumas informações? Sim¹ Não²

21.6. Se sim, qual foi a informação: Como devia ser tomada¹ Efeitos secundários possíveis e como os resolver²
Importância de recorrer logo que possível a uma consulta de Planeamento Familiar³
O uso de contracepção até à próxima menstruação⁴ A pílula não protege contra as doenças sexualmente transmissíveis⁵
Outra⁶ _____

21.7. Qual o motivo da utilização? Relação sexual desprotegida¹ Falha do método contraceptivo²
Relação não consentida³ Outra⁴ _____

21.8. Se foi falha do método contraceptivo, qual era o método? _____

22. Já teve algum relacionamento em que existiu agressividade? Sim¹ Não²

22.1. Se sim, de que tipo? Física¹ Verbal² Física e verbal³ Outra⁴ _____

23. Relativamente a métodos contraceptivos, globalmente: Nunca utilizou porque não teve nenhuma relação sexual¹
Nunca utilizou embora já tenha tido relações sexuais² Utilizou embora nunca tenha tido relações sexuais³
Utilizou algumas das vezes que teve relações sexuais⁴ Utilizou sempre nas relações sexuais que teve⁵
(Se NÃO teve nenhuma relação sexual passe à pergunta 24)

23.1. No caso de ter utilizado algum método contraceptivo, indique o último utilizado:
Pílula¹ Preservativo² Pílula e preservativo³ Coito interrompido⁴ DIU⁵ Anel vaginal⁶ Adesivo transdérmico⁷
Métodos naturais⁸ Outro⁹ _____

23.2. Está satisfeito/a com o método utilizado? Nada satisfeito¹ Pouco satisfeito² Satisfeito³ Muito satisfeito⁴

23.3. Se não está satisfeito, qual a razão? _____

23.4. Se não utilizou sempre um método contraceptivo e teve relações sexuais, qual a razão: Receio de os adquirir¹
Receio de efeitos secundários² Receio dos pais³ Por falta de recursos económicos⁴ Por escolha deliberada⁵
Por interferir com o relacionamento sexual⁶ Imposição do parceiro⁷ Por desconhecimento⁸
Outra⁹ _____

24. Considera importante a utilização de preservativo nas relações sexuais? Sim¹ Não² 24.1. Porquê? _____

24.2. Utiliza o preservativo em todas as relações sexuais: Sim¹ Não² Às vezes³

24.3. Se respondeu não ou às vezes. Porquê? _____

25. Se é rapariga faz auto-exame da mama? Sim¹ Não² Ignoro a necessidade³ (se é Rapaz passa à pergunta 26)

25.1. Faz citologia cervicovaginal (Papanicolau)? Sim¹ Não² Ignoro a necessidade³

25.2. Fez vacinação contra o Papiloma Vírus Humano (HPV)? Sim¹ Não² Ignoro a necessidade³

25.3.É rapariga e faz contracepção oral? Sim¹ Não² (Se NÃO passa à pergunta 27)

25.4.Com que frequência se esqueces de tomar a pilula?

Em nenhum ciclo¹ 1 a 3 ciclos/ano² 4 a 6 ciclos/ano³ 7 a 12 ciclos/ano⁴ Todos os ciclos⁵

25.5.O que faz nessa ocasião? Tomas duas¹ Usa outro método² Nada, continua a toma³ Outro⁴ _____

25.6.Costuma contar ao médico/enfermeiro que se esquece de tomar a pilula?

Nunca¹ Raramente² Às vezes³ Sempre⁴

26.Se é rapaz, faz autoexame dos testiculos? Sim¹ Não² Ignoro a necessidade³

27.Já teve alguma doença sexualmente transmissível (DST)? Sim¹ Não² Não sei³

27.1. Se sim fez tratamento? Sim¹ Não² 27.2. E o seu parceiro? Sim¹ Não² Não sei³

28. Já alguma vez esteve/ou está grávida, ou engravidou a sua parceira? Sim¹ Não²

28.1.Se sim, a gravidez está a evoluir ou evoluiu normalmente? Sim¹ Não²

28.2.Se não, porquê? Aborto espontâneo¹ Interrupção voluntária da gravidez² Outra³ _____

29.Já fez o teste do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)? Sim¹ Não² Ignoro a necessidade³

30.Na sua opinião, qual ou quais os métodos contraceptivos que podem prevenir as DST's:

31.Qual a probabilidade de vir a contrair uma DST? Nada provável¹ Pouco provável² Provável³ Muito provável⁴

32.Qual a probabilidade de se deparar com uma gravidez não desejada?

Nada provável¹ Pouco provável² Provável³ Muito provável⁴

33.Qual a probabilidade de recomendar o uso da contracepção de emergência?

Nada provável¹ Pouco provável² Provável³ Muito provável⁴

34.Qual a probabilidade de usar a contracepção de emergência?

Nada provável¹ Pouco provável² Provável³ Muito provável⁴

35.Na sua opinião quando começa a vida do novo ser humano? Na concepção¹ Na nidação/implantação²

Quando o feto tiver 3 meses³ Quando o feto mexer⁴ Outra⁵ _____

36.Na sua opinião quando começa a ter valor a vida do novo ser humano?

Na concepção¹ Na nidação/implantação² Quando o coração bater³ Quando o feto tiver 3 meses⁴

Quando o feto mexer⁵ Quando o feto nascer⁶ Outra⁷ _____

37.Na sua opinião quando começa a gravidez? Na concepção¹ Na nidação/implantação² Outra³ _____

38.A informação acerca do começo da gravidez, da vida do ser humano e o seu valor, foi obtida essencialmente através

de: Profissionais de saúde¹ Professores² Amigos e colegas³ Pais⁴ Revistas ou livros⁵ TV e rádio⁶ Internet⁷

Outra⁸ _____

39.Na sua opinião quando é mais fácil uma rapariga ficar grávida? Durante a menstruação¹ Logo após a menstruação²

A meio do ciclo menstrual³ No final do ciclo menstrual⁴ Não sei⁵

40.Na sua opinião uma rapariga pode engravidar a usar métodos contraceptivos? Sim¹ Não² Não sei³

41.Globalmente como considera os seus conhecimentos sobre sexualidade/contracepção?

Maus¹ Insuficientes² Suficientes³ Bons⁴

Escala de conhecimento sobre a Contraceção Oral de Emergência (COE)

(Hee Sun Kang, 2005)

Indicam-se abaixo algumas afirmações relativas ao conhecimento sobre a Contraceção Oral de Emergência (COE). Diga qual o seu grau de concordância para cada uma delas.

Afirmações	Verdadeiro	Falso	Não sei
1-A COE tem os mesmos componentes ativos que os contraceptivos orais			
2-A COE é eficaz quando tomada dentro de 72 horas após sexo desprotegido			
2a-A COE é eficaz quando tomada dentro de 120 horas após sexo desprotegido			
3-A COE é eficaz quando tomada antes da relação sexual			
4-A COE não deve ser utilizada em mulheres com uma gravidez conhecida ou suspeita			
5-A COE protege de doenças sexualmente transmissíveis ou infeções			
6-A COE impede a implantação			
7-O efeito colateral mais comum da COE é a náusea			
8-A COE é 100% eficaz na prevenção da gravidez			
9-Se a mulher já estiver grávida, a COE interrompe a gravidez			
10-Toda a COE é de venda livre em Portugal			
11-A COE é mais eficaz quanto mais cedo for tomada			

Escala de Atitudes face à Contraceção Oral de Emergência (COE)

(Hee Sun Kang, 2005)

Indicam-se abaixo algumas afirmações relativas a atitudes face à Contraceção Oral de Emergência (COE). Diga qual o seu grau de concordância para cada uma delas.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo muito	Nem concordo, nem discordo	Concordo muito	Concordo totalmente

Afirmações	1	2	3	4	5
1-A disponibilização da COE promove o aumento da irresponsabilidade dos homens e mulheres					
2-A disponibilização da COE leva ao aumento da promiscuidade					
3-A COE pode levar ao aumento de DSTs/HIV devido ao não uso de preservativos					
4-A possibilidade de adquirir a COE sem receita médica, pode levar ao uso abusivo					
5-A possibilidade de uso da COE pode levar a um maior descuido na utilização antecipada de contraceção					
6-A COE deve ser de fácil acesso					
7-A COE deve estar disponível sem receita médica					
8-A COE deve ser barata					
9-A COE deve estar disponível para todas as mulheres					
10-O uso da COE pode afetar a gravidez no futuro					
11-O uso da COE pode ser prejudicial ao corpo					
12-Eu tenho medo de tomar a COE devido a efeitos secundários					

Escala de Atitudes Sexuais de Hendrick e Hendrick (1987)

(Adaptação portuguesa de Valentim Alferes, 1999)

Leia, atentamente, as afirmações que se seguem e indique, relativamente a cada uma delas, qual o grau em que corresponde às suas opiniões, pensamentos ou sentimentos. Faça um círculo à volta do número apropriado, atendendo às seguintes significações: 1= Completamente em desacordo; 2= Parcialmente em desacordo; 3= Não sei/ Nem concordo Nem discordo; 4= Parcialmente de acordo; 5= Totalmente de acordo.

Afirmações	Completamente em desacordo	Parcialmente em desacordo	Não sei/ Nem concordo Nem discordo	Parcialmente de acordo	Totalmente de acordo
1- Não preciso de estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela.	1	2	3	4	5
2- O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável.	1	2	3	4	5
3- As relações sexuais ocasionais são aceitáveis	1	2	3	4	5
4- O sexo torna-se melhor à medida que as relações progridem.	1	2	3	4	5
5- Gostaria deter relações sexuais com muitos parceiros.	1	2	3	4	5
6- O sexo é melhor quando nos “deixamos ir” e nos centramos no nosso próprio prazer.	1	2	3	4	5
7- As “aventuras sexuais” de uma só noite são, por vezes, muito agradáveis.	1	2	3	4	5
8- As mulheres deviam partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
9- É correcto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo.	1	2	3	4	5
10- O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas.	1	2	3	4	5
11- É correcto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer quaisquer promessas para o futuro.	1	2	3	4	5
12- O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro.	1	2	3	4	5
13- As relações sexuais como simples troca de “serviços” são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo.	1	2	3	4	5
14- A educação sexual é importante para a juventude.	1	2	3	4	5
15- O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer “compromissos”.	1	2	3	4	5
16- Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interacção humana.	1	2	3	4	5
17- A vida teria menos problemas se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre.	1	2	3	4	5
18- O sexo é, principalmente, uma actividade física.	1	2	3	4	5
19- É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa.	1	2	3	4	5
20- Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois “seres”.	1	2	3	4	5
21- O sexo é mais divertido com alguém que não amamos.	1	2	3	4	5

Afirmações	Completamente em desacordo	Parcialmente em desacordo	Não sei/ Nem concordo Nem discordo	Parcialmente de acordo	Totalmente de acordo
22- O orgasmo é a melhor experiência do mundo.	1	2	3	4	5
23- É correcto "pressionar" alguém a ter relações sexuais.	1	2	3	4	5
24- A masturbação é algo agradável e inofensivo.	1	2	3	4	5
25- É bom ter uma prolongada experiência sexual pré-marital.	1	2	3	4	5
26- Durante as relações sexuais, o conhecimento intenso do parceiro é o melhor "estado de espírito".	1	2	3	4	5
27- As "aventuras extraconjugais" são aceitáveis desde que o nosso parceiro não saiba nada delas.	1	2	3	4	5
28- Os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
29- O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável.	1	2	3	4	5
30- O sexo é, geralmente, uma experiência intensa e absorvente.	1	2	3	4	5
31- Sentir-me-ia confortável tendo relações sexuais com o meu parceiro na presença de outras pessoas.	1	2	3	4	5
32- O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer.	1	2	3	4	5
33- A prostituição é aceitável.	1	2	3	4	5
34- Usar "instrumentos e objectos sexuais" quando se faz amor é aceitável.	1	2	3	4	5
35- O sexo apenas como forma de "descarga" física é bom.	1	2	3	4	5
36- Masturbar o nosso parceiro durante as relações sexuais pode aumentar o prazer do sexo.	1	2	3	4	5
37- O sexo sem amor não faz sentido.	1	2	3	4	5
38- O sexo é uma parte muito importante da vida.	1	2	3	4	5
39- As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais.	1	2	3	4	5
40- O sexo é sobretudo um jogo entre machos e fêmeas.	1	2	3	4	5
41- Para que o sexo seja bom é necessário ter sentido para as pessoas.	1	2	3	4	5
42- Fazer sexo é, fundamentalmente, bom.	1	2	3	4	5
43- A principal finalidade do sexo é dar-nos prazer a nós mesmos.	1	2	3	4	5

Escala de Auto-Eficácia Geral

(J. L. Pais Ribeiro, 1995)

COMO EU SOU

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a letra A significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si: se assinalar a letra G significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa sobre si próprio/a. Entre esse dois extremos pode ainda escolher uma de 5 letras consoante estiver mais ou menos em desacordo com a sua maneira de pensar. Assinale uma das letras. Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente correctas. Peça-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse correctamente a sua maneira de pensar.

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
	↓	↓	↓		↓	↓	↓
1. Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	A	B	C	D	E	F	G
2. Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir	A	B	C	D	E	F	G
3. Tenho dificuldade em fazer novos amigos	A	B	C	D	E	F	G
4. Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la	A	B	C	D	E	F	G
5. Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	A	B	C	D	E	F	G
6. Sou uma pessoa auto-confiante	A	B	C	D	E	F	G
7. Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida	A	B	C	D	E	F	G
8. Normalmente, desisto das coisas antes de as ter acabado	A	B	C	D	E	F	G
9. Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente	A	B	C	D	E	F	G
10. Se encontrar alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa.	A	B	C	D	E	F	G
11. Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar.	A	B	C	D	E	F	G
12. Desisto facilmente das coisas	A	B	C	D	E	F	G
13. As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer novos amigos.	A	B	C	D	E	F	G
14. Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	A	B	C	D	E	F	G
15. Um dos meus problemas é que não consigo fazer as coisas como devia	A	B	C	D	E	F	G

A resposta ao ICOF é individual e o respondente não deve ter em mente a sua opinião pessoal mas antes, a opinião que a sua família (no seu conjunto e com a influência de todos) tem acerca das afirmações que lhe são apresentadas

NA MINHA FAMÍLIA DE ORIGEM

1	2	3	4	5	6
Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre

Inventário da Cultura Organizacional da Família (ICOF) (Filipe J. G. M. Nave, 2006)		1	2	3	4	5	6
1	Gostamos de fazer coisas em conjunto						
2	É claro o papel que cada um tem para desempenhar						
3	Gostamos que os outros nos reconheçam como uma “boa família”						
4	Quando as “crises” são ultrapassadas, a família fica mais forte						
5	Sentimos que pertencemos uns aos outros						
6	Cada um sabe o lugar que ocupa						
7	Basta um olhar para nos entendermos						
8	Preocupamo-nos com as relações sociais (amigos, escola, trabalho, restante família)						
9	Cada um arruma o que é seu						
10	Sentimo-nos integrados no meio onde vivemos						
11	O ambiente é de “guerra” aberta						
12	Compreendemo-nos uns aos outros						
13	Todos sabem até onde podem ir						
14	Somos distantes uns dos outros						
15	Podemos expressar os nossos sentimentos						
16	Recebemos carinho uns dos outros						
17	Cada um sabe como comportar-se fora de casa						
18	Quando alguém tem dificuldades, todos procuram ajudar						
19	As regras são cumpridas						
20	Há espaço para que cada um faça o que gosta						
21	Encontram-se soluções para os problemas						
22	Cada um pode lidar à sua maneira com as novas situações						
23	Preocupamo-nos com a imagem que transmitimos						
24	Preocupamo-nos com o que os outros possam dizer						
25	Fazemo-nos entender						

As afirmações do quadro seguinte pretendem identificar algumas razões ou motivos para ter ou não ter relações sexuais. Mesmo que ainda não tenhas tido nenhuma relação sexual, diz qual a importância que atribuis a cada uma das afirmações.

Nada Importante

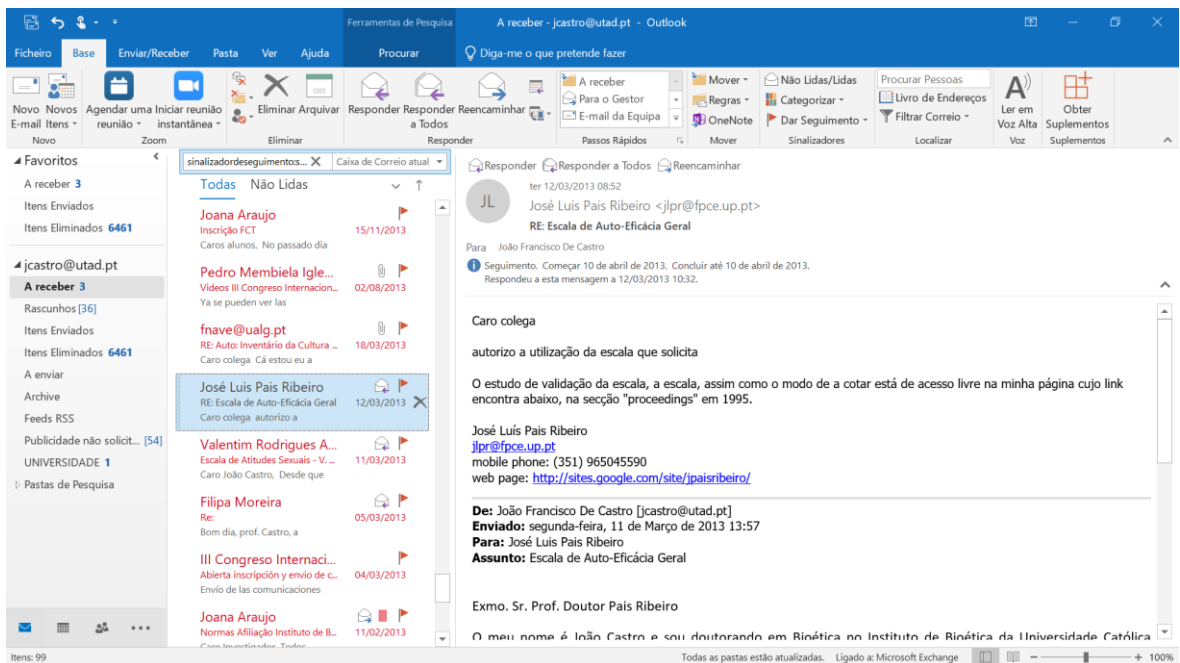
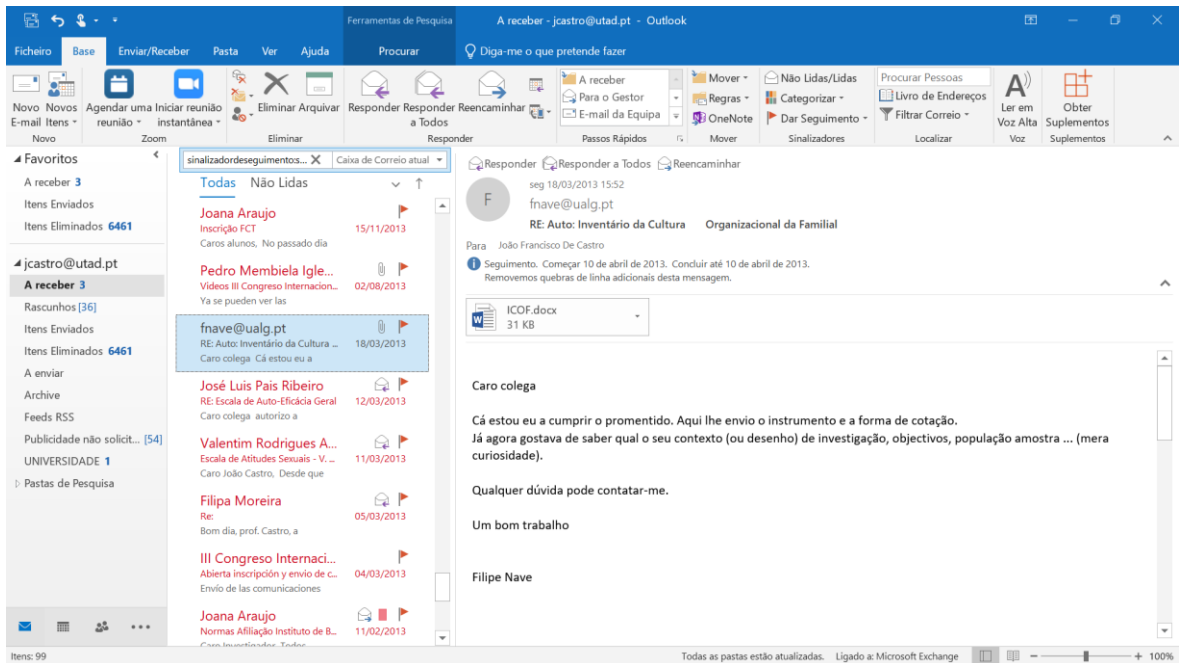
Muito Importante

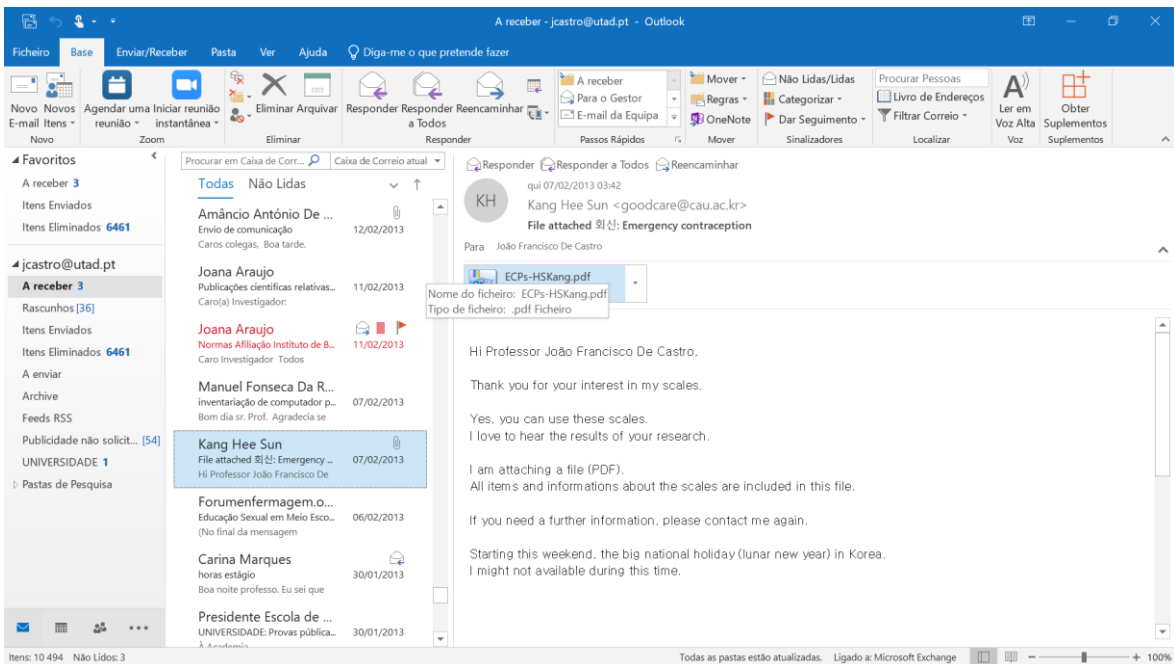
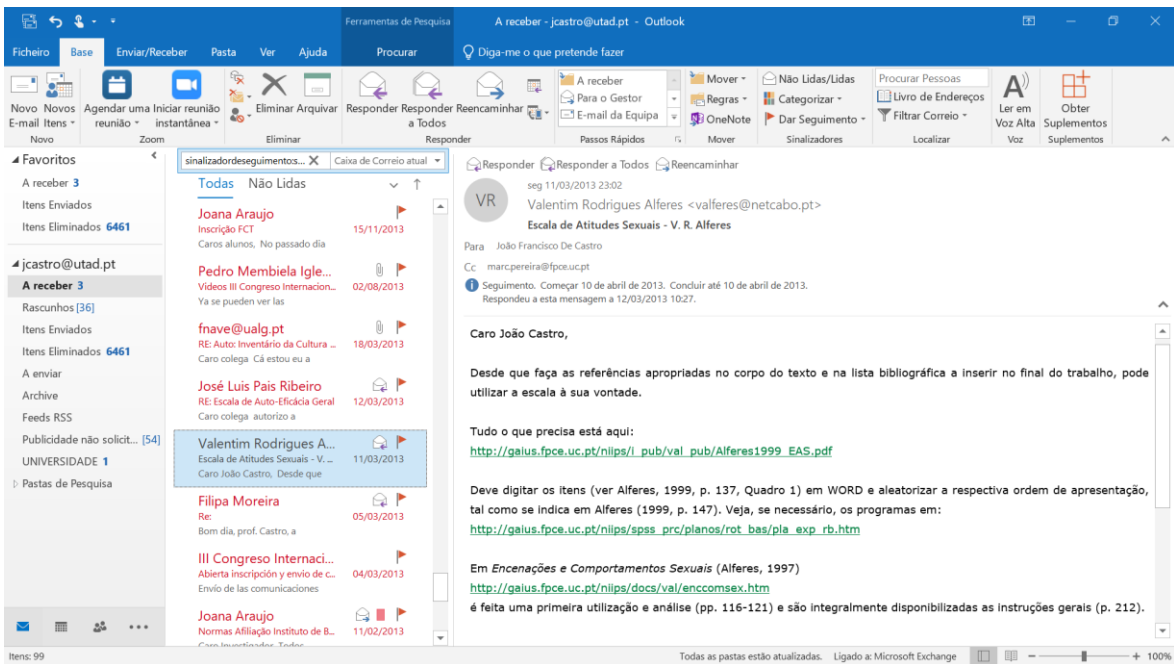
Escala de Motivação para Fazer e para Não Fazer Sexo (Alferes, 1997; Gouveia, Leal, Maroco & Cardoso, 2010)	1	2	3	4	5
1 – Por mero prazer					
2 – Porque o meu namorado (a) quer					
3 – Para agradar ao meu namorado (a)					
4 – Para seduzir					
5 – Para aliviar a tensão sexual					
6 – Por curiosidade					
7 – Por divertimento e/ou brincadeira					
8 – Por me sentir comprometido (a)					
9 – Porque é indispensável à saúde física e mental					
10 – Por medo de doenças venéreas					
11 – Por medo da SIDA					
12 – Por medo de uma gravidez					
13 – Por não gostar de usar contraceptivos					
14 – Por desinteresse					
15 – Por falta de oportunidade ou incapacidade de encontrar um namorado (a) de quem goste suficiente					
16 – Por não gostar de sexo					
17 – Por não conhecer o namorado(a) há tempo suficiente					

Obrigado pela colaboração

ANEXOS

Anexo 1 - Autorização dos autores das escalas utilizadas





A receber - jcastro@utad.pt - Outlook

Ficheiro Base Enviar/Receber Pasta Ver Ajuda Diga-me o que pretende fazer

Novo Novos E-mail Itens - Agendar uma reunião Instantânea - Zoom - Eliminar Arquivar Responder Responder a Todos Reencaminhar a Todos Responder Responder a Todos Reencaminhar a Todos

Passos Rápidos: A receber Para o Gestor E-mail da Equipa

Mover - Regras - OneNote Dar Seguimento -

Não Lidas/Lidas Categorizar - Livro de Endereços Filtro de Correio -

Procurar Pessoas Ler em Voz Alta Obter Suplementos

Favoritos

- A receber 3
- Itens Enviados
- Itens Eliminados 6461

jcastro@utad.pt

- A receber 3
- Rascunhos [36]
- Itens Enviados
- Itens Eliminados 6461
- A enviar
- Archive
- Feeds RSS
- Publicidade não solicit... [54]
- UNIVERSIDADE 1
- Pastas de Pesquisa

Procurar em Caixa de Cor... Caixa de Correio atual

Todas Não Lidas

Isabel M. Leal
RE: Escala de Motivação para F...
Caro João, Tem autorização

14/03/2013

fnave@ualg.pt
Auto: Inventário da Cultura Org...
14/03/2013

Ensino Superior
Entrevista de Pedro Lourtie
Entrevista de Pedro Lourtie ao

12/03/2013

Maria Carmo
FW: Uma tabela para ter à mão...
12/03/2013

José Luis Pais Ribeiro
RE: Escala de Auto-Eficácia Geral
Caro colega, autorizo a

12/03/2013

Marcelino Pereira
Fwd: Escala de Atitudes Sexuais...
Após nova insistência, esta

11/03/2013

Valentim Rodrigues A...
Escala de Atitudes Sexuais - V...
Caro João Castro, Desde que

11/03/2013

DSP - Sinistros RC EDP
RE: RECL 121353205831
Exmo. Senhor, Nada mais

11/03/2013

Responder Responder a Todos Reencaminhar

IM Isabel M. Leal <ileal@ispa.pt>
RE: Escala de Motivação para Fazer e Não Fazer Sexo

Para João Francisco De Castro

Caro João,
Tem autorização para a utilização da escala. Ela está publicada conjuntamente com o estudo de validação e a cotação num livro que encontrará de certeza à venda na Faculdade de Psicologia do Porto ou na sua biblioteca.
Leal, I. & Maroco, J. (2010). Avaliação em sexualidade e parentalidade. Porto: LivPsic.
Votos de bom trabalho.
Isabel Leal

De: João Francisco De Castro [jcastro@utad.pt]
Enviado: quarta-feira, 13 de Março de 2013 16:52
Para: Isabel M. Leal
Assunto: Escala de Motivação para Fazer e Não Fazer Sexo

Exm. Sra. Prof.ª Doutora Isabel Leal,

O meu nome é João Castro e sou doutorando em Bioética no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa - Porto, tenho como orientadores o Prof. Doutor Walter Osswald e o Prof. Doutor Vitor Rodrigues.

No âmbito da tese de doutoramento em Bioética que se prende com o estudo da sexualidade em jovens universitários, venho por este meio solicitar autorização para utilizar a Escala de Motivação para Fazer e Não Fazer Sexo, da autoria de V. Exa. Neste contexto aproveito para solicitar ainda um exemplar do instrumento, bem como **informação sobre a cotação e utilização do mesmo**

Itens: 10 494 Não Lidos: 3

Todas as pastas estão atualizadas. Ligado a: Microsoft Exchange

Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética da UTAD

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Comissão de Ética da UTAD



COMISSÃO DE ÉTICA DA UTAD

Parecer da Comissão de Ética N:	07/2014
Data:	07.05.2014
Assunto:	Doc 7CE/2014 Bioética Universidade Católica Portuguesa.
Requerente:	João Francisco de Castro

A CE considera que as correções introduzidas no inquérito garantem o anonimato dos dados e a sua confidencialidade, pelo que é de parecer favorável à sua realização.


Pela Comissão de Ética
A Presidente da Comissão

Maria da Conceição Azevedo

Anexo 3 - Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados



Exmº Senhor
Dr. João Francisco de Castro
Quinta do Borbulhão – Raposeira
5100 – 057 Lamego

N/ref.
02.02
Proc. n.º 6907/2013
Of. n.º  2013-10-08

Assunto: Legalização de tratamento de dados pessoais.
(estudo observacional).

No âmbito do processo em epígrafe, fica V. Exª notificado de todo o conteúdo da Deliberação n.º1433/2013 proferida pela CNPD em 08.10.2013, cuja cópia se anexa.

Com os melhores cumprimentos

A Presidente da CNPD

(Filipa Calvão)

MM

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39

LINHA PRIVACIDADE

Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt

DELIBERAÇÃO N.º 1433 / 2013

João Francisco de Castro, no âmbito da sua Tese de Doutoramento, notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional para caracterização da vivência da sexualidade dos jovens universitários.

O estudo terá como amostra os estudantes da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, maiores de idade, que aceitem voluntariamente participar no mesmo.

A participação no estudo consiste na resposta a questionários anónimos de autopreenchimento em papel.

Não será solicitado o consentimento escrito dos inquiridos, presumindo-se o mesmo do preenchimento dos questionários.

Os dados recolhidos para o estudo são: sexo, idade, ano e curso que frequenta, proveniência (aldeia, vila ou cidade) estado civil, estatuto profissional, religião, importância da religião, com quem coabita, habilitações literárias dos pais, abertura para falar de sexualidade/contraceção com os pais, fontes de informação sobre a sexualidade/contraceção, consultas de planeamento familiar, métodos contraceptivos adotados, relações sexuais, informações de contraceção de emergência, escala de conhecimento sobre a contraceção oral de emergência, escala de atitudes face à contraceção oral de emergência, escala de atitudes sexuais de Hendrick e Hendrick, escala de autoeficácia geral, inventário da cultura organizacional da família e escala de motivação para fazer e para não fazer sexo.

Pela análise dos dados recolhidos e da metodologia aplicada verifica-se que não há tratamento de dados pessoais, uma vez que em nenhum momento do estudo é possível o relacionamento directo ou indirecto da identificação dos participantes no estudo com a informação constante dos cadernos de recolha de dados. Assim, porque



COMISSÃO NACIONAL
DE PROTECÇÃO DE DADOS

não existe tratamento de dados pessoais, não se aplica a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro.

Lisboa, 08 de outubro de 2013

Helena Delgado António (Relatora), Luís Barroso, Ana Roque, Carlos Campos Lobo,
, Luís Paiva de Andrade

Filipa Calvão (Presidente)

