Adolescentes Portugueses da Região do Norte: Sexualmente (Des)Protegidos

Marta Morais Barbedo [Mestre em Psicologia, Investigadora da Equipa Aventura Social/FMH, Psicóloga na Direcção-Geral dos Serviços Prisionais]

Margarida Gaspar de Matos [Professora Associada com Agregação na Faculdade de Motricidade Humana, Investigadora do CMDT]

Joaquim Luís Coimbra [Professor Associado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Investigador do Instituto de Consulta Psicológica, Formação e Desenvolvimento]

RESUMO

Este artigo apresenta uma comparação entre os adolescentes do 10º ano (estudo HBSC da OMS) da Região do Norte e do resto do país e entre os que já tiveram relações sexuais e os que ainda não tiveram, no âmbito de alguns comportamentos de risco. Compara, também, conhecimentos e atitudes em relação a pessoas infectadas pelo VIH. O contexto cultural desempenha um papel de relevo no domínio do risco.

Palavras-Chave: *Comportamentos de risco; adolescência; região; iniciação sexual; religião.*

ABSTRACT

This article presents an overview about differences between 10th grade students (HBSC study/OMS) from North Region and from remaining country regions and between those who had sexual intercourse and hadn't, in some risk behaviors domain. It compares, also, knowledge's and attitudes regarding HIV positive people. Cultural context have a key role in risk field.

Keywords: *Risk behaviors; adolescence; region; sexual initiation; religion.*

SEXUALIDADE E SIDA

A sexualidade é um dos vários modos históricos pelos quais fazemos a experiência de nos constituirmos enquanto sujeitos (Foucault, 1994). Permanentemente condicionado e impulsionado pela evolução da socie-

dade, o conceito de sexualidade tem sofrido várias mudanças ao longo do tempo, patentes nas definições da OMS (2000; 2002). Mais recentemente, no relatório de progresso do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES, 2007) salienta-se a importância de adoptar uma perspectiva ampla (não sanitista) do ponto de vista de Educação para a Saúde que contemple não só a atenuação dos comportamentos de risco como também a promoção da qualidade das relações interpessoais, a qualidade da intimidade e a contextualização destas na sua raiz cultural e socio-histórica. Indubitavelmente, a sexualidade é uma dimensão fulcral e transversal a toda a humanidade sendo, porém, constrangida e influenciada por contextos culturais específicos. A par da componente biológica emerge o contexto social e a influência das mudanças históricas, demográficas, culturais e económicas (Costa & Leal, 2005).

Ao universo da sexualidade acopla-se a prevalência de VIH/SIDA, sendo que a fase de maior probabilidade de transmissão do vírus se especula ser a adolescência. Em todo o mundo, são mais de 6.000 jovens entre os 15 e os 24 anos que se infectam ou são infectados diariamente, representando metade das novas infecções pelo VIH (Marques, Martingo & Marques, 2007). Não obstante a gravidade dos números é indiscutível que a informação não é suficiente para ocorrer mudança de comportamento. Factores económicos, características da comunidade, estrutura familiar, crenças e atitudes sobre sexualidade, influência dos pares, características biológicas e relação com a escola constituem uma ínfima parcela de cem prováveis fundamentos na base da adopção de comportamentos de risco face à sexualidade por parte dos adolescentes (Kirby, 2001). O VIH/SIDA apresenta a peculiaridade de ser um vírus

relativamente recente com um percurso evolutivo veloz, sendo que deixámos de lidar com uma doença mortal para nos depararmos com uma doença crónica. Consta-se que a ciência ainda não encontrou uma cura para a doença mas tem desenvolvido tratamentos cada vez mais eficazes que permitem aferir uma diminuição da mortalidade e um aumento da esperança média de vida (Campos, 2006).

COMPORTAMENTOS DE RISCO, FACTORES DE RISCO E FACTORES DE PROTECÇÃO

Comportamentos de risco correspondem a determinadas acções que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos em relação a uma doença em particular ou à “doença saúde” (OMS, 1986). Factores de risco podem ser entendidos como elementos preditores de consequências desfavoráveis ou como manifestações prévias de futuros comportamentos (Kaplan, 1999 cit. in Simões, 2007). Factores de protecção consistem em variáveis que produzem o efeito da diminuição ou cessação das influências negativas subjacentes à exposição ao risco (Simões, 2007). Langille e Curtis (2002) encontraram uma associação entre relações sexuais antes dos 15 anos, maiores comportamentos de risco (como um menor uso de métodos contraceptivos) e uma maior probabilidade de ter mais parceiros sexuais. Encontraram também evidências de que a presença de relações sexuais precoces se relacionava com factores familiares, económicos e religiosos. No caso das raparigas, frequentar mensalmente a igreja estava negativamente associado a relações sexuais precoces. A frequência da igreja é também associada a padrões de comportamento e atitudes sexuais mais conservadores. No entanto, indivíduos religiosos que frequentem com pouca assiduidade a igreja parecem assemelhar-se mais aos pares não religiosos (Visser & Smith, 2007). Podemos equacionar a possibilidade de existir uma forte relação entre atitudes e comportamentos sexuais e religião não descurando que a mesma depende do tipo de religião, do grau de envolvimento e do comportamento ou atitude em questão. O controlo social pela via da instrução de padrões ideais parece

ser um elemento-chave para a compreensão da relação que se esboça (Hardy & Raffaelli, 2003; Meier, 2003; Rostsoky, Regnerus & Wright, 2003; Visser *et al.*, 2007). O discurso religioso assente na dicotomia pecado/reprodução proclama um código sexual baseado no medo do corpo, dando origem a um sentimento individual que deve ser normatizado na inter-relação social (Reis & Vilar, 2004). Neste estudo foi encontrada uma associação negativa significativa entre o grau de religiosidade (de professores portugueses) e o sentimento de conforto para abordar temas de sexualidade. O receio do incentivo de determinados comportamentos de risco através da Educação Sexual determina a posição negativa da igreja no que respeita à prevenção do VIH (Ganczak *et al.*, 2007).

No que concerne a associação entre comportamentos de risco, a co-ocorrência dos mesmos na adolescência parece ter características particulares que revelam alguma determinação cultural (Viner *et al.*, 2006). A região do país (macrossistema, Brofenbrenner, 1979; 2001) poderá exercer uma influência directa ou indirecta, através dos microssistemas (pares, família). Alguns dados socio-económicos podem ser pertinentes para a construção de um esboço da realidade que caracteriza a Região do Norte e que legitimam a escolha desta região para ser comparada com o resto do país. O relatório de 2008 do Ministério da Administração Interna no âmbito da Violência Doméstica salienta que as comarcas de Sintra, Porto e São João da Madeira são as que apresentam as taxas mais elevadas do país. Numa perspectiva económica mas com amplas repercussões psicossociais, as taxas de desemprego por região (INE, 2008) revelam que pelo menos desde o último trimestre de 2007, a Região do Norte a par da região de Lisboa lidera os índices de desemprego. Estatísticas recentes (Marktest, 2005) indicam que 5 milhões de portugueses são religiosos (praticantes) salientando-se que, destes, 59.6% são mulheres, 55.7% têm mais de 44 anos, 64.5% pertencem às classes sociais média baixa ou baixa, 50.8% são reformados, domésticos ou trabalhadores não qualificados e que 55% residem nas regiões do litoral norte ou interior norte. A Região do Norte é a mais populosa do país e a que con-

centra, tradicionalmente, a indústria recorrendo a mão-de-obra pouco especializada. Na actualidade, tem-se vindo a assistir à deslocalização das empresas o que contribui, em larga escala, para elevar os índices de desemprego. O PIB *per capita* (Produto Interno Bruto) da Região do Norte é um dos mais baixos do país, sendo essa Região “penalizada pelo Efeito Estrutura Sectorial e reflectindo o elevado peso da agricultura e de alguns sectores industriais tradicionais no emprego desta região” (Ramos & Rodrigues, 2001, p. 11). O abandono precoce da escola também é superior nesta Região (Caetano, 2005).

METODOLOGIA

O presente estudo utilizou, como instrumento, um questionário retirado do Estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)/OMS, que tem como objectivo perceber os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários âmbitos das suas vidas. O questionário é de auto-preenchimento e intitula-se “Comportamento e Saúde em Adolescentes em Idade Escolar” englobando variáveis macrossociais de controle (idade, etc...), questões relativas aos consumos, actividade física, violência, família, pares, etc. (Matos *et al.*, 2003; 2006). De seguida apresentamos os dados referentes à área da sexualidade. A recolha de dados foi realizada em 2002. A amostra foi constituída por 1581 alunos com uma média de idades de 16.25 (dp=0.91), sendo que 47.9% pertencem ao sexo masculino e 52.1% ao feminino. A variável Região foi recodificada de forma a comparar os alunos da Região do Norte com os alunos das outras regiões do país (Lisboa, Centro, Alentejo e Algarve) que correspondem respectivamente a 41.1% e 58.9% dos alunos.

RESULTADOS

A análise estatística foi elaborada através do programa *Statistical Package for Social Sciences – SPSS* (versão 17.0, Windows).

Os jovens que não são provenientes da Região do Norte aparentam uma maior convicção e solidez nos conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA em relação aos que provêm (cf. Quadro 1). Estas diferenças são estatisticamente significativas em relação à possibilidade de transmissão entre dois homens que tenham uma relação sexual sem preservativo, em que os jovens do Norte afirmam mais frequentemente não estarem certos da resposta, enquanto os do resto do país se sentem mais seguros na identificação de um veículo de infecção. Quando se avalia a existência da probabilidade de contágio do VIH/SIDA pela via da tosse/espirro, os inquiridos da Região do Norte consideram mais vezes tratar-se de um meio de propagação do que os do resto do país, que avaliam com maior regularidade como via inócua em relação à transmissão do vírus. Um resultado similar encontra-se na avaliação da possibilidade de transmissão do VIH/SIDA através da utilização de utensílios para comer e beber já usados por outros, afirmação com a qual os alunos do Norte parecem concordar e os do resto do país discordar mais frequentemente (cf. Quadro 1). Não foram encontradas diferenças entre o Norte e as restantes regiões de Portugal quanto ao uso de preservativo e às atitudes em relação aos indivíduos infectados pelo VIH.

Quando se procedeu à comparação das regiões em função das fontes de informação sobre VIH/SIDA, apenas uma apresentou diferenças estatisticamente significativas: os adolescentes do Norte parecem dirigir-se mais frequentemente a um padre ou a um grupo religioso no sentido de debater as questões do VIH/SIDA que os alunos do resto do país. Os jovens do resto do país aparentemente manifestarem mais vezes já terem tido relações sexuais em comparação com os jovens do Norte do país.

Quadro 1 - Síntese das principais diferenças significativas na comparação entre a Região do Norte e o resto do país

	Região do Norte (N= 650, 41.1%)		Resto do país (N= 931, 58.9%)		χ ²
	N	%	N	%	
Transmissão do VIH através da tosse/espírito:					
Sim	61	9.5	54	5.9	11.020**
Não	467	72.4	728	79.0	
Não sei	117	18.1	139	15.1	
Transmissão do VIH nas relações sexuais homem com homem:					
Sim	464	72.5	709	77.3	8.937*
Não	32	5.0	56	6.1	
Não sei	144	22.5	152	16.6	
Transmissão do VIH pela partilha de utensílios de comer/beber:					
Sim	135	21.0	142	15.5	7.949*
Não	376	58.4	581	63.4	
Não Sei	133	20.7	193	21.1	
Aprender sobre SIDA com padre/grupo religioso:					
Sim	70	11.0	68	7.4	6.939*
Não	403	63.1	623	67.9	
Talvez	166	26.0	226	24.6	
Ter tido relações sexuais:					
Sim	143	22.4	297	32.3	18.106***
Não	495	77.6	623	67.7	

* p<.05; **p<.01; ***p<.001

A negrito: valores a que corresponde um residual ajustado ≥ 1.9

38

A segunda variável independente do estudo é ter tido ou não relações sexuais, tendo-se verificado uma associação entre já ter tido relações sexuais e uma maior frequência de comportamentos de risco (embriaguez, envolvimento em lutas) e vice-versa (cf. Quadro 2). No plano das atitudes, os alunos que tiveram relações sexuais patenteiam mais preconceitos em relação aos indivíduos infectados com VIH, discordando mais vezes parcial e totalmente da hipótese de visitarem um amigo infectado com VIH/SIDA. Ter tido relações sexuais parece potenciar, também, o grau de à vontade para falar com os pares sobre SIDA. (cf. Quadro 2). Quem teve relações sexuais parece estar mais predisposto a socorrer-se de fontes presenciais como o cen-

tro de saúde. Por outro lado, os adolescentes que ainda não tiveram relações sexuais mantêm a incerteza em relação à possibilidade de ouvir um programa de rádio sobre VIH/SIDA para aprenderem mais ou para se tranquilizarem em relação a alguma preocupação. A Internet é mais vezes referida como potencial fonte de conhecimento e esclarecimento sobre VIH/SIDA pelos jovens que ainda não tiveram relações sexuais ao passo que os que já tiveram voltam a recusar essa possibilidade. Comparando a variável ter tido relações sexuais com a variável região foram encontradas diferenças bastante significativas sendo que no Norte do país há mais jovens do 10^o ano que ainda não iniciaram a sua vida sexual.

Quadro 2 - Síntese das principais diferenças significativas na comparação entre os alunos que já tiveram e ainda não tiveram relações sexuais

Relações Sexuais	Iniciou (N= 440, 28.2%)		Não iniciou (N= 1118, 71.8%)		χ ²
	N	%	N	%	
Freq. de embriaguez:					
Nunca	149	34.3	767	69.2	216.500***
Uma vez	88	20.2	169	15.2	
2-3 vezes	86	19.8	118	10.6	
4-10 vezes	60	13.8	37	3.3	
Mais de 10	52	12.0	18	1.6	
Freq. de envolvimento em lutas (últimos 12 meses):					
Nunca	300	69.0	942	84.9	64.559***
1 vez	65	14.9	104	9.4	
2 vezes	27	6.2	38	3.4	
3 vezes	14	3.2	10	.9	
4 vezes ou mais	29	6.7	16	1.4	
Transmissão do VIH pela tosse/espirro:					
Sim	37	8.5	76	6.9	8.623**
Não	311	71.2	866	78.2	
Não sei	89	20.4	166	15.0	
Visitar amigo infectado c/ VIH:					
Concordo totalmente	276	63.4	706	63.8	13.961**
Concordo	111	25.5	304	27.5	
Não tenho a certeza	31	7.1	79	7.1	
Discordo	6	1.4	1	.1	
Discordo totalmente	11	2.5	16	1.4	
Conversar c/ pares sobre SIDA:					
Muito à vontade	293	67.2	599	54.	24.253***
À vontade	130	29.8	437	39.6	
Pouco à vontade	6	1.4	44	4.0	
Nada à vontade	3	7	9	.8	
Não falo c/ eles sobre isso	4	.9	15	1.4	
Aprender sobre SIDA consulta centro de saúde:					
Sim	177	40.7	374	33.6	6.959**
Não	96	22.1	281	25.2	
Talvez	162	37.2	459	41.2	
Aprender sobre SIDA c/ programa de rádio:					
Sim	189	43.3	500	44.9	7.156**
Não	121	27.8	241	21.7	
Talvez	126	28.9	372	33.4	
Aprender sobre SIDA c/ Internet:					
Sim	225	51.5	627	56.4	8.534**
Não	101	23.1	186	16.7	
Talvez	111	25.4	299	26.9	

* p<.05; **p<.01; ***p<.001

A negrito: valores a que corresponde um residual ajustado ≥ 1.9

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

Os alunos do Norte parecem iniciar a sua vida sexual mais tarde e apresentar menos comportamentos de risco. Também se verificou que recorrem mais frequentemente à religião para se informar sobre sexualidade e SIDA e que denotam conhecimentos menos sólidos sobre VIH/SIDA. À semelhança dos resultados de outros estudos, uma percentagem mais reduzida de comportamentos de risco pode ter na sua raiz fortes convicções religiosas manifestas num grande auto-controlo (Archibald, 2007) ou quiçá, hetero-controlo. Também se confirmou que os alunos que ainda não tiveram relações sexuais parecem apresentar menos comportamentos de risco. Os jovens que já iniciaram a sua vida sexual parecem ter mais conhecimentos sobre VIH/SIDA mas (ao contrário do esperado) mais preconceitos. Do universo possível de fontes de informação/atenuação de preocupações salientam-se as fontes indirectas (como a Internet) para os adolescentes que ainda não tiveram relações sexuais. Este resultado reforça o impacto que as novas tecnologias podem ter nos jovens em geral e, em particular, nos que ainda não tiveram relações sexuais, sendo importante a disponibilidade e veracidade da informação a que recorrem.

De acordo com o que esperávamos, parece ser no Norte que a religião tem um impacto mais preponderante, o que é visível no facto de os adolescentes desta região recorrerem mais frequentemente a um padre para esclarecer dúvidas sobre VIH. Deve, assim, ser tido em atenção que o factor da religiosidade origina valores morais que podem regular os comportamentos sexuais (Reis & Vilar, 2004). No entanto, também é na Região do Norte que os jovens parecem ter menos conhecimentos sobre a matéria (formas de transmissão), resultado inesperado e que poderá indicar que existirão outras fontes mais fidedignas. No nosso ponto de vista e com base na revisão da literatura, as várias religiões têm em comum o facto de serem socializadoras. A religião apresenta uma forte componente moral (incutida nos escuteiros, na catequese, na missa) mas também proporciona, a par dessa regulação social/comportamental, um projecto de vida. Ora, o adolescente não pode ir contra o projecto com o qual está comprometido ou, pelo menos, não o tentará fazer.

No entanto, convém sublinhar que não é desejável nem ético “rotular” linearmente os jovens que já iniciaram a sua vida sexual como potenciais envolvidos em vários comportamentos de risco. Desta forma, uma iniciação sexual mais tardia pode ser mais protectora, sem que isto implique que todos os jovens que iniciam a actividade sexual mais precocemente estejam necessariamente em risco. O que podemos aludir é que para grandes grupos, a probabilidade de risco é maior para os adolescentes que iniciam a vida sexual mais precocemente. Para além disso, a sexualidade não pode ser considerada como variável preditora sem levarmos em conta o papel de eventuais variáveis mediadoras socio-culturais por identificar (factores de protecção e de risco). O efeito cumulativo de factores de risco (onde se inclui a iniciação sexual precoce), num contexto desprotegido, pode potenciar o risco de forma exponencial, dado origem à desviância e à exclusão. Ainda, o que se entende por precoce? Inferior à média é uma possibilidade mas o conceito é discutível.

Os resultados apresentados e a nossa experiência profissional suportam a plausibilidade de que programas de prevenção de comportamentos sexuais de risco devam ter início o mais cedo possível no sentido de facilitar o desenvolvimento de atitudes e auto-estima positivas por parte dos jovens (DiClemente, Durbin, Siegel, Krasnovsky, Lazarus & Comacho, 1992). Para além disso, a perspectiva defendida vai ao encontro de que a educação sexual não antecipa o início das relações sexuais podendo ser um factor de algum adiamento. Tem ainda a vantagem de tornar a sexualidade mais gratificante e aumentar a probabilidade dos jovens ingressarem em mais comportamentos protectores (Vilar & Ferreira, 2008). Sobretudo na Região do Norte é necessário um maior investimento educativo para colmatar o défice de conhecimentos destes jovens que ainda vacilam quando questionados sobre as formas de transmissão do VIH. No entanto, a esse investimento irá corresponder uma maior probabilidade de correr riscos. Pode parecer contraproducente, contudo correr riscos é ter oportunidades de exploração, não correr pode ser sinónimo de passividade e conformismo. Nesta lógica, pode aludir-se que os jovens da Região do Norte têm menos comportamentos de risco mas estão em maior risco pelo facto de não terem consciência do que constitui um risco e por não terem desenvolvido defesas e capacidades para enfrentar eventuais riscos. O equilíbrio é desejável, torna-se imperativo arriscar na educação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Archibald, C. (2007). Knowledge and attitudes toward HIV/AIDS and risky sexual behaviors among Caribbean African American female adolescents. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18 (4), 64 – 72.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brofenbrenner, U. (2001). The biological theory of human development. *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*, 10, 6963 - 6970. New York.
- Caetano, L. (2005). Abandono escolar: repercursões socio-económicas na região centro, algumas reflexões. *Finisterra*, 79, 163 – 176.
- Campos, M. (2006). A mortalidade por VIH/SIDA em Portugal: alterações da estrutura etária. *Revista de Estudos Demográficos*, 38, 67 – 75.
- Costa, E. & Leal, I. (2005). Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contraceção. *Análise Psicológica*, 3 (XXIII), 247 – 260.
- DiClemente, R., Durbin, M., Siegel, D., Krasnovsky, Lazarus, N. & Comacho, T. (1992). Determinants of Condom Use among Junior High School Students in a Minority, Inner-City School District. *Pediatrics*, 89, (2), 197 - 201.
- DGAI (2008). Violência Doméstica: Análise das ocorrências participadas às Forças de Segurança em 2008. Acedido em 20 de Abril de 2009 <http://www.dgai.mai.gov.pt/cms/files/conteudos/Analise%20VD%202008.pdf>
- Foucault, M. (1994). *História da Sexualidade. Volume II – O uso dos prazeres*. Relógio d'Água.
- Ganczak, M., Barss, P., Alfaresi, F., Almazrouei, S., Muraddad, A. & Al-Maskari, F. (2007). Break the Silence: HIV/AIDS knowledge, attitudes, and educational needs among Arab university students in United Arab Emirates. *Journal of Adolescent Health* 40, 572.e1 - 572.e8.
- GTES (2007). *Educação para a saúde - relatório de progresso*. Acedido em 26 de Outubro de 2008 em http://sitio.dgdc.min-du.pt/saude/documents/relatorio_progressogtes.pdf
- Hardy, A. & Raffaelli, M. (2003). Adolescent religiosity and sexuality: An investigation of reciprocal influences. *Journal of Adolescent Health*, 26, 731 – 739.
- Kirby, D. (2001). Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (Summary).
- Langille, D. & Curtis, L. (2002). Factors associated with sexual intercourse before age15 among female adolescents in Nova Scotia. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 11 (2), 91 – 99.
- Matos M.G. & Equipa do Projecto Aventura Social. (2000). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (4 anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M.G. & Equipa do projecto Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em 2006*. Lisboa: CDI/ FMH/UTL.
- Marques, R., Martingo, C. & Frade, A. (2007). *Saúde Sexual e Reprodutiva e VIH/SIDA: Uma questão de compromisso e de desenvolvimento*. Lisboa: APF
- Meier, A. (2003). Adolescents transition to first intercourse, religiosity and attitudes about sex. *Social Forces*, 81, 1031 – 1052.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Versão Portuguesa *Uma conferência internacional para a promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde pública*. Ottawa, Canadá, Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- OMS (2000). *Sexualidade, Planeamento familiar e Reprodução*. Coleção Informar as mulheres CIDM, 14.
- OMS (2002). (Definição de sexualidade) acedido em 15 de Março de 2009 em <http://www.who.int/reproductivehealth/gender/sexualhealth.html>
- Ramos, P. & Rodrigues, A. (2001). Porque é diferente o PIB *per capita* das regiões portuguesas? *Actas do VIII Encontro Nacional da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Regional*, 13, 5 - 14.
- Reis, M. H. & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: atitudes dos professores. *Análise Psicológica*, 4 (XXII), 737 – 745.
- Rostsoky, S., Regnerus, M. & Wright, M. (2003). Coital debut: The role of religiosity and sex attitudes in the Add Health Survey. *Journal of Sex Research*, 40, 358 – 367.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Vilar, D. & Ferreira, P. (in press). A educação sexual dos jovens portugueses: conhecimentos e fontes. Instituto Superior de Ciências Sociais e Associação para o Planeamento da Família.
- Viner, R., Haines, M., Head, J., Bhui, K., Taylor, S., Stansfeld, S., Hillier, S. & Boy, R. (2006). Variations in associations of health risk behaviors among ethnic minority early adolescents. *Journal of Adolescent and Health*, 38, 55 e 15 – 55 e 23.
- Visser, R. & Smith, A. (2004). Which intention? Whose intention? Condom use and theories of individual decision making. *Psychology, Health & Medicine*, 9 (2), 193 – 204.