

Patrícia José Sousa Freitas Mota

Competências emocionais e literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário

Relatório Final

4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia



Viseu, fevereiro de 2018

Patrícia José Sousa Freitas Mota

Competências emocionais e literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário

Relatório Final

4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Orientadores: Professora Doutora Manuela Maria Ferreira;
Professor Doutor João Carvalho Duarte; Professora Doutora Sofia Campos

Viseu, fevereiro de 2018

Ao Jorge, meu marido, porque sempre me faz acreditar que é possível!

Agradecimentos

Quero agradecer, primeiramente, à minha orientadora, Professora Doutora Manuela Maria Ferreira, pela dedicação e confiança que depositou em mim e por sempre conseguir encontrar o caminho mais fácil de “descomplicar”. Acredito fielmente que muitos professores ganhariam se lhe seguissem o exemplo.

Ao Professor Doutor João Carvalho Duarte, enquanto coorientador deste estudo pela sua colaboração e orientação, no tratamento estatístico.

À Professora Doutora Sofia Campos pelo suporte e por tornar possível a aplicação dos questionários.

À Escola Superior de Saúde de Viseu, que proporcionou o realizar do “mestrado de sonho”.

Ao Agrupamento de Escolas de Moimenta da Beira, representado pelo Diretor Professor Dr. Alcides Sarmiento, pela autorização concedida para o desenvolvimento deste estudo.

A todos os estudantes do ensino secundário, um especial obrigado pela partilha pessoal de informações.

A todos os hospitais por onde passei durante este percurso, quer enquanto profissional ou como aluna, não esquecendo os profissionais que me acompanharam.

Aos meus orientadores de estágio, em especial às senhoras enfermeiras Vera Lopes, Amélia Gonçalves e Elvira Freitas por me demonstrarem como ser uma enfermeira especialista de excelência.

Aos meus pais e à minha irmã, por sempre me terem incentivado a sonhar “alto” e a pedir muito, mesmo que dentro do pouco. Mesmo quando tudo pareceu impossível, vocês sempre acreditaram e nunca me deixaram fraquejar ou desistir. A vocês, devo-vos tudo.

A toda a minha família e amigos, porque nenhuma vitória teria sabor sem a partilhar convosco. Um obrigado especial à Nicole Mendes, pelas suas capacidades de “*design*”.

À turma do 4º CMESMOG, por terem dado significado à palavra companheirismo.

Ao Jorge, meu marido, por seres o meu mais seguro pilar. Por todas as vezes em que tiveste que ser tu a lidar com os meus momentos de loucura. Mais que um

agradecimento, um pedido de desculpa pela ausência, por teres ficado para segundo plano, em detrimento deste projeto.

Resumo

Enquadramento: A literacia em saúde é entendida como a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde. Constituiu-se como a opção quotidiana de decisões de saúde conscientes com uma particular importância no grupo dos adolescentes. Assim assume-se de primordial importância uma educação sexual integrativa a este grupo.

Objetivos: Determinar se as variáveis sociodemográficas, de contexto académico e contextuais de saúde sexual e reprodutiva interferem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário; analisar a relação entre as competências emocionais e a literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário.

Metodologia: Estudo transversal, descritivo e analítico, envolvendo uma amostra de 213 alunos a frequentarem os 10.º, 11.º e 12.º anos do Agrupamento de Escolas de Moimenta da Beira, maioritariamente feminina (60.4 %) com idade média de 16.45 anos. A recolha de dados foi suportada num questionário de caracterização sociodemográfica, variáveis de contexto académico, variáveis contextuais de saúde sexual e reprodutiva, o Questionário de Competência Emocional de Vladimir Taksic' (2000), uma adaptação portuguesa de Faria & Lima Santos (2001) e o Questionário de Conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva de Santos (2017).

Resultados: Maioritariamente, os alunos recorrem aos pais quando têm dúvidas sobre a saúde sexual e reprodutiva (30.5%) e apenas 10.8% aos profissionais de saúde. Predominam os estudantes (67.6%) que consideram ter conhecimentos bons/muito bons sobre saúde sexual e reprodutiva, sendo as raparigas quem revela mais conhecimentos em relação a esta temática. Quanto mais idade e ano de escolaridade, os estudantes têm, mais conhecimentos possuem sobre saúde sexual e reprodutiva. Quanto menos capacidades, têm os alunos, para lidar com a emoção, menor é a informação que estes possuem sobre saúde sexual e reprodutiva.

Conclusão: Quanto mais precoce for assimilado o compromisso da aprendizagem sobre saúde sexual e reprodutiva, maior será a obtenção de bons resultados, refletindo-se em adolescentes mais comprometidos e seguros.

Palavras-chave: Competências emocionais; Literacia; Saúde sexual e reprodutiva; Adolescentes.

Abstract

Background: Health literacy is understood as the ability to make informed health decisions.

There is a particular importance in the group of adolescents as they partake the daily option of conscious health decisions. In this way, an integrative sex education is assumed to be extremely important to this group.

Aims: Determine whether sociodemographic variables, of academic and contextual context of sexual and reproductive health interfere in sexual and reproductive health literacy in high school students; Analyse the relationship between emotional skills and sexual and reproductive health literacy in high school students.

Methodology: Cross-sectional study, descriptive and analytical, involving a sample of 213 students attending the 10th, 11th and 12th grade of the group of schools of Beira Moimenta, mostly female (60.4%) with an average age of 16.45 years. The data collection was supported in a questionnaire of demographic characterisation, variables of academic context, contextual variables of sexual and reproductive health, the questionnaire of emotional competence of Vladimir Taksic ' (2000), a Portuguese adaptation of Faria & Lima Santos (2001) and the Knowledge Questionnaire on the sexual and reproductive health of Santos (2017).

Results: Most of the students approach their parents when they have doubts about sexual and reproductive health and only 10.8% will seek health professionals. Students (67.6%) who have good / very good knowledge about sexual and reproductive health prevail, being the girls who reveal to have more knowledge about this subject. The older and more schooling students have the more knowledge they have about sexual and reproductive health. The fewer capacities the students have to deal with emotions, the lesser the information they have about sexual and reproductive health.

Conclusion: The earlier the commitment to learn about sexual and reproductive health is assimilated, the better will the outcomes be, accomplishing better results and therefore reflecting on more committed and safe adolescents.

Keywords: Emotional Competences; Literacy; Sexual and Reproductive Health; Adolescents

Sumário

Introdução	23
Parte I - Enquadramento Teórico	25
1. Competências emocionais	27
2. Literacia em saúde	33
2.1. Literacia em saúde sexual e reprodutiva	35
Parte II – Estudo Empírico	41
1. Metodologia	43
1.1. Métodos	43
1.2. Participantes	45
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	46
1.3. Instrumento de colheita de dados	50
1.4. Procedimentos éticos e formais	67
1.5. Análise de dados	68
2. Resultados	71
2.1. Estatística descritiva	71
2.1.1. Caracterização académica e conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva	71
2.1.2. Conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva	72
2.1.3. Competências emocionais	74
2.1.4. Literacia em saúde sexual e reprodutiva	74
2.2. Análise inferencial	76
2.2.1. Relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em saúde sexual e reprodutiva	76
2.2.2. Relação entre as variáveis académicas e a literacia em saúde sexual e reprodutiva	81
2.2.3. Relação entre as variáveis contextuais de saúde sexual e reprodutiva e a literacia em saúde sexual e reprodutiva	83
2.2.4. Relação entre as competências emocionais e a literacia em saúde sexual e reprodutiva	84
3. Discussão	85
3.1. Discussão metodológica	85
3.2. Discussão dos resultados	86
Conclusão	91

Referências bibliográficas	95
Anexos	105
Anexo I - Instrumento de recolha de dados	
Anexo II - Parecer da Comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Viseu	
Anexo III - Pedido de autorização para a colheita de dados	
Anexo IV - Autorização para a aplicação da escala	

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade	46
Tabela 2 - Estatísticas relativas ao peso.....	47
Tabela 3 - Estatísticas relativas à altura.....	47
Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género	50
Tabela 5 – Valores de Referência	54
Tabela 6 – Consistência interna dos itens do Questionário de Competência Emocional...	55
Tabela 7 – Consistência interna dos itens do Questionário de Competência Emocional com itens eliminados	56
Tabela 8 – Distribuição dos itens pelos respectivos fatores com os pesos fatoriais subsequentes	58
Tabela 9 – Rácios críticos e coeficientes lambda do Questionário de Competência Emocional.....	59
Tabela 10 – Índices de qualidade dos ajustamentos de todos os modelos	63
Tabela 11 – Fiabilidade Compósita e variância extraída media	64
Tabela 12 – Consistência interna dos itens por subescala após análise fatorial confirmatória da Escala de Competência emocional.....	65
Tabela 13 – Matrix de Correlação de Pearson entre os fatores da escala de Competência Emocional.....	65
Tabela 14 – Caracterização académica e contextual de saúde sexual e reprodutiva da amostra em função do género	73
Tabela 15 – Estatísticas relativas às competências emocionais	74
Tabela 16 – Estatísticas relativas à literacia em saúde sexual e reprodutiva	75
Tabela 17 – Matrix de correlação de Pearson entre as diferentes subescalas do conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva	75
Tabela 18 – Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento em saúde sexual e o género	76
Tabela 19 – Teste t de Student entre idade e conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva.....	76
Tabela 20 – Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e a zona de residência	77
Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e a coabitação.....	78
Tabela 22 – Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e o estado civil dos pais	78

Tabela 23 – Teste Kruskal-Wallis entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e as habilitações literárias do pai e da mãe.....	79
Tabela 24 - Teste t de Student o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e o rendimento mensal do agregado familiar	79
Tabela 25 - Teste Kruskal-Wallis entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e a percepção da imagem/aparência	80
Tabela 26 - Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e a prática de uma religião	80
Tabela 27 - Anova entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e o ano de escolaridade	82
Tabela 28 - Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e reprovações escolares	82
Tabela 29 - Teste Kruskal-Wallis entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e o sentimento face à escola.....	82
Tabela 30 - Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e o envolvimento em lutas/brigas com os colegas.....	83
Tabela 31 - Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e a avaliação sobre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva	83
Tabela 32 – Regressão linear entre competência emocional e o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva	84

Lista de Figuras

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica	45
Figura 2 – Modelo inicial hipotetizado com três fatores.....	60
Figura 3 – Modelo 2 com índices de modificação	61
Figura 4 – Modelo 3: itens eliminados.....	62
Figura 5 – Modelo final 2ª ordem	63

Lista de Gráficos

Gráfico I - Gráfico de scree plot com ponto de inflexão da curva 57

Lista de abreviaturas

AMOS - *Analysis of moment structures*

APF - Associação de Planeamento Familiar

CDC - *Centers for disease control and prevention*

CE - Competências emocionais

CFI - *Comparative Fit Index*

DGS Direção- Geral da saúde

ESCQ - *Emotional skills and competence questionnaire*

FC - Fiabilidade compósita

GFI - *Goodness of Fit Index*

ICSSR - Questionário de conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva

IE - Inteligência Emocional

ICSSR - Inventário de Conhecimentos em Saúde Sexual e Reprodutiva

IST's - Infeções sexualmente transmissíveis

MLE - *Maximun-likelihood estimation*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva

RMR - *Root mean square residual*

RMSEA - *Root Mean Square Error of Approximation*

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SK - Valores de Assimetria

SPSS – *Statistical package for the social science*

SRMR - *Standardized root mean square residual*

VEM - Variância extraída média

VIH - Vírus de imunodeficiência adquirida

Introdução

“O enfermeiro tem um papel crucial no ensino, acolhimento e intervenção perante os adolescentes, de modo a ajudá-los a vivenciarem a sua sexualidade de forma informada e responsável.” OE (2010). Assim surge, a importância do desenvolvimento das competências emocionais na construção da personalidade, desde a mais breve fase da vida humana, pelas repercussões que o fomento deste desenvolvimento terá nas mais diversas áreas da vida.

Desde a resiliência emocional, competências intelectuais, até à correta identificação dos sentimentos e decisões, a literacia em saúde sexual e reprodutiva (SSR) assume-se importante devido à turbulência que caracteriza a fase da adolescência.

Atendendo aos dados estatísticos que, no presente trabalho, posteriormente apresentamos, Portugal é ainda um dos países europeus mais afetados pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH)/Sida (Martins & Shivaji, 2014), e a gravidez na adolescência continua a apresentar valores percentuais significativos (Silva, Ferreira, Águeda, Almeida, Lopes & Pinto, 2012).

Sendo que a literacia se assume como a escolha quotidiana de decisões de saúde conscientes, quanto mais cedo for assimilado o compromisso da promoção desta aprendizagem, crê-se que será proporcionalmente mais fácil a obtenção de bons resultados, que se irão refletir em adultos mais comprometidos e seguros quanto aos seus comportamentos.

Justifica-se também a opção pelo tema em estudo, por se trabalhar num bloco de partos e urgência obstétrica, onde se tem contacto direto com adolescentes que praticaram comportamentos menos seguros.

Face a esta realidade, é importante desenvolver conhecimentos relativamente a estratégias de intervenção por forma a evitar este tipo de condutas, na medida em que o papel do enfermeiro especialista consiste em fomentar a literacia em SSR, assim como, o encaminhamento para outros profissionais de saúde que possam desenvolver competências nos adolescentes, orientando-os para adotar comportamentos seguros no seu dia-a-dia.

É no contexto acima descrito que surge este estudo que se orientará no sentido de responder às seguintes questões: (i) Que variáveis sociodemográficas interferem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário? (ii) Como é que as variáveis académicas e variáveis contextuais de saúde sexual e reprodutiva interferem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário? (iii) Que

relação existe entre as competências emocionais e a literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário?

Tendo por base estas inquietações, delineou-se um conjunto de objetivos que representam o que se pretende fazer para responder às questões de investigação:

- Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário;
- Determinar se as variáveis académicas interferem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário;
- Verificar de que modo as variáveis contextuais de saúde sexual e reprodutiva interferem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário;
- Analisar a relação entre as competências emocionais e a literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes: numa primeira parte, faz-se uma contextualização teórica da problemática, o que permite a elaboração de um quadro concetual promotor de um maior conhecimento acerca do tema. Na segunda parte deste trabalho aborda-se o processo de investigação levado a cabo. Deste modo, na metodologia apresenta-se e descreve-se o tipo de investigação desenvolvida, designadamente, o tipo de estudo, o desenho da investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e a especificidade estatística utilizada. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise estatística. Tem lugar a discussão dos resultados. O estudo termina com as conclusões mais relevantes e que dão resposta às questões e objetivos de partida.

Parte I - Enquadramento Teórico

1. Competências emocionais

Cada vez mais, os investigadores defendem que o desenvolvimento das competências emocionais deve ser realizado o mais cedo possível (Santos, 2013). Os estudos, segundo o autor citado, têm demonstrado que a conduta e funcionamento social e emocional começam a estabilizar-se por volta dos oito anos de idade, podendo influenciar posteriormente a sua conduta e saúde mental.

A competência emocional constitui uma meta-habilidade que determina o grau de destreza que se alcança no domínio de todas as outras faculdades, entre as quais se inclui o intelecto puro. Existem múltiplos caminhos que conduzem ao êxito na vida e a inúmeros domínios nos quais as atitudes emocionais são extraordinariamente importantes. Numa sociedade como a nossa, que atribui uma importância cada vez maior ao conhecimento, a habilidade técnica é cada vez mais essencial (Martins, 2013).

Ao longo do desenvolvimento do ser humano, aprende-se a identificar e compreender distintas categorias relacionadas com as emoções básicas, sendo exemplo, a alegria, o medo, a raiva, a tristeza, entre outras, sendo intensificada na infância a habilidade para reconhecer pistas faciais associadas a estas categorias emocionais (Martins, 2013). “Estas aprendizagens dependem do conhecimento emocional da situação e das pistas situacionais que dela advêm, as quais possibilitam à criança depreender e antecipar as emoções dos outros e de si mesma” (Martins, 2013, p. 39).

Este conhecimento advém da capacidade de compreensão que o adolescente pode vivenciar numa variedade de emoções, seguindo-se a compreensão e o conhecimento das regras e as convenções sociais para a expressão emocional (Cardoso, 2011). Estes pressupostos sobre as componentes da competência emocional, em conformidade com o mesmo autor, assumem relevância porque interferem nas relações sociais do adolescente e na sua capacidade de relacionamento interpessoal com os pares. Ao nível das relações interpessoais assume particular importância a diferenciação emocional, que fomenta a compreensão e o desenvolvimento da empatia na relação com os outros, pois faculta informações sobre o que os outros experienciam durante essas relações (Cardoso, 2011).

Em muitas escolas dos Estados Unidos da América existem programas que ajudam os adolescentes a fortalecer as suas competências emocionais, dotando-os de capacidades concretas para identificar e dominar as emoções, comunicar de maneira eficaz e resolver os conflitos de forma não violenta (Santos, 2013). Estas capacidades, ainda em conformidade com o mesmo autor, ajudam a tomar decisões corretas, a ser mais empático e mais otimista perante os contratemplos. Existem resultados positivos quando a escola e os pais trabalham

conjuntamente, podendo desempenhar um papel fundamental para o saudável desenvolvimento dos adolescentes e o domínio das emoções e relações com os outros. Isto denomina-se como aprendizagem social e emocional, porque são habilidades que se podem aprender e dominar.

A competência emocional é constituída por cinco fatores, nomeadamente: a consciência emocional, a regulação emocional, a autonomia emocional, a competência social e competências para a vida e bem-estar (Alzina & Escoda, 2007).

No que se refere à consciência emocional, a mesma consiste na capacidade de ter consciência das próprias emoções e do outro num determinado contexto, o que implica ter consciência das próprias emoções e a compreensão das emoções dos outros. Deste modo, como referem Alzina e Escoda (2007), este conceito refere-se à compreensão exata dos sentimentos e emoções, identificando-os com um significado positivo ou negativo. A segunda conceção deste conceito diz respeito à eficiência que cada pessoa tem para a utilização das emoções e da expressão emocional face uma situação. Por conseguinte, é a partir dessa eficiência que se podem revelar comportamentos adaptativos, em determinadas situações. Por fim, os autores referem que este conceito também se refere à importância da compreensão das emoções dos outros e a perceção das suas emoções (Alzina & Escoda, 2007).

No que se refere à componente regulação emocional, esta define-se pela capacidade em manejar as emoções de uma maneira mais adaptativa, o que implica a interação entre a emoção, a cognição e o comportamento; a expressão emocional; a regulação emocional; habilidades de confronto emocional e a capacidade de autogerir as emoções positivas (Alzina & Escoda, 2007). A interação entre a emoção, cognição e o comportamento enfatizam a interdependência entre o comportamento e emoções, e ambos se autorregulam através da cognição. Por conseguinte, a cognição assume um papel de regulação da emoção e do comportamento (Alzina & Escoda, 2007).

A expressão emocional diz respeito à capacidade que cada pessoa possui para expressar de forma adequada as suas emoções, o que implica o conhecimento do estado emocional para que as possa expressar adequadamente. A regulação emocional tem implícita a capacidade de regulação dos próprios sentimentos e emoções, abarcando a impulsividade. As habilidades de confronto referem-se à capacidade de confrontar as emoções negativas, usando estratégias de autorregulação emocional. A competência para autogerir as emoções positivas refere-se à capacidade de experimentar voluntária e conscientemente as emoções positivas e fruir da vida, de modo a alcançar a melhor qualidade de vida (Alzina & Escoda, 2007).

A distinção entre inteligência emocional e competências emocionais é realizada por Saarni (2011) justificando que, por norma, a inteligência emocional é definida sem que se faça alusão aos valores, crenças e experiências passadas. Argumenta também que a competência emocional consiste mais num processo dinâmico face aos desafios emocionais imediatos, sendo a crença na capacidade de resiliência emocional de extrema importância para superar os desafios de forma eficaz. Todavia, o mesmo autor alerta para o facto de essa crença poder ser frágil, ou seja, por estar contextualizada num meio desconhecido ou, inclusive, porque a experiência social pode não ter sido positiva. Deste modo, a gestão das emoções revela-se ineficaz em relação aos objetivos. Saarni e Harris (2011) referem ainda que todas as pessoas já experienciaram incompetência emocional num determinado momento e lugar por não se sentirem preparadas para tal situação. O mesmo autor menciona também que as habilidades da competência emocional não se desenvolvem de forma isolada, estando a sua progressão intrinsecamente relacionada com o desenvolvimento cognitivo.

A competência emocional é definida por Bisquerra e Pérez (2007) como o conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenómenos emocionais. O domínio destas competências promove uma melhor adaptação ao contexto, ampliando as possibilidades de êxito perante situações mais complexas da vida. Em relação à inteligência emocional, os mesmos autores consideram que esta ainda é um constructo hipotético em debate no campo da psicologia, todavia já com um ponto que consiste na importância e na necessidade do desenvolvimento de competências emocionais, que potenciem vários aspetos, como os processos de aprendizagem, as relações interpessoais, a resolução de problemas, entre outros.

Neste âmbito, refere-se o estudo de Oliveira (2008), cujo objetivo consistiu em estudar a Inteligência Emocional numa amostra de adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, mais especificamente a autora objetivou verificar a existência de correlações entre a Inteligência Emocional, a idade, o género, o número de retenções, a inteligência geral, o ser aluno dos Cursos Educação e Formação *versus* alunos do ensino regular, o auto conceito e o estatuto socioeconómico. Os resultados demonstraram que existe uma correlação não significativa entre a Inteligência Emocional e a idade e o género, grupo, o número de retenções *versus* nenhuma retenção a inteligência geral e o estatuto socioeconómico, todavia, estas três últimas variáveis relacionam-se entre si. A Inteligência Emocional correlacionou-se apenas com a variável autoconceito.

Nos últimos anos a inteligência emocional (IE) tornou-se num tema de grande interesse nos círculos científicos e académicos, bem como no setor público e privado

(Akduman, Hatipoğlu & Yüksekbilgili, 2015). Esta envolve a capacidade de realizar uma análise fiel sobre as emoções e a capacidade de usar sentimentos, emoções e o conhecimento emocional para aumentar o pensamento, incorporando uma especial perícia para se lidar com as emoções próprias e as emoções dos outros (Ljungholm, 2014). Ainda que uma variedade de conceitos similares à IE tenham sido propostos ao longo dos anos, o interesse moderno na IE começou com o artigo de Salovey e Mayer, datado de 1989 (Akduman, Hatipoğlu & Yüksekbilgili, 2015). Estes autores definiram inicialmente a IE como o subconjunto da inteligência social que envolve a capacidade de gerir os próprios sentimentos e emoções, conferindo a capacidade para os discriminar, bem como usar essa informação para orientar o pensamento e as ações, dando origem a um modelo conceitual coerente de IE, que diferencia múltiplos aspetos das habilidades emocionais, como a percepção emocional e a gestão emocional (Akduman, Hatipoğlu & Yüksekbilgili, 2015). Segundo estes autores, os seres humanos distinguem-se num certo tipo de inteligência social que está vinculada ao conhecimento das próprias emoções (capacidade para descrever, expressar ou comunicar os próprios sentimentos), ao controlo das emoções (reter as emoções, porém sem reprimi-las e canalizá-las conforme a situação e o momento mais oportuno), ao reconhecimento das emoções alheias (sensibilidade aos sinais não verbais das outras pessoas) e ao controle das relações sociais (eficácia interpessoal).

É verificável um corpo de investigação estimulante em IE, que se tem apurado e progredido historicamente. Contudo, por falta de consenso conceitual, tem resultado numa multiplicidade de vários instrumentos de avaliação, que se podem encontrar nos mais diversos meios de comunicação social, bem como nas diferentes áreas da psicologia (Cabral, 2011). O mesmo autor refere ainda que as investigações têm tido em consideração as competências pessoais de avaliação e comunicação das emoções e a maneira como as usar na resolução dos problemas.

As pessoas emocionalmente inteligentes são definidas, em parte, como aquelas que regulam as suas emoções de acordo com uma lógica, assumindo-se como um modelo consistente de funcionamento emocional. A IE tem como uma das suas premissas que as respostas emocionais podem ser logicamente consistentes ou inconsistentes, com convicções particulares sobre a emoção. Relativamente às reações emocionais puras, como aquelas instâncias de felicidade ou o medo exibido precocemente na infância, podem envolver poucas cognições. À medida que a pessoa se desenvolve as reações emocionais podem fundir-se com os pensamentos mais complexos, ou seja, traduz-se em emoções cognitivamente saturadas, como a culpa ou o arrependimento. Além disso, a pessoa pode desenvolver modelos que incluem padrões de funcionamento emocional. Essas reações emocionais e modelos podem ser avaliados de acordo com a sua consistência lógica e,

portanto, com a sua inteligência (Ljungholm, 2014). Todavia Rauthmann e Kolar (2013) referem que a teoria da IE requer o desenvolvimento de critérios para a emotividade inteligente.

Ser competente emocionalmente implica, acima de tudo, a identificação das emoções e sentimentos. Na educação sexual assume grande relevância a sensibilização para esta questão, na medida em que muitos adolescentes sentem-se confusos sobre os sentimentos que estão a viver, dada a intensidade emocional com que se vive nesta fase da vida (Oliveira, 2015). A mesma autora salienta a importância da educação para a sexualidade na identificação e distinção de emoções, não descorando a educação familiar, pois muito do que aprende emocional e eticamente, aprende-se pelo exemplo, e não por palavras lógicas e dotadas de grande moralidade. A não identificação das emoções faz com que os adolescentes confundam a falta de autoestima e a necessidade de reconhecimento, com sentimentos como amizade, paixão ou amor, por exemplo, uma vez que estes têm menor experiência de vida (Oliveira, 2015).

2. Literacia em saúde

A OMS (1998, p. 10) define literacia em saúde como “o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e usar informação de formas que promovam e mantenham a sua saúde”. Consiste na capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso do dia-a-dia – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político, possibilitando o aumento do controlo das pessoas sobre a sua própria saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades.

A literacia em saúde é também definida como a consciencialização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimentos favoráveis à promoção de saúde. A literacia em saúde implica que exista um bom nível de conhecimento, capacidades pessoais e confiança por forma a impulsionar a saúde pessoal e da comunidade através da alteração de estilos e condições de vida (Cunha, Gaspar, Fonseca, Almeida, Silva & Nunes, 2014).

A literacia em saúde é um direito dos cidadãos, independentemente da faixa etária, tendo a mesma um significativo impacto económico, uma vez que se constitui como um relevante determinante da saúde e da qualidade de vida, refletindo, inclusive, as desigualdades sociais. Compreende fatores psicológicos (motivação e a perceção de autoeficácia), sociais e ambientais que interferem nas escolhas e nos comportamentos relacionados com a saúde. A literacia em saúde resulta de ações de promoção da saúde que abarcam as políticas de diminuição das desigualdades e de produção de ambientes promotores de escolhas saudáveis, de educação para a saúde, de mobilização social e de estratégias de *empowerment* (capacitação) (Loureiro, 2015). Na perspetiva do mesmo autor, o investimento em literacia em saúde exige uma intervenção holística, o que também requer o recurso a uma linguagem perceptível que torne alcançáveis as mensagens a todos, resultando numa melhor capacidade para a pessoa poder lidar com a sua doença, bem como para que consiga aceder aos serviços de saúde adequadamente e para melhor perceber e orientar as situações da vida. Está ligada ao grau de escolaridade e implica o conhecimento, a motivação, as competências das pessoas em aceder, compreender e avaliar as informações da área da saúde para assim conseguirem tomar decisões sobre a saúde, sua promoção e prevenção de doenças para manter ou melhorar o padrão de qualidade de vida sobre o decurso da mesma (Sorensen, Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska et al., 2012).

O conceito de literacia em saúde tem sido aplicado em muitas situações como sinónimo de promoção e educação para a saúde. Contudo, entre literacia em saúde e

educação para a saúde existem grandes diferenças, já que a literacia está relacionada com um processo de aprendizagem planeado, a atividade intencional que está intimamente ligada à disposição do indivíduo e capacidades individuais ou grupais, influenciando modos de pensar, clarificando valores e crenças, com o objetivo de facilitar a aquisição de competências, originando mudanças nos comportamentos e estilos de vida (Loureiro, Dinis, & Oliveira, 2012).

A inadequada literacia também resulta em comportamentos ineficazes de saúde tal como o uso inadequado de terapêutica, uso excessivo dos serviços de saúde e a ineficácia em lidar e saber agir em situações de emergência (Fernandes, 2012).

O nível de literacia em saúde de um indivíduo é afetado por condições da sua vida que podem ser denominadas de determinantes. Estes determinantes de saúde relacionados com a literacia são entre outros: educação, capacidades individuais, desenvolvimento na primeira infância, envelhecimento, condições de vida e de trabalho, diferenças de género, cultura e linguagem (Luís, 2010).

A literacia em saúde não tem em vista apenas o evitar a utilização inadequada dos serviços de saúde ou o aumento do conhecimento e da capacidade de autogestão da saúde e da doença; refere-se também ao sentimento de competência e liberdade para participar em debates e tomar decisões a diferentes níveis (Loureiro, 2015).

As evidências científicas sobre literacia em saúde demonstram cada vez mais a importância da mesma no quotidiano das pessoas, na medida em que se tem de tomar decisões sobre a saúde 24 horas por dia (Monteiro, 2009).

De acordo com Monteiro (2009, p. 29), “a esfera da saúde expandiu-se para lá do sistema de saúde: a saúde inclui bem-estar e exercício, envolve o que cada um come e bebe, como dorme”, sendo a saúde tema dos meios de comunicação social, acrescido do facto dos programas políticos solicitarem aos cidadãos que se tornem ‘pacientes informados’ e ‘cidadãos comprometidos e ativos’. Contudo, como refere a mesma autora, um número significativo de pessoas não tem acesso à informação essencial, bem como não possui as capacidades indispensáveis à tomada de decisões acerca da sua saúde (Monteiro, 2009, p. 29). Ainda segundo a mesma autora, estas capacidades tornam-se no ponto-chave da literacia em saúde, definida como “a capacidade de tomar decisões de saúde seguras no contexto do dia-a-dia” (Monteiro, 2009, p. 29).

Neste âmbito, o Fórum Europeu da Saúde (2005, citado por Monteiro, 2009, p. 29) concluiu que a literacia em saúde: i) consiste numa capacidade indispensável à vida das pessoas, uma vez que permite ajudar a agenciar e utilizar informação, levando a pessoa a ter controlo sobre a sua saúde; ii) se assume como um ditame da saúde pública, pois

contribui para a melhoria da comunidade; iii) é uma parte fundamental do capital social, pois a baixa literacia em saúde resulta no aumento das desigualdades em saúde.

De acordo Monteiro (2009, p. 30), “as competências em literacia em saúde fazem parte das competências da vida moderna”. De facto, a literacia em saúde é ativa, porque as competências em literacia em saúde têm de mudar, à medida que a sociedade sofre transformações. Esta é igualmente dinâmica, porquanto as pessoas com literacia em saúde têm um papel ativo nas constantes transformações, estando em permanente ligação com o meio que as rodeia, o que resulta na capacidade de harmonizarem a autonomia e a confiança nas suas interações com os profissionais de saúde, organizações de doentes e todos os serviços da comunidade (Fórum Europeu da Saúde, 2005, citado por Monteiro, 2009, p. 30).

Neste âmbito, Monteiro (2009, p. 32), faz referência ao *International Adult Literacy Survey*, datado de 1994, cuja realização ocorreu em sete países (Alemanha, Canadá, Estados Unidos da América, Países Baixos, Polónia, Suécia e Suíça) com uma amostra de 21.000 participantes. Esta investigação demonstrou que a Suécia lidera em termos de literacia em saúde, uma vez que mais de 40% dos seus cidadãos, na faixa etária dos 16 aos 25 anos, revelaram níveis elevados de literacia (Comissão Europeia, 2008, citada por Monteiro, 2009). Face a estes resultados, a literacia em saúde tornou-se ainda mais, a nível europeu, num foco de maior interesse, requerendo iniciativas dirigidas sobretudo para a melhoria da literacia em saúde.

2.1. Literacia em saúde sexual e reprodutiva

A sexualidade e a afetividade são componentes fundamentais da intimidade e são parte integrante da vida, do corpo, das relações entre as pessoas, do crescimento pessoal e da vida em sociedade. A Associação de Planeamento Familiar (APF, 2014) refere que a sexualidade é uma fonte de prazer, de comunicação e de realização pessoal. Como tal, promover a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é um importante contributo para a sua formação pessoal e social.

No domínio dos conhecimentos, a educação sexual pode contribuir para um maior e melhor conhecimento dos adolescentes acerca dos factos e componentes que integram a vivência da sexualidade, designadamente: os mecanismos da resposta sexual, da reprodução, da contraceção e da prática de sexo seguro. Na esfera das atitudes, a educação sexual pode contribuir para uma atitude positiva, eficaz e preventiva face à

doença, promotora do bem-estar e da saúde, com uma maior qualidade de vida e das relações pessoais, não apenas o aconselhamento e os cuidados relativos à reprodução ou prevenção de problemas. No domínio das competências individuais, o seu desenvolvimento permite tomar decisões responsáveis, na utilização de meios seguros e eficazes de contraceção e de prevenção do contágio de infeções sexualmente transmissíveis (APF, 2014).

A saúde escolar potencia a sua intervenção através da sua relação com o aumento do pensamento crítico e influência na capacidade de tomada de decisão, particularmente ao nível da tomada de decisão em saúde. A escola, pelo papel central que tem de promover a literacia e de contribuir para o sucesso educativo de todos os seus intervenientes, surge como *setting* prioritário (Ramiro, 2013). Melhorar a literacia em saúde, na escola, equivale a “capacitar e dar poder a todos os elementos da comunidade educativa para assumirem a responsabilidade pelos seus comportamentos em saúde” (Programa de Saúde Escolar, 2014, p.38). A saúde escolar, pelo potencial que tem para responder aos desafios que se colocam à saúde da comunidade educativa é cada vez mais uma alavanca para a melhoria do nível de literacia em saúde sexual e reprodutiva dos jovens, facilitando a tomada de decisões responsáveis e promovendo ganhos em saúde (Loureiro, 2015).

A educação sexual e reprodutiva consiste num meio privilegiado de prevenção de problemas relacionados com a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes (Ramiro, Reis, Matos, Diniz & Simões, 2011, p. 12). Este é “um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade humana e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis” (Ramiro et al., 2011, p. 12). Segundo os mesmos autores, o pressuposto de que os adolescentes disponham, na atualidade, de muita facilidade em adquirir informação, por si só, não é um garante de que os mesmos optem por uma informação correta e, naturalmente, que as suas opções sejam as mais adequadas. Deste modo, a educação sexual e reprodutiva passa a desempenhar um papel indispensável “na triagem desta informação, contribuindo para que seja utilizada da melhor forma” (Ramiro et al., 2011, p. 12).

Segundo Santos e Figueiredo (2015, p. 64), “Os indicadores de saúde sexual e reprodutiva em Portugal ainda não são satisfatórios, dado que Portugal é um dos países europeus mais afetados pelo VIH/Sida, situando-se as taxas mais elevadas nos jovens adultos (11,2% em indivíduos com idades compreendidas entre 20-24 anos), e a percentagem de gravidezes na adolescência ainda são significativas, com uma prevalência de cerca de 14%”. Consubstanciadas em vários estudos, as mesmas autoras referem que “as práticas sexuais associadas a álcool, drogas ilícitas, relações de curta duração e com

parceiros ocasionais e o insucesso ou abandono escolar, assumindo-se estes como fatores de risco para o início precoce da atividade sexual, gravidez adolescente e infeções sexualmente transmissíveis” (Santos & Figueiredo, 2015, p. 64).

Neste âmbito, e de forma a aumentar a literacia em saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes, Reis e Matos (2012), referenciados por Santos e Figueiredo (2015, p. 64), apontam para a importância da compreensão da interferência “dos fatores psicológicos e comportamentais implicados na adoção de comportamentos de risco sexual por parte dos adolescentes”.

Neste contexto faz-se referência ao estudo de Lopes (2012), cujo objetivo consistiu em analisar os conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais de alunos dos 10.º, 11.º e 12.º anos do ensino profissional. A sua amostra era constituída por 112 adolescentes, maioritariamente do sexo masculino (54,5%), na faixa etária dos 15 e 27 anos de idade. O estudo revela que os adolescentes têm défices de conhecimentos em assuntos relacionados com a sua saúde sexual e reprodutiva, particularmente os rapazes, que manifestam atitudes mais favoráveis ao sexo sem compromisso, sexo ocasional, multiplicidade de parceiros e sexo utilitário. Por sua vez, as raparigas apresentam-se mais esclarecidas para o compromisso afetivo. Os meios de informação mais mobilizados em assuntos de saúde sexual e reprodutiva são os amigos, a mãe e o(a) namorado(a), estando os professores num lugar de menos destaque, bem como os profissionais de saúde, pai, outros familiares e a internet.

Costa (2015) realizou um estudo, através do qual pretendeu identificar os conhecimentos, atitudes e crenças de adolescentes face à sexualidade e à Educação Sexual em meio escolar, bem como procurou analisar as suas conceções acerca de uma sexualidade saudável. O estudo contou com uma amostra de 289 estudantes dos 8º e 10º anos de duas escolas públicas do parque escolar da Unidade de Cuidados da Comunidade Santo Tirso, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos. Os resultados revelaram que a maioria dos alunos teve em dois anos letivos Educação Sexual na escola, avaliando-a como muito importante. A grande maioria dos alunos relatou que alguns jovens da sua idade já tiveram relações sexuais, tendo apontado como a principal razão para a iniciação sexual o fator experimentação, considerando que utilizaram o preservativo masculino como método contraceptivo na primeira relação sexual.

Ainda no mesmo estudo (Costa, 2015), no que diz respeito aos conhecimentos demonstrados pelos alunos sobre as infeções sexualmente transmissíveis, os modos de transmissão do VIH/SIDA, a utilização de métodos contraceptivos e da pílula do dia seguinte/emergência, foram as raparigas e os alunos do 10º ano que evidenciaram níveis

superiores de conhecimento. Os alunos que referiram ter Educação Sexual na escola manifestaram mais conhecimentos sobre as formas de transmissão e prevenção do VIH/SIDA e sobre o preservativo masculino. Na maioria, os alunos do 10º ano relataram que não seria desconfortável obter preservativos no Centro de Saúde, conversar com o par acerca do uso do preservativo e rejeitar ter relações sexuais, caso o par não o quisesse usar. No que concerne às concepções dos alunos sobre uma sexualidade saudável, o mesmo estudo revela que os alunos do 10º ano aludiram mais a dimensão psicológica e social da sexualidade, enquanto o foco das concepções dos alunos do 8º ano centrou-se na dimensão biológica, particularmente na saúde física e reprodutiva.

Certo é que cada vez mais os adolescentes passam mais tempo na escola, sendo este um espaço onde muitos adolescentes experienciam as primeiras relações de namoro, partilham ideias, opiniões e tomam decisões quanto à sexualidade (Nelas, 2010). Neste sentido, a Educação Sexual deve constituir-se como uma dimensão do processo educativo, um meio para ganhos de literacia em saúde sexual e reprodutiva, o que em Portugal ocorre normalmente no âmbito dos projetos de Educação para a Saúde das escolas, através de um trabalho desenvolvido em parceria com as equipas locais de Saúde Escolar. A área da Educação Sexual em meio escolar foi alvo de nova regulamentação (Lei nº 60/2009 de 6 de agosto e Portaria nº 196- A/2010 de 9 de abril), que reiterou a sua obrigatoriedade desde o 1º ano de escolaridade.

Costa (2015, p. 22) faz referências a estudos realizados no contexto nacional sobre a temática da sexualidade dos adolescentes e saúde sexual e reprodutiva (Matos et al., 2012a; Matos et al., 2012b; Matos et al., 2013; Matos et al., 2015), os quais revelam que os adolescentes propendem a privilegiar os amigos como parceiros para abordarem a temática da saúde sexual e reprodutiva. Todavia, a mesma autora salienta que “os adolescentes que consideravam fácil abordar este assunto com os pais, procuravam sobretudo a mãe” (p.22). O estudo de Hutchinbon, Jemmott, Braverman e Fong (2003), referenciados por Costa (2015, pp.22-23), evidencia que a comunicação entre mães e filhos acerca dos comportamentos sexuais de risco fomenta a proteção das IST's.

No que concerne às fontes que os adolescentes recorrem para saber mais sobre sexualidade e VIH/SIDA, o estudo de *Health Behaviour in School aged Children* evidencia que 65,8% dos adolescentes procura informação na Internet, seguidos dos que afirmam que liam um folheto (59,7%). No estudo nacional Sexualidade dos Jovens Portugueses - *Online Study of Young People's Sexuality* (Costa, 2015, p. 25), quanto às fontes de informação em termos de saúde sexual e reprodutiva, os adolescentes evidenciaram preferência pelo folheto (76,4%) e pela Internet (72,5%). Outros estudos destacam como principais fontes de informação dos adolescentes no que se refere a questões de saúde sexual e reprodutiva, os

amigos e a Internet (Vilar & Ferreira, 2010; Reis et al., 2013; Capuano et al., 2009; Marinho & Anastácio, 2012, cit. por Costa, 2015, p. 22).

Quanto aos conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade, os adolescentes ainda revelam poucos conhecimentos sobre infeções sexualmente transmissíveis e sobre questões práticas referentes aos métodos contraceptivos (Costa, 2015, p. 31). O estudo de Silva e colaboradores, em 2012, revela que os adolescentes já demonstram, no que diz respeito aos métodos contraceptivos, um nível “bom” ou “muito bom” de conhecimentos, sem variação significativa com a idade ou sexo.

Mais recentemente, Parracho (2016) desenvolveu uma investigação onde avaliou as atitudes e os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade, bem como a sua perceção acerca do apoio do enfermeiro, bem como avaliou a perceção dos enfermeiros de família da Unidade de Saúde Familiar Moliceiro quanto ao apoio prestado no âmbito da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Os resultados do estudo revelam que os adolescentes patenteiam, na sua maioria, atitudes desfavoráveis face à saúde sexual e reprodutiva, contudo manifestam bons conhecimentos. As atitudes e os conhecimentos dos adolescentes face à saúde sexual e reprodutiva são influenciados pelas variáveis sociodemográficas: os adolescentes mais velhos exibem atitudes mais favoráveis e maior conhecimento; as raparigas e os adolescentes de classe alta verificam igualmente um maior conhecimento; a maioria dos adolescentes refere que o apoio do enfermeiro é insuficiente. Todavia, os enfermeiros dizem assumir uma intervenção ativa ao nível da transmissão de conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva, recorrendo a metodologias inovadoras envolvendo e capacitando os adolescentes a uma vivência saudável da sexualidade.

Parte II – Estudo Empírico

1. Metodologia

A segunda parte deste estudo descreve os procedimentos metodológicos adotados, que compreendem os métodos no qual se incluem as questões, os objetivos e o tipo de estudo da pesquisa efetuada, os participantes, os instrumentos, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos estatísticos adotados.

1.1. Métodos

A precocidade da iniciação sexual associada ao aumento das taxas de infeções sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada entre os adolescentes requer uma intervenção por parte dos profissionais de saúde. Uma intervenção planeada a nível da educação sexual e reprodutiva suscita a promoção de uma sexualidade responsável por parte dos jovens que se traduzirá no seu equilíbrio, bem como no crescendo de literacia a este nível (Flora, Rodrigues & Paiva, 2013).

“A promoção da saúde sexual e reprodutiva assume particular relevância no grupo dos adolescentes, uma vez que se encontram numa faixa etária em que se tomam as primeiras decisões, se têm as primeiras experiências sexuais e se assume um lugar no grupo social” (Santos & Figueiredo, 2015, p. 62). Nesta perspetiva, de acordo com as mesmas autoras, a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes tem de se processar numa ótica de desenvolvimento de uma “sexualidade esclarecida e saudável, com ganhos de literacia na área, onde a responsabilidade individual e a tomada de decisão assumem um papel capital na garantia de comportamentos sexuais positivos para a saúde e para a qualidade de vida dos jovens” (Santos & Figueiredo, 2015, p. 65).

É no contexto acima descrito que surge este estudo que se orientará no sentido de responder às seguintes questões: (i) Que variáveis sociodemográficas interferem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário? (ii) Como é que as variáveis académicas e variáveis contextuais de saúde sexual e reprodutiva interferem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário? (iii) Que relação existe entre as competências emocionais e a literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário?

Tendo por base estas inquietações, delineou-se um conjunto de objetivos que representam o que se pretende fazer para responder às questões de investigação:

- Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário;
- Determinar se as variáveis académicas interferem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário;
- Verificar de que modo as variáveis contextuais de saúde sexual e reprodutiva interferem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário;
- Analisar a relação entre as competências emocionais e a literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário.

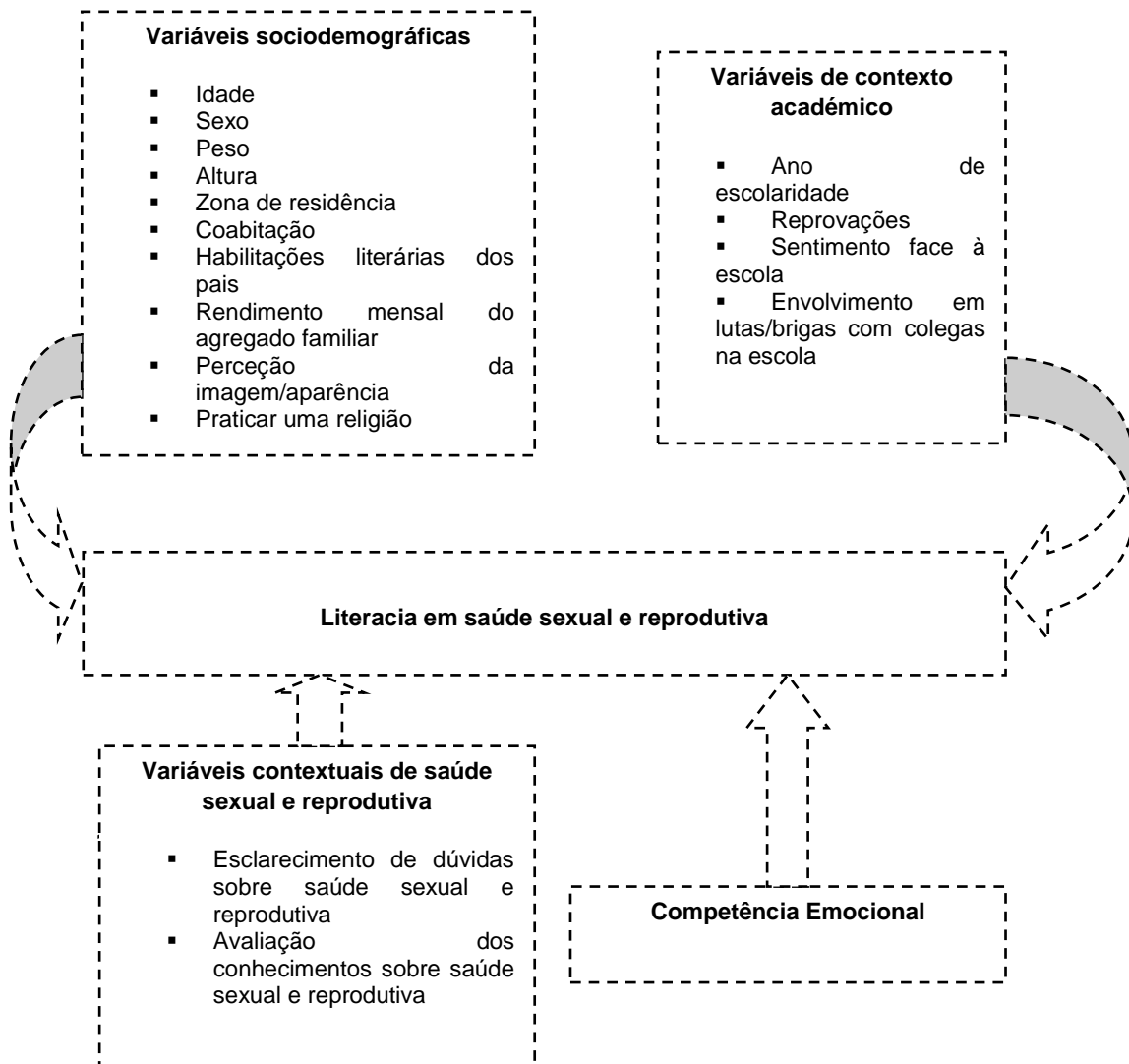
Para responder às questões e aos objetivos de investigação delineados, optámos por um tipo de investigação com as características dos estudos quantitativos e não experimentais em corte transversal, descritivos e correlacionais, no qual se procura estudar o modo como as variáveis sociodemográficas, variáveis académicas, variáveis contextuais de saúde sexual e reprodutiva as competências emocionais se refletem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário.

Optou-se por uma metodologia quantitativa uma vez que os dados proporcionam realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas. Este tipo de estudo “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal e qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2014, p. 277).

É descritivo porque se procura descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população, sem que o investigador os procure explicar. Desta feita, o presente estudo pode ser caracterizado como tal, pois estuda-se a distribuição do traço (variável) numa amostra representativa de adolescentes (Coutinho, 2014). Assume-se como um estudo transversal, porque os dados foram recolhidos num só momento no tempo numa amostra representativa de adolescentes, quer para descrever, quer para detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2014).

Nesta perspetiva e tendo em conta as considerações metodológicas adotadas para este estudo, elaborou-se uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis.

Figura 1- Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica



1.2. Participantes

Para este estudo, recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência que incidu numa população alvo constituída por estudantes do ensino secundário do Agrupamento de Escolas de Moimenta da Beira. A amostra perfaz um total de 213 alunos, que frequentam o 10^o, 11^o e 12^o ano do referido estabelecimento de ensino.

1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Idade

As estatísticas relativas à idade revelam que os estudantes apresentam uma idade mínima de 15 anos e uma máxima de 19 anos, sendo a idade média de 16.45 anos com um desvio padrão de 1.03 anos.

O sexo masculino representa 39.4% da totalidade da amostra e o feminino 60.6%. Em ambos os sexos a idade mínima é de 15 anos e a máxima de 19 anos e a média de idades, tanto para os rapazes como para as raparigas corresponde a 16.45 anos não se verificando significância estatística conforme resultado do teste t para amostras independentes ($t= 1.273$; $p= 0.203$)

O coeficiente de variação apresenta uma dispersão baixa, pois os valores situam-se entre 0% e 15% ($CV = 6.26\%$).

Pelos valores de assimetria e Kurtosis, verificamos que as curvas têm uma distribuição normal, porque se situam entre -2 e +2 (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade

Sexo	Idade	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino		15	19	16.45	0.98	5.95	1.140	-0.775
Masculino		15	19	16.45	1.11	6.75	1.182	-1.317
Total		15	19	16.45	1.03	6.26	1.646	-1.478

Peso

As estatísticas relativas ao peso revelam que os estudantes apresentam um peso mínimo de 35 Kg e um máximo de 115 Kg, com um peso médio de 60.17Kg e desvio padrão de 11.42 Kg.

No sexo feminino, o peso mínimo é de 35 Kg e o máximo de 81Kg e no masculino o mesmo oscila entre 45Kg e 115Kg com médias, respetivamente de 55.6kg e 67.12kg.

As diferenças entre os dois grupos são estatisticamente significativas conforme resultado do Teste t para amostras independentes, embora o teste de Levene não assumira igualdade de variâncias ($t= -7.456$; $p= 0.000$).

O coeficiente de variação apresenta uma dispersão moderada ($CV = 18.97\%$) e os valores de assimetria e Kurtosis indiciam para ambos os sexos e globalidade da amostra curvas com enviesamento à esquerda e leptocúrticas (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Estatísticas relativas ao peso

Sexo	Peso	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	Levene (p)	t	p
Feminino		129	35	81	55.64	7.77	13.964	2.248	1.316	0.000	-7.456	0.000
Masculino		84	45	115	67.12	12.63	18.817	4.269	3.740			
Total		213	35	115	60.17	11.42	18.97	7.634	9.009			

Altura

Para a altura as estatísticas indicam para a totalidade os inquiridos um valor mínimo de 145 cm e uma máxima de 194cm, com uma altura média de 167.52 cm e desvio padrão de 9.451 cm.

Para o sexo feminino, a altura mínima é de 145 cm sendo a máxima 174 cm, enquanto para o masculino a altura mínima corresponde a 160 cm e a altura máxima 194 cm.

As raparigas apresentam uma altura média de 162.22 cm verificando-se uma média de altura superior nos rapazes, sendo esta de 175.65 cm.

As diferenças entre os dois grupos são estatisticamente significativas ($t = -13.429$; $p = 0.016$).

O coeficiente de variação apresenta uma dispersão baixa ($CV = 5.641\%$) e pelos valores de assimetria e Kurtosis verificamos que as curvas têm uma distribuição para ambos os géneros embora apresentem um enviesamento à esquerda para a totalidade da amostra (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Estatísticas relativas à altura

Sexo	Altura	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	Levene (p)	T	P
Feminino		129	145	174	162.22	6.13	3.778	- 1.352	0.054	0.016	-13.429	0.000
Masculino		84	160	194	175.65	7.71	4.389	0.585	-0.334			
Total		213	145	194	167.52	9.45	5.641	2.269	-0.108			

Local de residência

A maioria dos adolescentes vive em meio rural (84.0%), seguindo-se os residentes em meio urbano (16.0%). Entre o local de residência e género não se encontra diferenças significativas ($X^2=0.051$; $p=0.821$) (cf. Tabela 4).

Coabitação

Questionados os adolescentes sobre com quem habitam, mais de dois terços (79.8%) coabitam com os pais (família nuclear), contribuindo para esta percentagem os 76.2% dos rapazes e os 82.2% das raparigas. Dos 16% que habitam só com a mãe ou com o pai (família monoparental) a sua maior percentagem é constituída por raparigas (52.9%). Acrescenta-se ainda que somente uma pequena percentagem de adolescentes (4.2%) não vive com pelo menos um dos progenitores. Entre tipo de família e género não se encontra diferenças significativas ($X^2=1.149$; $p=0.563$) (cf. Tabela 4).

Estado civil dos pais

Fazemos também na Tabela 4 referência ao estado civil dos progenitores por género. Constatamos que a maioria dos pais dos inquiridos são casados (87.8%), 9.9% são solteiros, divorciados ou separados, e em 2.3% verificamos que pelo menos um dos progenitores já faleceu. Assim, 87.8% apresenta pais com companheiro enquanto 12.2% pais sem companheiro. Entre o estado civil dos pais e o género não se encontra diferenças significativas ($X^2=3.588$; $p=0.465$), bem como entre a situação familiar e o género (com ou sem companheiro) ($X^2=0.559$; $p=0.454$).

Habilitações literárias dos pais

Quanto à situação académica, maioritariamente o pai dos estudantes possui habilitações literárias situadas ao nível do ensino básico representando 61.5% seguindo-se 28.2% com habilitações ao nível do ensino secundário e 10.3% com ensino superior. Relativamente às habilitações literárias da mãe dos estudantes estas possuem maioritariamente habilitações literárias situadas ao nível do ensino básico representando 41.3% seguindo-se 39% com habilitações ao nível do ensino secundário e 19.7% com ensino superior (cf. Tabela 4).

As diferenças encontradas entre o género e habilitações literárias dos progenitores não são estaticamente significativas com qui quadrados de $X^2=0.430$ ($p=0.807$) para o pai e de $X^2= 0.050$ ($p=0.975$) para a mãe.

Rendimento mensal dos pais

Tornando-se difícil quantificar com objetividade o rendimento mensal do agregado familiar, utilizamos níveis de mensuração que permitissem aos jovens escalonar esse rendimento de forma mais objetiva possível. Assim, mais de metade dos estudantes (61.5%), classificaram o rendimento mensal dos seus pais como Médio/Médio Alto com valores percentuais semelhantes (feminino= 59.7% vs. Masculino=64.3%). Por sua vez, 38.5% dos jovens classificaram o seu rendimento familiar como Baixo/Médio Baixo, sendo que destes 63.4% são raparigas e 36.6% rapazes. As diferenças encontradas entre o rendimento mensal familiar e o género não são estatisticamente significativas, ($X^2=0.454$; $p=0.501$) (Tabela 4).

Prática de uma religião

Podemos verificar que 76.1% dos estudantes refere ter uma religião. Ambos os sexos apresentam percentagem com valores próximos para ter ou não religião. Dos estudantes que referem ter religião podemos salientar que 98.1% identificando-a como religião católica. As diferenças encontradas entre ter religião e o género não são estatisticamente significativas, ($X^2=1.631$; $p=0.202$) (cf. Tabela 4).

Imagem/Aparência

Também é comum nesta faixa etária a preocupação com a sua própria imagem pelo que consideramos a existência de três grupos face às cinco opções de resposta inseridas no questionário: magro, normal, obeso. Compulsando os resultados da tabela 14, verificamos que a maioria dos estudantes pensa ter uma imagem normal (53.1%), seguindo-se os que se consideram obesos com 28.6% e, finalmente, os que se avaliam como magros, com 18.3%. Quando analisados separadamente os géneros, constatamos que existem mais rapazes a avaliarem a sua imagem em magro e normal comparativamente com as raparigas o que não se verifica quando fazemos referência aos que se consideram obesos, sendo que neste grupo, são as raparigas a obter um maior valor percentual. As diferenças encontradas

entre o que pensam os estudantes sobre a sua imagem/aparência e o género são estatisticamente significativas ($X^2=8.131$; $p=0.017$) destacando-se esta na avaliação de obesos ser superior no sexo feminino (Valor residual >2) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Variáveis	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		Nº (129)	% (60.6)	Nº (84)	% (39.4)	Nº (213)	% (100.0)	Masc	Fem
Grupo etário									
≤ 16		66	51.2	44	52.4	110	51.6	-0.2	0.2
≥ 17		63	48.8	40	47.6	103	48.4	0.2	-0.2
Local residência									
Urbano		20	15.5	14	16.7	34	16.0	-0.2	0.2
Rural		109	84.5	70	83.3	179	84.0	0.2	-0.2
Coabitação									
Pais		106	82.2	64	76.2	170	79.8	1.1	-1.1
Pai ou Mãe		18	14.0	16	19.0	34	16.0	-1.0	1.0
Irmão(s)		1	0.8	1	1.2	2	0.9	-0.3	0.3
Avós		2	1.6	2	2.4	4	1.9	-0.4	0.4
Familiares		2	1.6	1	1.2	3	1.4	0.2	-0.2
Estado civil dos pais									
Casados/União		115	89.1	72	85.7	187	87.8	0.7	-0.7
Solteiros/Divorciados		10	7.8	11	13.1	21	9.9	-1.3	1.3
Mãe Viúva		1	0.8	1	1.2	2	0.9	-0.3	0.3
Pai Viúvo		2	1.6	0	0.0	2	0.9	1.1	-1.1
Ambos faleceram		1	0.8	0	0.0	1	0.5	0.8	-0.8
Habilitações literárias do pai									
Ensino básico		81	62.8	50	59.5	131	61.5	0.5	-0.5
Ensino Secundário		36	27.9	24	28.6	60	28.2	-0.1	0.1
Ensino Superior		12	9.3	10	11.9	22	10.3	-0.6	0.6
Habilitações literárias da mãe									
Ensino básico		53	41.1	35	41.7	88	41.3	-0.1	0.1
Ensino Secundário		51	39.5	32	38.1	83	39.0	0.2	-0.2
Ensino Superior		25	19.4	17	20.2	42	19.7	-0.2	0.2
Rendimento mensal dos pais									
Baixo/Médio Baixo		52	40.3	30	35.7	82	38.5	0.7	-0.7
Médio/ Médio Alto		77	59.7	54	64.3	131	61.5	-0.7	0.7
Religião									
Não		27	20.9	24	28.6	51	23.9	-1.3	1.3
Sim		102	79.1	60	71.4	162	76.1	1.3	-1.3
Imagem/Aparência									
Magro		20	15.5	19	22.6	39	18.3	-1.3	1.3
Normal		63	48.8	50	59.5	113	53.1	-1.5	1.5
Obeso		46	35.7	15	17.9	61	28.6	2.8	-2.8

1.3. Instrumento de colheita de dados

Como métodos de colheita de dados optou-se por um protocolo constituído por um questionário (cf. Anexo I) e escalas, por ser o método que permite a recolha de informação,

junto dos estudantes com a maior celeridade com o mínimo de interferência e influência externa. Assim, o mesmo contém um questionário de caracterização sociodemográfica, questões relativas às variáveis de contexto académico, variáveis contextuais de saúde sexual e reprodutiva, o Questionário de Competência Emocional de Vladimir Taksic' (2000), uma adaptação portuguesa de Faria & Lima Santos (2001) e o Questionário de Conhecimentos Sobre Saúde Sexual e Reprodutiva de Santos (2017).

Parte I – Dados sociodemográficos: Nesta secção constam questões que permitem traçar um **perfil sociodemográfico** dos adolescentes, tendo em conta:

- Idade
- Sexo
- Peso
- Altura
- Zona de residência
- Coabitação
- Habilitações literárias dos pais
- Rendimento mensal do agregado familiar
- Perceção da imagem/aparência
- Praticar uma religião

Consta também um conjunto de questões, a partir das quais se pode fazer uma **caracterização académica** dos participantes, nomeadamente:

- Ano de escolaridade
- Existência de reprovações
- Sentimento face à escola
- Envolvimento em lutas/brigas com colegas na escola

Esta secção termina com duas questões **relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva**:

- Esclarecimento de dúvidas sobre saúde sexual e reprodutiva
- Avaliação dos conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva.

Parte II - Questionário de Competência Emocional de Vladimir Taksic' (2000), uma adaptação portuguesa de Faria & Lima Santos (2001)

O “Emotional Skills and competence Questionnaire” (ESCQ) foi construído por Taksic (2000) na realidade da Croácia, baseando-se na visão teórica de Mayer e Salovey (1997). Esta conta com um total de 45 itens, respondidos numa escala de Likert de 6 pontos,

entre “Nunca” e “sempre”. As subescalas deste questionário são as seguintes: percepção emocional (itens: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24,27, 30, 33, 36, 39, 42 e 44), expressão emocional (itens: 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 35, 38 e 41) e capacidade para lidar com a emoção (Itens: 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43 e 45) (Faria & Lima Santos, 2005).

Segundo Mayer e Salovey (1997, p. 5), “a Inteligência Emocional é a capacidade para perceber emoções, para reconhecer e gerar emoções de modo a apoiar o pensamento, para compreender emoções e o pensamento baseado nelas, e para regular as emoções de modo reflexivo para promover o desenvolvimento emocional e intelectual”. A Inteligência Emocional torna-se assim num dos conceitos mais atuais da Psicologia, ancorando a emoção e a inteligência. Não obstante, o indivíduo maximiza as suas potencialidades ao debruçar-se assertivamente sobre as emoções. Uma boa competência emocional permite um bom desempenho em vários âmbitos: académico, familiar, desportivo, entre outros. A integração de normas e valores sociais permite o desenvolvimento da inteligência/competência emocional, padronizando os requisitos para o sucesso e para o fracasso. As capacidades cognitivas mergulhadas em competências emocionais e sociais adequadas, permitem ao indivíduo uma melhoria das relações interpessoais e do sucesso social. Deste modo torna-se importante a validação de um instrumento capaz de avaliar, de uma forma multidimensional, o comportamento emocional do indivíduo para proporcionar ao psicólogo uma intervenção sólida ao nível da inteligência/competência emocional.

Estudo psicométrico para o presente estudo do Questionário de Competência Emocional

A literatura refere que a consistência interna varia segundo as características dos seus participantes, pelo que é imperativo em qualquer estudo proceder ao estudo psicométrico dos instrumentos utilizados.

Regra geral as propriedades psicométricas são avaliadas através dos estudos de **fiabilidade** e de **validade**. A fiabilidade permite avaliar a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens, ou seja, permitem verificar a replicabilidade das conclusões do estudo quando utilizados por diferentes investigadores utilizando os mesmos procedimentos. Analisamos esta propriedade através do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global e do coeficiente alfa de Cronbach. Uma boa consistência interna deve exceder um *alpha* de 0.80 sendo que Pestana & Gageiro (2014) indica-nos como valores de referência: superiores a 0.9 muito

boa; entre 0.8 – 0.9 boa; entre 0.7 – 0.8 média; entre 0.6 – 0.7 razoável; entre 0.5 – 0.6 medíocre; e inferior a 0.5 inaceitável.

Por sua vez, a validade tem sido entendida como a verificação de que o teste avalia e mede aquilo que se propõe. De entre os diferentes tipos de validade, no nosso estudo consideramos apenas a validade interna, mais precisamente a validade de conceito ou constructo e dentro desta a abordagem estatística tendo-se realizado a análise fatorial exploratória cujo objetivo procurou descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de itens interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida. Para o efeito utilizamos o método dos componentes principais que é uma matriz de correlações, com a qual se pretende verificar a existência de correlações significativas entre as variáveis, seguido da rotação de fatores, e, neste particular optamos pelo uso da rotação ortogonal do tipo *varimax*.

Para se conseguir uma boa definição de fator convencionou-se que não se deveriam considerar os itens ou variáveis que tenham correlações “r” menores que 0,2 com a nota global. Consideramos para a determinação do número de fatores, os valores próprios superiores a 1 e o gráfico designado por *scree plot* e para a retenção dos itens por fator valores de saturação superiores a 0.40.

O modelo hipotetizado obtido na análise fatorial exploratório foi posteriormente submetido a análise fatorial confirmatória. É uma técnica usada quando já se dispõe de informação prévia sobre uma estrutura fatorial, mas que necessita de confirmação. Para o seu estudo consideramos a matriz de covariâncias e adotámos o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros.

Na análise dos dados utilizaram-se os seguintes procedimentos estatísticos: (i) distribuição dos itens avaliada pela assimetria ($Sk \leq 3$) e achatamento ($Ku \leq 7$) como valores de referência; (ii) Validade do constructo avaliada pelas validades fatorial, convergente e validade discriminante.

A validade fatorial resulta da qualidade do ajustamento global do modelo fatorial e da qualidade do ajustamento local.

A qualidade de ajustamento global foi efetuada de acordo com os índices e respetivos valores de referência que se apresentam na tabela 5: Razão da estatística do χ^2 e graus de liberdade (χ^2/df), Comparative Fit Index (CFI), Goodness of Fit Index (GFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Root mean square residual (RMR) e Standardized root mean square residual (SRMR) (Marôco, 2014).

Tabela 5 - Valores de referência

Estadística	Valores de referência
χ^2/df	> 5 – ajustamento mau]2;5] – Ajustamento sofrível]1;2] – Ajustamento bom < 1 ajustamento muito bom
CFI GFI	< 0.8 – Ajustamento mau [0.8; 0.9[- Ajustamento sofrível [0.9; 0.95[- Ajustamento bom >= 0.95 – Ajustamento muito bom
RMSEA	> 0.10 – Ajustamento inaceitável]0.05;0.10] – Ajustamento bom ≤ 0.05 – Ajustamento muito bom
RMR	Quanto menor melhor; RMR=0
SRMR	

A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais (λ) e pela fiabilidade individual dos itens (δ). Como valores de referência considera-se uma saturação fatorial superior a 0.50 e fiabilidade individual superior a 0.25, respetivamente.

O ajustamento do modelo foi realizado a partir dos índices de modificação (superiores a 11; $p < 0,001$) produzidos pelo AMOS e com base em considerações teóricas.

A fiabilidade compósita (FC) foi avaliada com o α de Cronbach estandardizado para cada um dos fatores. Diz-se que a consistência é adequada quando o α é superior a 0.7 (Marôco 2014).

A Validade convergente foi avaliada pela variância extraída média (VEM) e indica o modo como os itens pertencentes a um fator, saturam nesse fator. Valores superiores a .50 são reveladores de boa validade convergente (Marôco, 2014).

A validade discriminante dos fatores foi avaliada comparando a VEM por cada fator com a correlação de Pearson ao quadrado. A evidência da validade discriminante é obtida quando a correlação ao quadrado entre os fatores for menor do que a VME, para cada fator.

Nas tabelas seguintes iremos apresentar os resultados obtidos nas diferentes etapas.

Ao analisarmos os resultados da fiabilidade, a Tabela 6 indica-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, dando-nos uma visão sobre a forma como o item se combina com o valor global. Pelos índices médios, assinalamos que os mesmos oscilam entre 3.76 (item 13) “Quando não gosto de uma pessoa, arranjo maneira de lho mostrar” e 5.31 (item 7) “As experiências desagradáveis ensinam-me o que não devo fazer”. Através do alfa de Cronbach, os itens são classificados de muito bons, oscilando entre $\alpha = 0.912$ no item 14 “Exprimo bem as minhas emoções” e

$\alpha=0.920$ no item 22 “Quando estou com alguém que me admira, tenho cuidado com a forma como me comporto”. Os valores de alfa de Cronbach, para o valor global, também apresenta uma consistência interna muito boa ($\alpha=0.917$).

Os itens 7, 22 e 25 apresentam valores correlacionais inferiores a 0.20, pelo que se procedeu à sua eliminação.

Tabela 6 – Consistência interna dos itens do Questionário de Competência Emocional

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	α sem item
1	Consigno manter-me de bom humor, mesmo que alguma coisa má aconteça.	4,09	1,245	,252	,918
2	Consigno exprimir os meus sentimentos e emoções em palavras.	4,00	1,304	,564	,914
3	Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição.	4,89	0,942	,408	,916
4	Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição.	4,61	1,144	,299	,917
5	Quando alguma coisa me desagrada, demonstro-o logo.	4,55	1,343	,334	,917
6	Quando vejo como alguém se sente, geralmente sei o que lhe aconteceu.	3,80	1,003	,329	,916
7	As experiências desagradáveis ensinam-me o que não devo fazer.	5,31	1,052	,159	,918
8	Consigno facilmente arranjar maneira de me aproximar das pessoas de quem gosto.	4,61	1,119	,450	,915
9	Consigno perceber a diferença, se os meus amigos estão tristes ou dececionados.	5,10	0,881	,407	,916
10	Quando alguém me elogia, trabalho com maior entusiasmo.	5,08	1,176	,245	,917
11	Consigno facilmente descrever as emoções que estou a sentir.	4,04	1,343	,643	,913
12	Consigno facilmente notar as mudanças de humor nos meus amigos.	5,11	0,880	,454	,915
13	Quando não gosto de uma pessoa, arranjo maneira de lho mostrar.	3,76	1,549	,278	,918
14	Exprimo bem as minhas emoções.	4,18	1,375	,692	,912
15	Consigno facilmente fazer feliz um amigo no dia do seu aniversário.	5,29	0,836	,449	,916
16	Quando estou de bom humor, é difícil ficar mal disposto(a).	4,59	1,167	,369	,916
17	Consigno exprimir a forma como me sinto.	4,17	1,310	,623	,913
18	Ao observar uma pessoa junto de outras, sou capaz de descrever bem as suas emoções.	4,17	1,032	,438	,915
19	Quando estou de bom humor, todos os problemas parecem ter solução.	4,53	1,178	,354	,916
20	Consigno descrever o meu estado emocional atual.	4,67	1,218	,529	,914
21	Consigno perceber quando alguém se sente desanimado.	5,00	0,835	,497	,915
22	Quando estou com alguém que me admira, tenho cuidado com a forma como me comporto.	4,83	1,349	,088	,920
23	Posso afirmar que conheço bem o meu estado emocional.	4,68	1,247	,551	,914
24	Consigno descrever os sentimentos de uma pessoa a partir da expressão da sua cara.	4,39	0,925	,453	,915
25	Quando estou feliz e bem humorado(a), estudo e trabalho melhor.	5,09	1,144	,155	,918
26	O meu comportamento reflete os meus sentimentos mais profundos.	4,57	1,299	,328	,917
27	Consigno detetar a inveja disfarçada nos outros.	4,65	1,251	,341	,917
28	Se eu quiser mesmo, consigo resolver problemas que parecem sem solução.	4,63	1,047	,463	,915
29	As pessoas são sempre capazes de descrever o meu estado de humor.	3,64	1,293	,410	,916
30	Percebo quando alguém tenta esconder o seu mau humor.	4,46	1,081	,438	,915
31	Consigno facilmente persuadir um amigo de que não há razões para se preocupar.	4,49	1,073	,437	,915
32	Normalmente sei as razões porque me sinto mal.	4,82	1,297	,498	,915
33	Percebo quando alguém se sente culpado.	4,55	1,031	,477	,915
34	Procuro moderar as emoções desagradáveis e reforçar as positivas.	4,74	1,120	,469	,915
35	Considero fácil manifestar carinho a pessoas do sexo oposto.	4,75	1,209	,493	,915
36	Percebo quando alguém tenta esconder os seus verdadeiros sentimentos.	4,55	1,013	,441	,915
37	Não há nada de mal com o modo como habitualmente me sinto.	4,52	1,190	,485	,915
38	Consigno nomear e descrever a maioria dos meus sentimentos.	4,23	1,273	,634	,913
39	Percebo quando alguém está em baixo.	4,90	0,968	,547	,915
40	Cumpro os meus deveres e obrigações com prontidão, em vez de estar a pensar neles.	4,67	0,990	,501	,915
41	Consigno reconhecer a maioria dos meus sentimentos.	4,49	1,249	,666	,913
42	Percebo quando o comportamento de alguém varia em função do seu humor.	4,79	0,901	,539	,915
43	Tento manter o bom humor.	5,26	0,946	,456	,915
44	Sei como surpreender de forma agradável cada um dos meus amigos.	5,07	0,818	,420	,916
45	No que me diz respeito, é normal sentir o que sinto agora.	4,95	1,147	,373	,916
Coefficiente alpha Cronbach global					0,917

A tabela 7 reporta-se aos índices de consistência interna com os itens eliminados. Aferimos que o valor correlacional mínimo se situa no item 10 “Quando alguém me elogia,

trabalho com maior entusiasmo” ($r= 0.225$) e o máximo ($r= 710$) no item 14 “Exprimo bem as minhas emoções” e com valores de alfa respetivamente de 0.922 e 0.917. Verificamos também que o coeficiente global de alfa de Cronbach aumentou ligeiramente sendo de 0.922, o que é classificado de muito bom.

Tabela 7 – Consistência interna dos itens do Questionário de Competência Emocional com itens eliminados

Nº Item	Itens	r/item total	r ²	α sem item
1	Consigo manter-me de bom humor, mesmo que alguma coisa má aconteça.	,255	,439	,922
2	Consigo exprimir os meus sentimentos e emoções em palavras.	,575	,640	,919
3	Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição.	,396	,399	,921
4	Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição.	,308	,455	,921
5	Quando alguma coisa me desagrada, demonstro-o logo.	,333	,375	,921
6	Quando vejo como alguém se sente, geralmente sei o que lhe aconteceu.	,331	,334	,921
8	Consigo facilmente arranjar maneira de me aproximar das pessoas de quem gosto.	,460	,432	,920
9	Consigo perceber a diferença, se os meus amigos estão tristes ou dececionados.	,396	,547	,921
10	Quando alguém me elogia, trabalho com maior entusiasmo.	,225	,257	,922
11	Consigo facilmente descrever as emoções que estou a sentir.	,643	,694	,918
12	Consigo facilmente notar as mudanças de humor nos meus amigos.	,456	,561	,920
13	Quando não gosto de uma pessoa, arranjo maneira de lho mostrar.	,287	,327	,923
14	Exprimo bem as minhas emoções.	,703	,804	,917
15	Consigo facilmente fazer feliz um amigo no dia do seu aniversário.	,449	,445	,920
16	Quando estou de bom humor, é difícil ficar mal disposto(a).	,371	,503	,921
17	Consigo exprimir a forma como me sinto.	,634	,749	,918
18	Ao observar uma pessoa junto de outras, sou capaz de descrever bem as suas emoções.	,427	,424	,920
19	Quando estou de bom humor, todos os problemas parecem ter solução.	,341	,389	,921
20	Consigo descrever o meu estado emocional atual.	,534	,625	,919
21	Consigo perceber quando alguém se sente desanimado.	,488	,559	,920
23	Posso afirmar que conheço bem o meu estado emocional.	,557	,660	,919
24	Consigo descrever os sentimentos de uma pessoa a partir da expressão da sua cara.	,441	,591	,920
26	O meu comportamento reflete os meus sentimentos mais profundos.	,325	,360	,922
27	Consigo detetar a inveja disfarçada nos outros.	,334	,404	,921
28	Se eu quiser mesmo, consigo resolver problemas que parecem sem solução.	,468	,442	,920
29	As pessoas são sempre capazes de descrever o meu estado de humor.	,421	,391	,920
30	Percebo quando alguém tenta esconder o seu mau humor.	,432	,540	,920
31	Consigo facilmente persuadir um amigo de que não há razões para se preocupar.	,436	,490	,920
32	Normalmente sei as razões porque me sinto mal.	,496	,562	,920
33	Percebo quando alguém se sente culpado.	,472	,472	,920
34	Procuro moderar as emoções desagradáveis e reforçar as positivas.	,472	,456	,920
35	Considero fácil manifestar carinho a pessoas do sexo oposto.	,510	,504	,919
36	Percebo quando alguém tenta esconder os seus verdadeiros sentimentos.	,444	,477	,920
37	Não há nada de mal com o modo como habitualmente me sinto.	,486	,476	,920
38	Consigo nomear e descrever a maioria dos meus sentimentos.	,641	,769	,918
39	Percebo quando alguém está em baixo.	,537	,639	,919
40	Cumpro os meus deveres e obrigações com prontidão, em vez de estar a pensar neles.	,493	,467	,920
41	Consigo reconhecer a maioria dos meus sentimentos.	,681	,801	,917
42	Percebo quando o comportamento de alguém varia em função do seu humor.	,530	,544	,919
43	Tento manter o bom humor.	,458	,485	,920
44	Sei como surpreender de forma agradável cada um dos meus amigos.	,427	,412	,920
45	No que me diz respeito, é normal sentir o que sinto agora.	,386	,402	,921
Coeficiente alpha Cronbach global				0,917

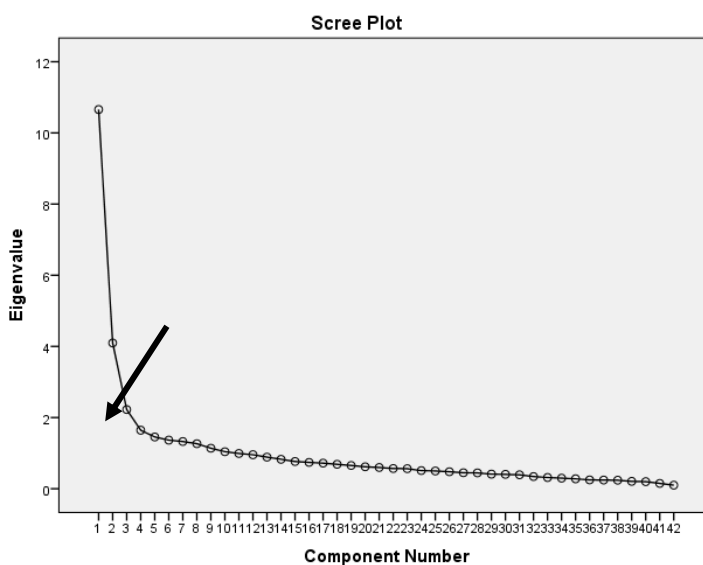
Depois de depurados os itens com correlação inferior a 0.20 procedemos ao estudo da análise fatorial exploratória da escala, analisando primeiramente a adequação da análise fatorial através do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). É um procedimento que afere da qualidade das correlações entre as variáveis e permite determinar se a análise fatorial é apropriada. Valores de referência situam-se entre 0.5 e 1.0. O KMO obtido no nosso estudo foi de 0.870 o que permite afirmar que existe uma boa adequação. Por sua vez, o teste de esfericidade Bartlett's não foi considerado no nosso estudo, uma vez que em grandes amostras leva à rejeição da hipótese nula.

Com os 42 itens restantes procedeu-se então à análise fatorial de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo *varimax*. A solução fatorial encontrada revelou uma estrutura constituída por 10 fatores com valores próprios superiores a 1 e que no seu total explicavam 62.41%. As comunalidades finais desta solução fatorial são superiores a 0.40 oscilando entre 0.496 no item 8 e 0.804 no item 14.

Contudo, pela análise do gráfico de *Scree plot*, observamos pelo ponto de inflexão da curva que o número de fatores a reter deveriam ser três, pelo que forçamos a análise fatorial subsequente a três fatores.

Dos resultados obtidos afere-se que os três fatores apresentavam uma percentagem de variância explicada de 40.42% e que os itens 4, 5, 10, 13, 26 e 40 foram eliminados por a carga fatorial ser inferior a 0.40 (cf. Gráfico 1).

Gráfico 1 - Gráfico de *scree plot* com ponto de inflexão da curva



Submetidos os itens restantes a nova solução fatorial, a variância explicada consubstancia um valor global de 44.13%.

O **fator 1** designado por **expressão emocional** explica após rotação 18.63% da variância total e é constituído pelos itens 2, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 29, 32, 35, 37, 38, 41 e 45.

O **fator 2** possui os itens 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 28, 30, 31, 33, 36, 39, 42 e 44, explica 17.22% da variância total, e foi designado por **percepção emocional**.

O **fator 3** explica 8.27% da variância total foi designada por **capacidade para lidar com a emoção** e no seu constructo entram os itens 1, 16, 19, 34 e 43.

A tabela 8 ilustra a distribuição dos itens pelos respetivos fatores com os pesos fatoriais subsequentes.

Tabela 8 - Distribuição dos itens pelos respetivos fatores com os pesos fatoriais subsequentes

Nº Item	Itens	Fatores		
		Fator1 – expressão emocional	Fator2 – percepção emocional	Fator3 - capacidade lidar com emoção
1	Consigo manter-me de bom humor, mesmo que alguma coisa má aconteça.			0.633
2	Consigo exprimir os meus sentimentos e emoções em palavras.	0.755		
3	Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição.		0.526	
6	Quando vejo como alguém se sente, geralmente sei o que lhe aconteceu.		0.442	
8	Consigo facilmente arranjar maneira de me aproximar das pessoas de quem gosto.	0.436		
9	Consigo perceber a diferença, se os meus amigos estão tristes ou dececionados.		0.554	
11	Consigo facilmente descrever as emoções que estou a sentir.	0.777		
12	Consigo facilmente notar as mudanças de humor nos meus amigos.		0.672	
14	Exprimo bem as minhas emoções.	0.844		
15	Consigo facilmente fazer feliz um amigo no dia do seu aniversário.		0.531	
16	Quando estou de bom humor, é difícil ficar mal disposto(a).			0.715
17	Consigo exprimir a forma como me sinto.	0.792		
18	Ao observar uma pessoa junto de outras, sou capaz de descrever bem as suas emoções.		0.589	
19	Quando estou de bom humor, todos os problemas parecem ter solução.			0.502
20	Consigo descrever o meu estado emocional atual.	0.759		
21	Consigo perceber quando alguém se sente desanimado.		0.697	
23	Posso afirmar que conheço bem o meu estado emocional.	0.747		
24	Consigo descrever os sentimentos de uma pessoa a partir da expressão da sua cara.		0.697	
27	Consigo detetar a inveja disfarçada nos outros.		0.530	
28	Se eu quiser mesmo, consigo resolver problemas que parecem sem solução.		0.444	
29	As pessoas são sempre capazes de descrever o meu estado de humor.	0.404		
30	Percebo quando alguém tenta esconder o seu mau humor.		0.684	
31	Consigo facilmente persuadir um amigo de que não há razões para se preocupar.		0.456	
32	Normalmente sei as razões porque me sinto mal.	0.506		
33	Percebo quando alguém se sente culpado.		0.546	
34	Procuro moderar as emoções desagradáveis e reforçar as positivas.			0.629
35	Considero fácil manifestar carinho a pessoas do sexo oposto.	0.461		
36	Percebo quando alguém tenta esconder os seus verdadeiros sentimentos.		0.621	
37	Não há nada de mal com o modo como habitualmente me sinto.	0.524		
38	Consigo nomear e descrever a maioria dos meus sentimentos.	0.777		
39	Percebo quando alguém está em baixo.		0.712	
41	Consigo reconhecer a maioria dos meus sentimentos.	0.790		
42	Percebo quando o comportamento de alguém varia em função do seu humor.		0.649	
43	Tento manter o bom humor.			0.599
44	Sei como surpreender de forma agradável cada um dos meus amigos.		0.467	
45	No que me diz respeito, é normal sentir o que sinto agora.	0.462		
	Variância explicada	18.63	17.22	8.27
			44.13	

Na continuação do estudo fatorial da escala, o modelo trifatorial hipotetizado foi seguidamente submetido a análise fatorial confirmatória. Averiguamos que todos os itens apresentavam valores de assimetria e curtose dentro dos parâmetros considerados normais oscilando em valor absoluto máximo entre 1.452 para a assimetria e 2.286 para a curtose. Contudo, o coeficiente multivariado de Márdia apresenta um índice (7.82) ligeiramente acima do valor de referência recomendado.

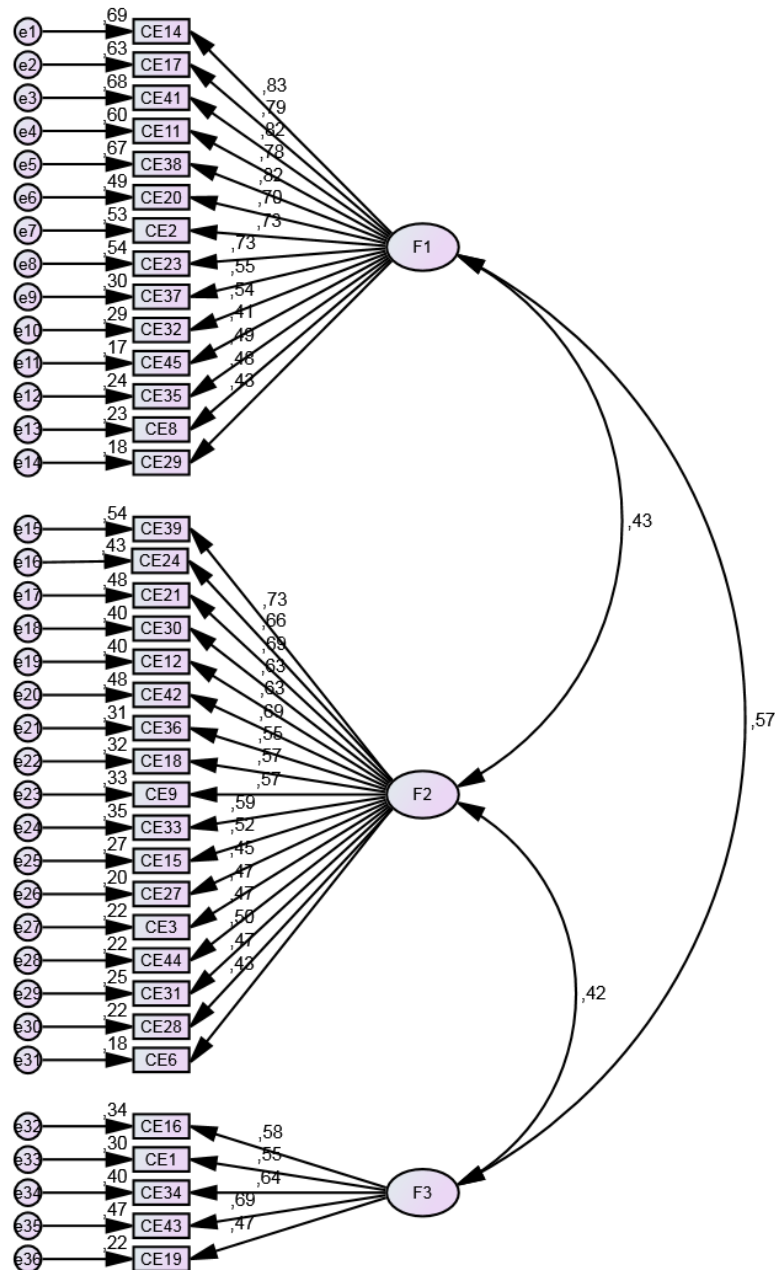
Quanto às estimativas e rácios críticos, pela tabela 9, aferimos que todos os itens revelam com os fatores que lhe correspondem significância estatística, o que por si só era motivo para a manutenção de todos os dados. Uma vez que se trata de um estudo preliminar da escala decidimos conforme recomendações de Marôco (2014) manter todos os itens com cargas fatoriais superiores a 0.40.

Tabela 9 - Rácios críticos e coeficientes lambda do Questionário de Competência Emocional

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Λ
CE14	<--- F1	1,000				,833
CE17	<--- F1	,904	,064	14,028	***	,795
CE41	<--- F1	,896	,063	14,206	***	,824
CE11	<--- F1	,910	,068	13,456	***	,777
CE38	<--- F1	,908	,065	14,059	***	,819
CE20	<--- F1	,743	,065	11,470	***	,702
CE2	<--- F1	,822	,068	12,172	***	,727
CE23	<--- F1	,795	,066	11,999	***	,733
CE37	<--- F1	,566	,068	8,310	***	,546
CE32	<--- F1	,605	,075	8,123	***	,537
CE45	<--- F1	,408	,068	6,021	***	,407
CE35	<--- F1	,521	,070	7,483	***	,494
CE8	<--- F1	,467	,064	7,249	***	,481
CE29	<--- F1	,486	,076	6,389	***	,429
CE24	<--- F2	,865	,095	9,130	***	,660
CE21	<--- F2	,815	,083	9,834	***	,691
CE30	<--- F2	,970	,109	8,936	***	,634
CE12	<--- F2	,783	,088	8,913	***	,631
CE42	<--- F2	,882	,090	9,801	***	,692
CE36	<--- F2	,795	,104	7,676	***	,555
CE18	<--- F2	,831	,106	7,875	***	,568
CE9	<--- F2	,711	,088	8,078	***	,572
CE33	<--- F2	,863	,104	8,314	***	,591
CE15	<--- F2	,608	,085	7,156	***	,516
CE27	<--- F2	,799	,128	6,252	***	,452
CE3	<--- F2	,641	,097	6,588	***	,473
CE44	<--- F2	,537	,083	6,451	***	,465
CE31	<--- F2	,757	,108	6,974	***	,501
CE28	<--- F2	,697	,107	6,489	***	,471
CE16	<--- F3	1,000				,583
CE1	<--- F3	1,006	,165	6,084	***	,550
CE34	<--- F3	1,047	,164	6,397	***	,636
CE43	<--- F3	,951	,145	6,551	***	,685
CE19	<--- F3	,814	,155	5,263	***	,466
CE39	<--- F2	1,000				,732
CE6	<--- F2	,613	,103	5,976	***	,429

A figura 2 explica o modelo hipotetizado trifatorial, as saturações e fiabilidade dos itens com os fatores que lhe correspondem. Os índices de bondade de ajustamento global revelaram valores inadequados para o GFI (0.767) sofríveis para o CFI (0.830) e RMR (0.082) e adequados para χ^2/gf (1,900); RMSEA (0.065) e SRMR (0,066).

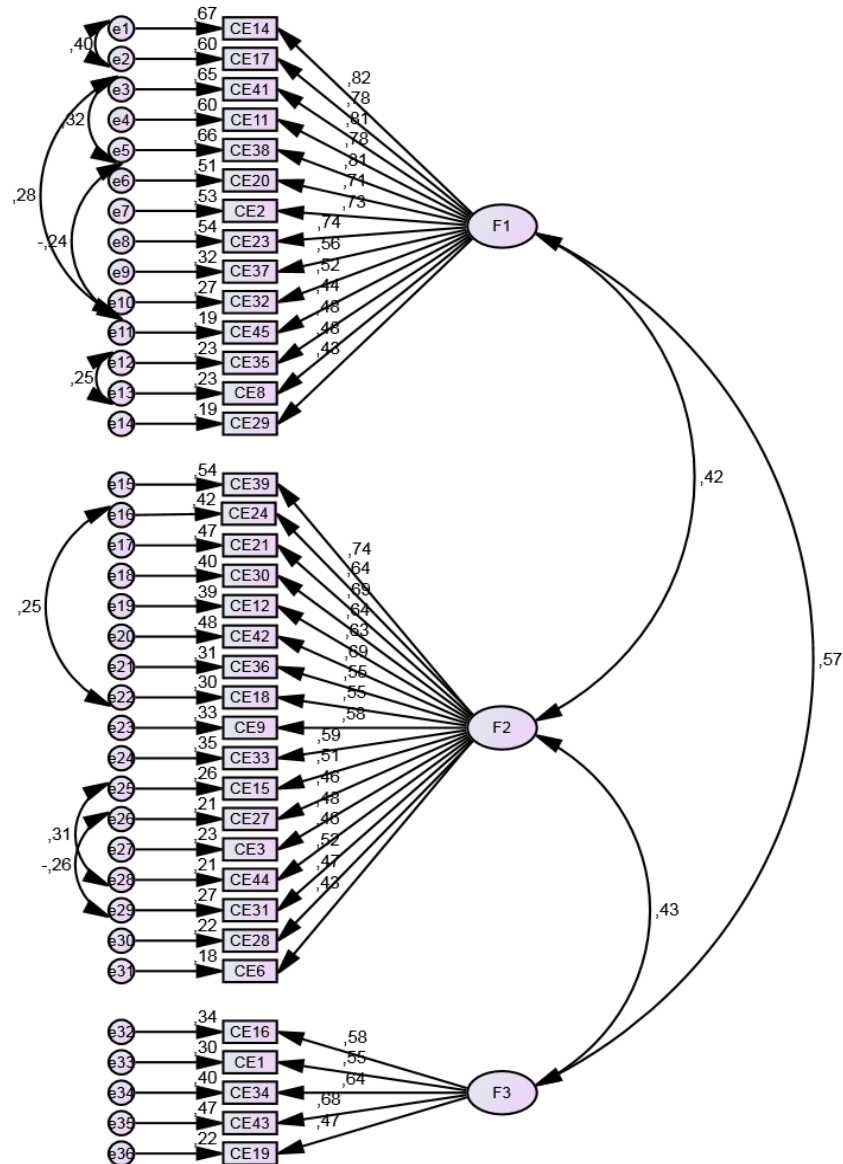
Figura 2 - Modelo inicial hipotetizado com três fatores



Procedeu-se seguidamente ao refinamento do modelo. A figura 3 apresenta o modelo com os índices de modificação propostos pelo AMOS. Denota-se problemas de multicolinearidade em vários indicadores pelo que efetuamos a depuração dos itens que

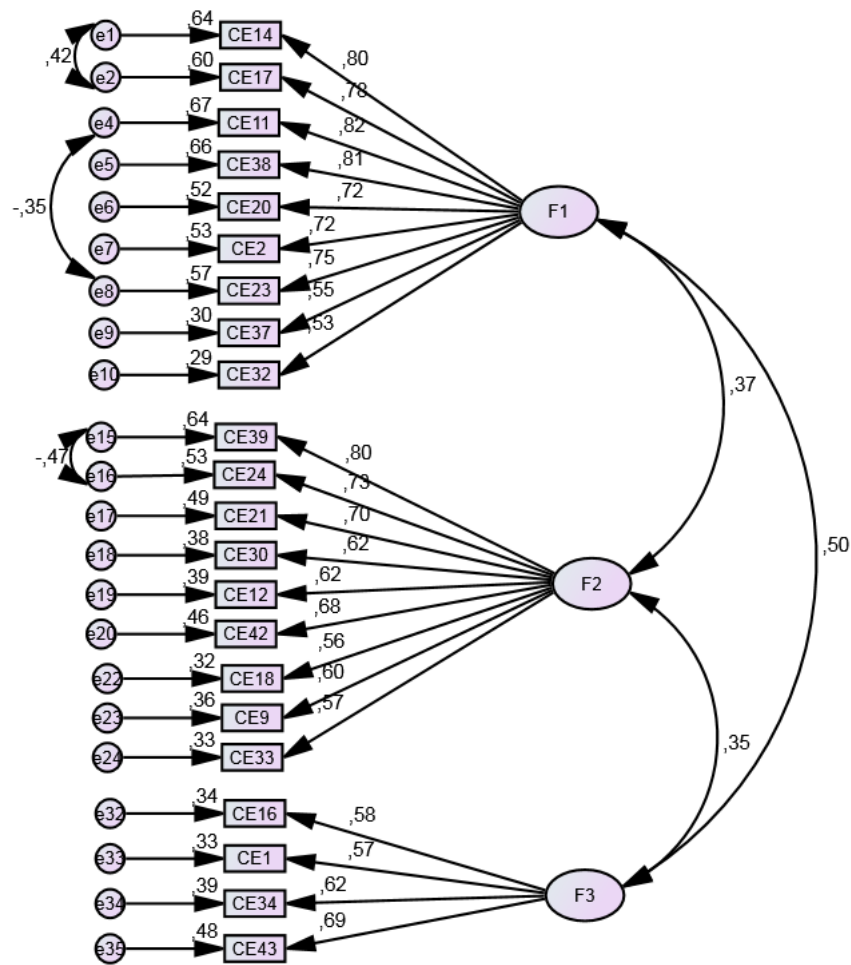
apresentavam colinearidade com outros erros nos respetivos fatores. Os índices de bondade de ajustamento global com esta ação já se revelaram adequados, com exceção para o GFI (0.799) e CFI (0.873) que se mantêm sofríveis.

Figura 3 - Modelo 2 com índices de modificação



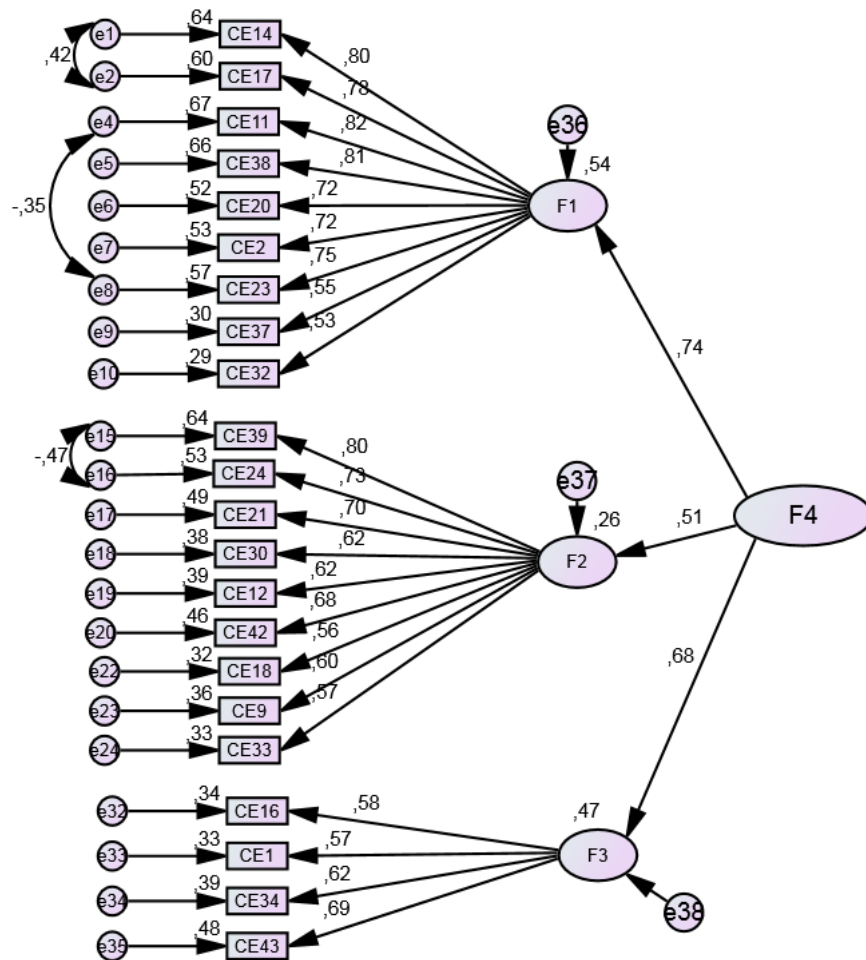
Configurado a figura 4, o modelo final já com a eliminação dos itens. No fator 1 foram excluídos os itens 8, 29, 41 e 45, no fator 2 os itens 3, 6, 15, 27, 28, 31, 36 e 44 e no fator 3 o item 19, este por apresentar uma saturação inferior a 0.50. Acresce referir que a manutenção deste item com uma saturação de 0,470 traria índices de bondade de ajustamento global mais pobres. Neste modelo, apenas o GFI (0.878) se manteve sofrível.

Figura 4 - Modelo 3: Itens eliminados



Embora as correlações entre os fatores se apresentem sofríveis, hipotetizou-se um modelo final de segunda ordem que se expõe na figura 4. Observamos que todos os fatores estabelecem com o fator global correlações positivas e significativas, sendo que o fator 1 explica 54% da sua variabilidade, o fator 2 (26%) e o fator 3 (47%). Os índices de bondade de ajustamento global mantiveram-se estáveis face ao modelo 3.

Figura 5 - Modelo final 2ª ordem



A tabela 10 apresenta em síntese os índices de bondade de ajuste global obtidos nos diversos modelos. Como se observa registaram-se substâncias melhorias nos valores obtidos com exceção, conforme já referido para o GFI que se mantém com valores inferiores ao recomendado.

Tabela 10 - Índices de qualidade do ajustamento de todos os modelos

Modelo	χ^2/gf	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo 1 – modelo inicial	1.900	0.767	0.830	0.065	0.082	0.066
Modelo2 com índices de modificação	1.679	0.799	0.873	0.057	0.079	0.064
Modelo 3 com itens eliminados e	1.594	0.878	0.940	0.053	0.072	0.057
Modelo 2ª ordem	1.594	0.878	0.940	0.053	0.072	0.057

No que respeita à fiabilidade compósita e validade convergente, observamos que os valores de VEM permitem concluir a existência de validade convergente no fator 1 e fator 2 ao apresentarem índices acima de 0.40. Já no fator 3 o índice obtido é ligeiramente inferior ao recomendado. A validade discriminante dos fatores avaliada pela comparação das VEM com os quadrados das correlações entre os fatores, concluiu da sua existência por apresentar índices inferiores à VEM.

Quanto à fiabilidade compósita todos os fatores apresentam índices superiores a 0.70 o que é revelador de boa consistência interna dos itens relativos a cada um dos fatores o que ocorre também com o alfa estratificado global ($\alpha=0.949$) e VEM (0.463).

Tabela 11 - Fiabilidade compósita e variância extraída média

Fatores	F C	VEM	Validade discriminante		
			1 vs2	1 vs3	2vs3
Fator1 – expressão emocional	0.908	0.530	0.136	0.250	
Fator2 – percepção emocional	0.871	0.432			0.122
Fator3 – capacidade lidar com emoção	0.711	0.383			

É apresentada, na tabela 12, a consistência interna dos itens por subescala após a análise fatorial confirmatória. Aferimos que no fator 1 – expressão emocional, a correlação item/total oscila entre os 0.501 no item 32 e 0.768 no item 38 com variabilidades de 29.1% e 61.4%, respetivamente. Quanto aos coeficientes alfa de cronbach todos os itens apresentam coeficientes superiores a 0.860 com um alfa global de 0.907.

No fator 2 – percepção emocional, a correlação item total encontra o índice mais baixo no item 18 ($r=0.518$) com uma variabilidade de 33.9% e o mais elevado registou-se no item 39 ($r=0.694$) com uma percentagem de variância explicada de 56.0%. O coeficiente alfa de Cronbach global ($\alpha=0.864$) é bom ocorrendo o mesmo para cada um dos itens que constituem este fator.

No fator 3 – capacidade de lidar com a emoção, o valor de alfa global é de 0.708 podendo considerar-se de adequado mas ao analisarmos os alfas por item verificamos que são suficientes uma vez que oscilam entre 0.632 no item 43 e 0.655 no item 34. Os coeficientes de correlação item total são superiores a 0.40.

Tabela 12 – Consistência interna dos itens por subescala após análise fatorial confirmatória da escala de Competência Emocional

Nº Item	Itens	r item	r ²	α /sem item
Fator1 – expressão emocional				
2	Consigo exprimir os meus sentimentos e emoções em palavras.	0,692	0,533	0,896
11	Consigo facilmente descrever as emoções que estou a sentir.	0,753	0,620	0,891
14	Exprimo bem as minhas emoções.	0,773	0,694	0,889
17	Consigo exprimir a forma como me sinto.	0,756	0,679	0,891
20	Consigo descrever o meu estado emocional atual.	0,689	0,495	0,896
23	Posso afirmar que conheço bem o meu estado emocional.	0,695	0,532	0,896
32	Normalmente sei as razões porque me sinto mal.	0,501	0,291	0,909
37	Não há nada de mal com o modo como habitualmente me sinto.	0,521	0,311	0,907
38	Consigo nomear e descrever a maioria dos meus sentimentos.	0,768	0,614	0,890
Fator2 – percepção emocional				
9	Consigo perceber a diferença, se os meus amigos estão tristes ou dececionados.	0,561	0,357	0,853
12	Consigo facilmente notar as mudanças de humor nos meus amigos.	0,582	0,365	0,851
18	Ao observar uma pessoa junto de outras, sou capaz de descrever bem as suas emoções.	0,533	0,339	0,856
21	Consigo perceber quando alguém se sente desanimado.	0,644	0,451	0,846
24	Consigo descrever os sentimentos de uma pessoa a partir da expressão da sua cara.	0,649	0,481	0,845
30	Percebo quando alguém tenta esconder o seu mau humor.	0,564	0,382	0,854
33	Percebo quando alguém se sente culpado.	0,539	0,321	0,856
39	Percebo quando alguém está em baixo.	0,694	0,560	0,840
42	Percebo quando o comportamento de alguém varia em função do seu humor.	0,619	0,416	0,848
Fator3 - capacidade de lidar com a emoção				
1	Consigo manter-me de bom humor, mesmo que alguma coisa má aconteça.	0,498	0,258	0,645
16	Quando estou de bom humor, é difícil ficar mal disposto(a).	0,489	0,241	0,648
34	Procuo moderar as emoções desagradáveis e reforçar as positivas.	0,476	0,247	0,655
43	Tento manter o bom humor.	0,530	0,289	0,632

Terminamos o estudo psicométrico da escala com a apresentação da matriz de correlação de Pearson estabelecida com os fatores da escala e fator global. Verificamos que as subescalas estabelecem entre si correlações positivas e significativas sendo que a mais baixa se observa entre os fatores 2 e três ($r= 0.248$) com uma percentagem de variância explicada de cerca de 6%% e a mais alta entre o fator 1 e o fator 3 ($r= 0.406$) com uma variabilidade de 16.5%. Com o fator global as correlações são mais elevadas situando-se acima de ($r=0.60$) a que correspondem variabilidades no mínimo de 37.4% (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores da escala de Competência Emocional

Subescalas	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Fator2 – Percepção emocional	0.353 ***	--	
Fator3 - Capacidade lidar com emoção	0.406 ***	0.248 ***	
Competências emocionais (fator global)	0.875 ***	0.716 ***	0.612 ***

*** $p < 0,001$

Parte III - Questionário de Conhecimentos sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (Santos, 2017)

A construção do Questionário de Conhecimentos sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (ICSSR) de Santos (2017) consubstanciou-se na revisão da literatura e na opinião de peritos na área e na construção de instrumentos. Teve como suporte as recomendações de documentos orientadores a nível nacional e internacional, particularmente nas recomendações da DGS e APF, OMS, CDC, inventários e testes de avaliação de conhecimento que compõem o *Handbook of Sexuality-Related Measures* (Davis, Yarber, Bauserman, Schreer & Davis, 1998), nomeadamente o *Contraceptive Knowledge Inventory*, o *HIV Prevention Knowledge Test for Teenagers*, *The sex knowledge and Atitude Test*, bem como teve por base o documento que orienta a realização de questões ao nível da sexualidade, designadamente o *Family Planning and Reproductive Health Indicators Database* (Santos, 2017).

Para estruturação do ICSSR, Santos (2017) procedeu à seleção de um agregado de itens a compreender cada uma das quatro áreas temáticas consideradas a partir da revisão da literatura, mormente: informação relacionada com a sexualidade e reprodução, vigilância e cuidados de saúde sexual e reprodutiva, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis, bem como comportamentos sexuais de risco, dando destaque às infeções mais predominantes em jovens adultos.

Depois da sua elaboração e previamente à aplicação do pré-teste, a autora solicitou a um grupo de peritos, constituído por quatro enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, dois da prática clínica e dois da docência, que estimassem a relevância teórica, pertinência e clareza dos distintos itens da versão propedêutica do questionário e que avaliassem a sua adaptação aos objetivos em estudo. Posteriormente a esta análise, reformulou algumas questões e excluiu duas, uma vez que redobravam a informação das anteriores, e a outra por dificuldade de compreensão, tendo igualmente sido simplificada a linguagem de alguns itens.

A versão de consenso do ICSSR ficou constituída por 44 itens parte integrante de quatro áreas temáticas: informação relacionada com sexualidade e reprodução – informação (1, 2, 4, 7, 8, 10, 15 e 41), vigilância e cuidados de saúde sexual e reprodutiva – informação (35, 36, 40, e 43), métodos contraceptivos - métodos (3, 5, 9, 12, 14,17, 20, 21, 24, 27, 28, 30, 31, 32, 37 e 38), infeções sexualmente transmissíveis e comportamento sexuais de risco – IST (6, 11, 13, 16, 18, 19, 22, 23, 25, 26, 29, 33, 34, 39, 42, e 44). Os itens proporcionam três possibilidades de resposta (“verdadeiro”, “falso” e “não sei”), a última opção foi

examinada para evitar que os participantes respondessem de forma contingencial. Os itens foram pontuados com um (1) ponto no que se refere às respostas corretas e zero (0) pontos para as respostas incorretas ou respondidas com “não sei”, uma vez que, segundo Santos (2017), se considera que em ambas as situações subsiste a falta de conhecimento. A pontuação total do ICSSR é achada pela soma de todas as afirmações consideradas corretas, variando entre 0 e 44 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior é o nível de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva. A fim de evitar propensões de resposta, os itens foram elaborados de forma a representarem conceitos positivos e negativos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva.

Embora o ICSSR tenha sido feito como um instrumento de três pontos, depois foi modificado para um instrumento dicotômico, o que requer, de acordo com Santos (2017), que se proceda à realização do estudo da homogeneidade dos itens pela determinação do alfa de *Cronbach*, uma vez que o mesmo consiste numa “medida de consistência interna por excelência” (Marôco & Garcia-Marques, 2006, p.72).

Não obstante, e tendo em conta os pressupostos defendidos por alguns autores quanto aos instrumentos com enunciado dicotômico, para confirmação da consistência interna do inventário, a autora procedeu à análise do coeficiente *Kuder-Richardson* (KR20), considerado como um análogo ao coeficiente alfa de *Cronbach*, usado como medida de consistência interna no estudo da fidelidade de escalas dicotômicas, tendo obtido valores de KR20=0.780 e KR21=0.724, tidos como (Marôco, 2014), adequada consistência interna.

1.4. Procedimentos éticos e formais

Estando conscientes que qualquer processo de investigação exige um seguimento de normas de conduta por parte dos investigadores, realizaram-se algumas diligências prévias, com a finalidade de proteger o direito e a liberdade dos participantes.

O primeiro passo consistiu no pedido de autorização aos autores das escalas para a utilização das mesmas. Seguiu-se o pedido formal de parceria ao Conselho de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (cf. Anexo II). Posteriormente fez-se o pedido de autorização para a recolha de dados ao Presidente do Agrupamento de Escolas de Moimenta da Beira, cujo parecer foi favorável (cf. Anexo III).

No desenvolvimento da investigação foram salvaguardados os direitos dos participantes e os princípios éticos fundamentais foram conduzidos, através das diretrizes do questionário, que contemplam: o tema e o objetivo da investigação, pedido de colaboração

para o preenchimento e referência à necessidade de resposta a todas as questões, para que este não fosse eliminado, garantia de anonimato e confidencialidade das respostas, disponibilização dos resultados, agradecimento da colaboração e disponibilidade dispensadas.

1.5. Análise de dados

Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e à estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, nomeadamente as médias e as medidas dispersão, como a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão, bem como as medidas de forma, como a assimetria, achatamento e medidas de associação como o coeficiente de correlação de Pearson.

Na interpretação do coeficiente de variação utilizam-se os seguintes valores de referência:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

Para o coeficiente de correlação de Pearson consideraram-se: (Pestana & Gageiro, 2014):

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Em relação à estatística inferencial, recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos, mormente:

- Testes t de Student ou teste de U Mann Whitney usados para amostras independentes, ou seja, permitem fazer a comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas

variâncias populacionais;

- Análise de variância a um fator (ANOVA) ou Teste de Kruskal Wallis – usados para a comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes. Com o teste One-Way, recorre-se quando se encontram significância estatística entre as médias amostrais aos testes *post-hoc*, de modo a poder determinar-se as que se diferenciam entre si.

Teste de qui quadrado (X^2) – teste não paramétrico que avalia a proporção existente entre duas variáveis qualitativas. Quando se encontram significâncias estatísticas recorre-se aos resíduos ajustados. O seu uso em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de X^2 , como indicam Pestana & Gageiro (2014), pois na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis. Os mesmos autores consideram como valores de referência 2.0 (positivo). De modo a interpretar-se os resíduos ajustados necessita-se de um número mínimo de oito elementos, quer no total da linha, quer na coluna.

Recorreu-se igualmente a regressões lineares múltiplas. De acordo com (Pestana & Gageiro, 2014) o modelo linear de regressão é a forma utilizada para calcular médias condicionais de uma variável a partir de dados disponíveis sobre variáveis supostamente relacionadas, no caso concreto a variável dependente (literacia sobre a saúde sexual e reprodutiva) e as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas e competência emocional).

Na análise estatística, foram utilizados os seguintes níveis de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados processa-se através de tabelas e figuras nos quais foi omitida a fonte por se tratar dum estudo transversal.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 para Windows e programa AMOS 23 (Analysis of Moment Structures).

No capítulo seguinte faz-se apresentação dos resultados obtidos, iniciando-se com a análise descritiva e, posteriormente, a análise inferencial.

2. Resultados

No presente capítulo, apresentam-se os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados concernentes à estatística inferencial.

2.1. Estatística descritiva

2.1.1. Caracterização académica e conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva

Ano de escolaridade

Inicia-se a caracterização académica pelo ano de escolaridade dos estudantes do ensino secundário. Constatamos que a amostra apresenta percentagens idênticas para o 10º, 11º e 12º ano, embora o maior valor percentual de estudantes da amostra se encontre a frequentar o 11º ano de escolaridade (34.7%). Quando comparados separadamente os géneros observamos que maioritariamente as raparigas frequentam o 12º ano (35.7%) e os rapazes apresentam a mesma percentagem em relação ao 10º e 11º ano com 34.5%. As diferenças encontradas entre o ano de escolaridade e o género não são estatisticamente significativas ($X^2=0.750$; $p=0.687$) (cf. Tabela 14).

Rendimento escolar

Quando questionados sobre o rendimento escolar tido como retenção por reprovação, cerca de 9 em cada 10 (89.2%) de estudantes refere nunca ter reprovado. Quando comparados os géneros constatámos que, embora com valores muito idênticos, o género feminino apresenta percentagens de reprovação inferiores ao género masculino (10.1% vs. 11.9% respetivamente). As diferenças encontradas entre a reprovação escolar e o género não são estatisticamente significativas, ($X^2=0.176$; $p=0.675$) (cf. Tabela 14).

Atentos aos estudantes que referem ter reprovado (10.8% da amostra), quando questionados acerca do número de vezes que reprovaram, verificamos que a maioria (91.3%) refere ter reprovado uma vez e apenas 8.7% duas vezes, sendo este percentual apenas referente ao sexo feminino (cf. Tabela 14).

Relação dos estudantes com a escola

Questionamos os estudantes sobre o sentimento que refutam com a escola, sendo consignadas três possibilidades de resposta gosto, indiferente e não gosta. Verificamos que, maioritariamente, os estudantes consideram-se indiferentes em relação à escola quer para a totalidade da amostra (49.8%) quer entre os géneros, seguindo-se de 34.3% que gostam e 16% que referem não gostar da escola. Quanto aos que se identificam como indiferentes encontramos a maior percentagem no sexo feminino, embora ambos os sexos tenham percentagens muito próximas. Quando fazemos referência aos 34 estudantes que relatam não gostar da escola (16% da amostra) verificamos que o sexo masculino se destaca com uma percentagem de 58.8%. As diferenças encontradas entre a relação com a escola e o género são estatisticamente significativas ($X^2=6.484$; $p=0.039$) destacando-se para o sexo masculino (valor residual >2) (cf. Tabela 14).

Envolvimento em brigas

É de algum modo comum, por motivos diversos, o envolvimento por parte dos estudantes em brigas/lutas com os colegas da escola. Questionados sobre o efeito, verificamos que 9 em cada 10 estudantes referem que nunca se envolveu com percentagens idênticas para ambos os sexos. Dos 9.4% da amostra que se envolveram em brigas pelo menos uma vez tendo os valores percentuais sido similares em relação ao género. Assim, as diferenças encontradas entre o envolvimento em brigas na escola e o género não são estatisticamente significativas ($X^2=0.003$; $p=0.957$) (cf. Tabela 14).

2.1.2. Conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva

Esclarecimento de Dúvidas sobre saúde sexual e reprodutiva

Fazendo referência a quem os estudantes recorrem quando tem dúvidas sobre saúde sexual e reprodutiva constatamos que em maior percentagem mencionam recorrer aos pais (30.5%). Ainda numa alusão à amostra total, 27.2% recorrem aos amigos, 23.5%, procuram obter informação através de livros e internet e apenas 10.8% recorrem aos profissionais. Com valores percentuais insignificantes (4.2% vs. 3.8%) surgem os que recorrem ao namorado(a) e a outras fontes respetivamente. Quando comparados os géneros, verificamos que 32.6% das raparigas tiram as suas dúvidas com os pais ou com os amigos (30.2%), enquanto os rapazes referem recorrer aos livros e internet (28.6%) e aos

pais (27.4%). Deste modo, as diferenças encontradas entre esclarecimento de dúvidas sobre saúde sexual e reprodutiva e o género não são estatisticamente significativas ($X^2=4.419$; $p=0.491$) (cf. Tabela 14).

Opinião sobre conhecimentos relativos à saúde sexual e reprodutiva

De forma a avaliar como é que os estudantes classificam os seus conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva utilizamos níveis de mensuração que permitiram escalonar o conhecimento dos estudantes da forma mais objetiva possível em dois grupos face às quatro possibilidades de resposta do questionário. Assim, 67.6% dos estudantes considera ter conhecimentos bons/muito bons sobre a saúde sexual e reprodutiva e 32.4% considera que os seus conhecimentos são razoáveis/insuficientes. Quando analisados os géneros separadamente constatamos que 59.7% das raparigas e 79.8% dos rapazes considera ter conhecimentos bons/muito bons. As diferenças encontradas entre a autoavaliação dos conhecimentos dos estudantes e o género são estatisticamente significativas ($X^2=9.359$; $p=0.002$), destacando-se esta diferença em razoáveis/insuficientes no sexo feminino e bons/muito bons no sexo masculino (cf. Tabela 14).

Tabela 14 - Caracterização académica e contextual de saúde sexual e reprodutiva da amostra em função do género

Variáveis	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		Nº (129)	% (60.6)	Nº (84)	% (39.4)	Nº (213)	% (100.0)	Masc	Fem
Ano de escolaridade dos estudantes									
10º Ano		38	29.5	29	34.5	67	31.5	-0.8	0.8
11º Ano		45	34.9	29	34.5	74	34.7	0.1	-0.1
12º Ano		46	35.7	26	31	72	33.8	0.7	-0.7
Reprovação escolar									
Não		116	89.9	74	88.1	190	89.2	0.4	-0.4
Sim		13	10.1	10	11.9	23	10.8	-0.4	0.4
Nº Vezes Reprovação									
1 Vez		11	84.6	10	100	21	91.3	-1.3	1.3
2 Vezes		2	15.4	0	0	2	8.7	1.3	-1.3
Relação com a escola									
Gosta		48	37.2	25	29.8	73	34.3	1.1	-1.1
Indiferente		67	51.9	39	46.4	106	49.8	0.8	-0.8
Não gosta		14	10.9	20	23.8	34	16.0	-2.5	2.5
Envolvimento em Brigas									
Não		117	90.7	76	90.5	193	90.6	0.1	-0.1
Sim		12	9.3	8	9.5	20	9.4	-0.1	0.1
Esclarecer dúvidas sexo									
Pais		42	32.6	23	27.4	65	30.5	0.8	-0.8
Namorado(a)		4	3.1	5	6.0	9	4.2	-1.0	1.0
Aos meus amigos		39	30.2	19	22.6	58	27.2	1.2	-1.2
Aos profissionais		14	10.9	9	10.7	23	10.8	0.0	0.0
Livros e internet		26	20.2	24	28.6	50	23.5	-1.4	1.4
Outros		4	3.1	4	4.8	8	3.8	-0.6	0.6
Conhecimentos sobre sexo									
Bons/muito bons		77	59.7	67	79.8	144	67.6	-3.1	3.1
Razoáveis/insuficientes		52	40.3	17	20.2	69	32.4	3.1	-3.1

2.1.3. Competências emocionais

Na tabela 15 são apresentadas as estatísticas das competências emocionais. De forma a avaliar as competências emocionais dos estudantes do ensino secundário foi utilizado o Questionário de Competência Emocional de Vladimir Taksic' (2000), uma adaptação portuguesa de Faria & Lima Santos (2001). Este, conta com um total de 45 itens, respondidos numa escala de Likert de 6 pontos, entre "Nunca" e "Sempre".

Antes de se proceder à sua análise importa referir que os valores expressos na tabela resultam do valor médio obtido do somatório de cada fator com o número de itens respetivos. A razão desta opção está relacionada com o facto de os fatores não apresentarem o mesmo número de itens o que torna impossível a sua comparabilidade. Nesse sentido é possível verificar que os adolescentes revelam maiores competências emocionais em relação à perceção emocional ($m= 4.72 \pm 0.660$) e a menor competência emocional regista-se na expressão emocional ($m=4.37 \pm 0.973$). Os valores de assimetria são indiciadoras de curvas enviesadas à direita sendo mais acentuada na capacidade emocional. Já os valores da curtose tendem para curvas normais com exceção do referido fator que se apresenta como leptocurtico.

Tabela 15 – Estatísticas relativas às competências emocionais

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Fator1 – expressão emocional	1.89	6.00	4.37	0.973	22.26	-2.712	-1.527
Fator2 – perceção emocional	2.78	6.00	4.72	0.660	13.98	-2.113	0.271
Fator3 - capacidade emocional	1.25	6.00	4.67	0.820	17.55	-5.479	3.668
Competências emocionais (fator global)	2.27	5.82	4.57	0.633	13.85	-1.970	-0.566

2.1.4. Literacia em saúde sexual e reprodutiva

Na tabela 16 são apresentadas as estatísticas da literacia em saúde sexual e reprodutiva. Tal como realizada para as competências emocionais, também consignamos os scores médios em cada fator, pelas razões acima proferidas. Dos resultados obtidos aferimos que a vigilância é o fator que necessita de maior intervenção dado que obteve o índice médio mais baixo ($M= 0.179 \pm 0.203$). Os conhecimentos sobre IST e comportamentos de risco é o fator com índice médio mais elevado ($M= 0.548 \pm 0.166$) seguido dos conhecimentos sobre métodos ($M= 0.498 \pm 0.183$). Os coeficientes de variação apresentam dispersões elevadas alcançando percentual acima de 100% na vigilância. Quanto aos valores de assimetria e curtose apuramos que as curvas de distribuição são normocurticas em todas os fatores e fator global mas enviesada à esquerda para a

vigilância, à direita para o IST e comportamentos de risco e conhecimentos (fator global) e normal para as restantes subescalas.

Tabela 16 – Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Informação (SSR)	0.00	0.88	0.462	0.201	43.50	-0.676	-2.081
Vigilância (SSR)	0.00	0.75	0.179	0.203	113.40	5.251	-0.120
Métodos (SSR)	0.00	0.88	0.498	0.183	36.74	-1.508	-1.451
IST e comportamentos de risco	0.06	0.88	0.548	0.166	30.29	-3.760	0.843
Conhecimentos (total) (SSR)	0.07	0.73	0.481	0.127	26.40	-3.838	1.719

No intuito de determinar como os fatores dos conhecimentos sobre SSR se correlacionavam entre si, efetuamos uma matriz de correlação de Pearson cujos resultados se apresentam na tabela 17. Como se verifica as correlações entre fatores são positivas o que nos permite afirmar que quanto maior o valor de correlação num fator maior o valor de correlação no fator com o qual estabelece correlação ou vice-versa. Por outro lado, notamos que apenas nas correlações entre a informação vs. IST ($r= 0.134$) e vigilância vs. IST ($r=0.032$) os coeficientes de correlação são fracos e sem significância estatística. O coeficiente mais elevado verifica-se na relação entre IST vs Métodos ($r= 0.402$) com uma variabilidade de cerca de 16.0%. Com o fator global, os índices correlacionais são mais elevados com variabilidades acima de 10.0%.

Tabela 17 - Matriz de correlação de Pearson entre as diferentes subescalas dos conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva

	Informação	Vigilância	Métodos	IST
Vigilância	0.150 *	--		
Métodos	0.368 ***	0.222 **	--	
IST	0.134 n.s.	0.032 n.s.	0.402 ***	--
Conhecimentos (fator global)	0.565 ***	0.320 ***	0.852 ***	0.728 ***

n.s – $p > 0.05$ * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

2.2. Análise inferencial

2.2.1. Relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em saúde sexual e reprodutiva

Relação entre género e literacia em saúde sexual e reprodutiva

A tabela 18 mostra a relação entre o género e a literacia em saúde sexual e reprodutiva. O teste de UMW usado para o efeito revela que as raparigas possuem mais conhecimentos que os rapazes em todas as vertentes em análise com significância estatística exceto para os conhecimentos em IST e comportamentos de risco.

Tabela 18 – Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento em saúde sexual e reprodutiva e o género

	Masculino (n=84)	Feminino (n=129)	Teste de Mann-Whitney	
	OM	OM	Z	P
Informação (SSR)	78.10	125.82	-5.617	0.000
Vigilância (SSR)	93.60	115.72	-2.788	0.005
Métodos (SSR)	92.31	116.57	-2.823	0.005
IST e Comportamentos de Risco (SSR)	104.33	108.74	-0.515	0.607
Conhecimentos Total (SSR)	88.64	118.95	-3.514	0.000

Relação entre idade e literacia em saúde sexual e reprodutiva

Analizamos a relação entre a idade e literacia em saúde sexual e reprodutiva. Dos resultados apresentados na tabela 19, observa-se que os adolescentes mais velhos possuem mais conhecimentos em relação à informação, aos métodos e de forma global aos conhecimentos sobre SSR, mas revelam menores conhecimentos no que respeita à vigilância e IST que os adolescentes mais jovens. As diferenças encontradas apenas são significativas para os métodos.

Tabela 19 - Teste t de Student entre idade e conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva

Idade	<=16 anos		>=17 anos		Leven,s P	T	P
	Média	Dp	Média	Dp			
Literacia em S. Sexual							
Informação	0.443	0.213	0.483	0.186	0.066	-1.443	0.151
Vigilância	0.188	0.211	0.169	0.195	0.818	0.669	0.504
Métodos	0.460	0.186	0.540	0.172	0.511	-3.237	0.001
IST	0.549	0.174	0.547	0.157	0.534	0.065	0.948
Conhecimentos (global)	0.464	0.140	0.498	0.110	0.050	-1.956	0.052

Relação entre área de residência e literacia em saúde sexual e reprodutiva

O conhecimento que os alunos possuem sobre saúde sexual e reprodutiva é estatisticamente igual entre jovens de meio urbano e rural, pois o teste de Mann-Whitney resulta em valores de prova superiores a 0.05.

Todavia, afere-se que os residentes em meio urbano, possuem mais conhecimentos sobre informação, vigilância, métodos e conhecimentos sobre SSR no global, mas menos conhecimentos no que respeita a IST. (cf. tabela 20)

Tabela 20 – Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e a zona de residência

	Urbana (n=34)	Rural (n=179)	Teste de Mann-Whitney	
	OM	OM	Z	P
Informação (SSR)	113.93	105.68	-0.727	0.467
Vigilância (SSR)	117.06	105.09	-1.130	0.258
Métodos (SSR)	113.41	105.78	-0.665	0.506
IST (SSR)	104.12	107.55	-0.300	0.764
Conhecimentos Total (SSR)	112.10	106.03	-0.528	0.598

Relação entre coabitação e literacia em saúde sexual e reprodutiva

Estudamos também a relação entre coabitação e literacia em saúde sexual e reprodutiva. Os resultados do teste de Kruskal Wallis revelam que os adolescentes residentes em famílias nucleares possuem mais conhecimentos sobre vigilância, métodos, IST e conhecimentos (fator global) que os residentes com famílias monoparentais ou com outros familiares. Por sua vez este grupo possui mais conhecimentos no que respeita à informação.

Todavia, a coabitação não exerce efeito sobre o conhecimento em sexualidade e saúde reprodutiva entre jovens estudantes do ensino secundário, pois os valores de prova dos testes de Kruskal-Wallis foram superiores a 0.05 (cf. Tabela 21).

Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e a coabitação

Coabitação	Família nuclear (n=170)	Família monoparental (n=34)	Outros familiares (n=9)	Teste de Kruskal-Wallis	
	OM	OM	OM	H	P
Informação (SSR)	110.29	89.40	111.33	3.418	0.181
Vigilância (SSR)	109.54	98.50	91.11	1.818	0.403
Métodos (SSR)	108.04	104.88	95.28	0.419	0.811
IST (SSR)	108.11	104.09	96.94	0.377	0.828
Conhecimentos Total (SSR)	109.50	98.06	93.50	1.433	0.489

Relação entre estado civil dos pais e literacia em saúde sexual e reprodutiva

O teste de UMW entre estado civil dos progenitores e conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva aponta para que os adolescentes cujos progenitores coabitam com companheiro possuam mais conhecimentos em todos os fatores da escala, em relação aos que não coabitam, com significância estatística para a informação e vigilância.

Tabela 22 – Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e o estado civil dos pais

Situação familiar	Com companheiro (n=187)	Sem companheiro (n=26)	Teste de Mann-Whitney	
	OM	OM	Z	p
Informação (SSR)	111.20	76.81	-2.712	0.007
Vigilância (SSR)	109.86	86.46	-1.974	0.048
Métodos (SSR)	107.51	103.31	-0.328	0.743
IST (SSR)	107.09	106.37	-0.056	0.955
Conhecimentos Total (SSR)	109.15	91.56	-1.366	0.172

Relação entre escolaridade dos pais e literacia em saúde sexual e reprodutiva

Quer a escolaridade dos pais, quer a escolaridade da mãe não exerce efeito estatisticamente significativo sobre o conhecimento dos jovens acerca da saúde sexual e reprodutiva uma vez que os valores de prova foram superiores a 0.05 (cf. Tabela 23).

Particularizando mais os resultados obtidos verificamos que os adolescentes cujo pai possui ensino básico têm mais conhecimentos sobre informação relacionada com SSR e conhecimentos numa forma global, enquanto os adolescentes com pais que possuem o ensino superior revelam mais conhecimentos sobre métodos. A vigilância e os conhecimentos sobre IST recaem nos adolescentes com pais que possuem o ensino secundário.

No que se refere às habilitações literárias da mãe é notório que adolescentes cujas mães possuem o ensino básico têm mais informação e conhecimentos sobre vigilância e no extremo oposto, adolescentes com mais mães com o ensino superior, apresentam mais conhecimentos sobre métodos, IST e conhecimentos (fator global).

Tabela 23 – Teste Kruskal-Wallis entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e as habilitações literárias do pai e da mãe

Escolaridade pai	Ensino básico (n=131)	Secundário (n=60)		Superior (n=22)		Teste de Kruskal-Wallis	
		OM	OM	OM	OM	H	P
Informação (SSR)	109,82		105,04		95,57	1,129	0,569
Vigilância (SSR)	108,58		110,26		88,73	2,593	0,274
Métodos (SSR)	106,82		103,41		117,84	0,895	0,639
IST (SSR)	107,33		107,38	0	104,00	0,059	0,971
Conhecimentos Total (SSR)	107,87		106,82		102,34	0,153	0,927
Escolaridade mãe	Ensino básico (n=88)	Secundário (n=83)		Superior (n=42)		Teste de Kruskal-Wallis	
	OM		OM		OM	H	P
Informação (SSR)	112,97		105,23	0,44	97,99	1,855	0,396
Vigilância (SSR)	117,04	0	100,25		99,30	4,725	0,094
Métodos (SSR)	106,89		100,99		119,11	2,438	0,296
IST (SSR)	101,45		107,96		116,74	1,812	0,404
Conhecimentos Total (SSR)	107,10		103,72		113,29	0,675	0,714

Relação entre rendimento familiar e literacia em saúde sexual e reprodutiva

Para avaliar se existe efeito do rendimento mensal do agregado familiar no conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva foi realizado o teste t-Student. Dado que os valores de prova obtidos foram superiores a 0.05 podemos afirmar que os dados não evidenciam a existência de diferenças significativas, isto é, o rendimento familiar não exerce influência sobre os conhecimentos da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Teste t-Student entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e o rendimento mensal do agregado familiar

Rendimento mensal	baixa/média baixa (n=82)		média/média alta (n=131)		Teste t-Student	
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	t	p
Informação (SSR)	0,46(0,21)		0,46(0,2)		0,055	0,956
Vigilância (SSR)	0,2(0,21)		0,17(0,2)		1,227	0,221
Métodos (SSR)	0,49(0,18)		0,5(0,19)		-0,356	0,722
IST (SSR)	0,55(0,16)		0,55(0,17)		0,321	0,748
Conhecimentos Total (SSR)	0,49(0,18)		0,5(0,19)		0,159	0,874

Relação entre imagem/aparência e literacia em saúde sexual e reprodutiva

A percepção que os estudantes têm da sua imagem/aparência não explica a variabilidade nas dimensões da escala de conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva, pois os valores de prova dos testes de Kruskal-Wallis foram superiores a 0.05. Contudo, ao analisarmos os valores de ordenação média, constatamos que, na globalidade, são os estudantes que se auto percebem como normais que possuem mais conhecimentos para IST e fator global e obesos para a informação, vigilância e métodos (cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Teste Kruskal-Wallis entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e a percepção da imagem/aparência

Imagem/Aparência	Magro (n=39)	Normal (n=113)	Obeso (n=61)	Teste de Kruskal-Wallis	
	OM	OM	OM	H	P
Informação (SSR)	107,13	104,76	111,07	0,429	0,807
Vigilância (SSR)	103,41	107,76	107,89	0,192	0,908
Métodos (SSR)	95,60	108,31	111,87	1,785	0,410
IST (SSR)	106,33	109,70	102,43	0,566	0,753
Conhecimentos Total (SSR)	98,36	109,54	107,83	0,972	0,615

Relação entre prática de religião e literacia em saúde sexual e reprodutiva

Como revela a Tabela 26, foi utilizado o teste de Mann-Whitney para comparar as pontuações dos jovens que praticam uma religião e os que não a praticam. Uma vez que os valores de prova foram superiores a 0.05 os dados não permitem concluir que existam diferenças entre os dois grupos de estudantes. Atendendo-se aos valores de ordenação média, constatamos que os alunos praticantes de uma religião são os que manifestam mais conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva.

Tabela 26 – Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e prática de uma religião

Praticar uma religião	NÃO (n=51)	Teste de Mann-Whitney		
		OM	Z	P
Informação (SSR)		107,79	-0,339	0,734
Vigilância (SSR)		107,63	-0,288	0,773
Métodos (SSR)		109,47	-1,049	0,294
IST (SSR)		108,88	-0,800	0,424
Conhecimentos Total (SSR)		109,05	-0,866	0,386

Em síntese, os resultados indicam que a idade e o sexo são as variáveis que mais influenciam o conhecimento dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva. Já no

que se refere à família a presença ou não de companheiro dos pais aumenta a informação e vigilância e cuidados da saúde sexual e reprodutiva.

2.2.2. Relação entre as variáveis académicas e a literacia em saúde sexual e reprodutiva

Foi realizada a ANOVA para ver se existem diferenças significativas entre os alunos dos três anos do ensino secundário quanto às dimensões da escala ICSSR. Os valores de prova inferiores a 0.05 confirmam que existem diferenças significativas e os testes de homogeneidade identificam quais os grupos que diferem entre si.

Para a dimensão Informação, existem diferenças significativas ($F=4.522$; $p<0.05$) entre alunos de qualquer ano de escolaridade. Os testes *post-hoc* (Tukey) confirmam que são os alunos do 10º ano os que apresentam informação significativamente inferior. Ao comparar as médias, observamos que estes apresentam pontuação média igual a 0.4 e os alunos do 11º e 12º ano apresentam respetivamente 0.5 e 0.48 em média.

Os dados confirmam igualmente que existem diferenças significativas no conhecimento de métodos contraceptivos consoante o ano de escolaridade ($F=0.364$; $p<0,001$). Entre os alunos do 10º ano a pontuação média é 0.43 que aumenta para 0.48 entre os alunos do 11º ano e para 0.59 entre alunos do 12º ano. Os testes de *Tukey* confirmam que os alunos do 10º e 11º ano apresentam conhecimento médio estatisticamente igual e os do 12º surgem com média significativamente superior aos outros.

Existem também diferenças significativas entre o conhecimento total sobre a saúde sexual e reprodutiva dos jovens segundo o ano de escolaridade, uma vez que o valor de prova da ANOVA foi inferior a 0.05. Em geral, podemos afirmar que à medida que os alunos progredem no percurso escolar também aumenta o conhecimento até porque aumentando a idade sabemos que aumenta o conhecimento. Os testes de *Tukey* permitem concluir que existem diferenças significativas entre os alunos do 10º e do 12º ano. Quanto aos alunos do 11º são estatisticamente iguais aos alunos do 10º e aos do 12º, poderemos considerá-lo como um grupo de transição. Se compararmos as médias vemos que assim é, pois entre os alunos do 10º ano a pontuação é de 0.444, que aumenta para 0,48 entre os alunos do 11º e volta a aumentar entre os alunos do 12º para 0.52 (cf. Tabela 27).

Tabela 27– ANOVA entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e o ano de escolaridade

	Ano de escolaridade			ANOVA	
	10º (n=67)	11º(n=74)	12º (n=72)	F	P
	M(DP)	M(DP)	M(DP)		
Informação (SSR)	0,4 (0,21)	0,5 (0,2)	0,48 (0,18)	4,522	0,012
Vigilância (SSR)	0,17 (0,22)	0,2 (0,21)	0,17 (0,19)	0,364	0,695
Métodos (SSR)	0,43 (0,18)	0,48 (0,18)	0,59 (0,15)	15,748	0,000
IST (SSR)	0,53 (0,17)	0,55 (0,17)	0,56 (0,15)	0,590	0,555
Conhecimentos Total (SSR)	0,44 (0,13)	0,48 (0,14)	0,52 (0,1)	7,772	0,001

Tal como mostra a tabela seguinte não existem diferenças significativas no conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva entre os alunos em função de terem tido ou não reprovações, pois os valores de prova dos testes de Mann-Whitney foram superiores a 0.05. Analisando-se os valores de ordenação média, constatamos que os alunos que nunca reprovaram os que revelam mais conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva.

Tabela 28 – Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e reprovações escolares

Reprovação escolar	Não (n=190)			Sim (n=23)			Teste de Mann-Whitney	
	M (DP)	Med	OM	M (DP)	Med	OM	Z	P
Informação (SSR)	0,46 (0,2)	0,50	107,06	0,46 (0,23)	0,50	106,54	-0,038	0,969
Vigilância (SSR)	0,18 (0,2)	0,25	108,30	0,15 (0,22)	0,00	96,28	-0,961	0,336
Métodos (SSR)	0,5 (0,18)	0,50	108,56	0,46 (0,18)	0,44	94,09	-1,070	0,285
IST (SSR)	0,55 (0,16)	0,56	108,70	0,51 (0,18)	0,50	92,98	-1,165	0,244
Conhecimentos Total (SSR)	0,49 (0,13)	0,50	109,07	0,45 (0,1)	0,48	89,93	-1,408	0,159

Constatamos igualmente que o sentimento dos alunos face à escola não está relacionado com o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, atendo-se ao facto de os valores de prova obtidos nos testes de Kruskal-Wallis serem superiores a 0.05 (cf. Tabela 29).

Tabela 29 – Teste Kruskal-Wallis entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e o sentimento face à escola

Sentimento face à escola	Gosta (n=73)		Indiferente (n=106)		Não gosta (n=34)		Teste de Kruskal-Wallis	
	Med	OM	Med	OM	Med	OM	H	P
Informação (SSR)	0,38	100,94	0,50	112,94	0,50	101,49	2,032	0,362
Vigilância (SSR)	0,25	106,15	0,00	104,50	0,25	116,62	1,205	0,548
Métodos (SSR)	0,50	108,37	0,56	109,71	0,44	95,60	1,420	0,492
IST (SSR)	0,56	102,64	0,56	111,95	0,53	100,91	1,404	0,496
Conhecimentos Total (SSR)	0,48	104,42	0,50	111,60	0,45	98,19	1,419	0,492

O conhecimento que os alunos têm acerca da saúde sexual e reprodutiva não difere significativamente entre alunos que se envolvem em brigas/lutas com colegas da escola e os que não o fazem. Todavia, inferimos que, em termos de valores de ordenação média, são

os alunos que admitem envolver-se em lutas/brigas com colegas da escola os que manifestam mais conhecimento acerca da saúde sexual e reprodutiva (cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e o envolvimento em lutas/brigas com colegas da escola

Envolvimento em lutas/brigas com colegas na escola	Não (n=193)		Sim (n=20)		Teste de Mann-Whitney	
	Med	OM	Med	OM	Z	P
Informação (SSR)	0,50	105,42	0,50	122,25	-1,183	0,237
Vigilância (SSR)	0,25	105,06	0,25	125,73	-1,554	0,120
Métodos (SSR)	0,50	106,43	0,53	112,53	-0,423	0,672
IST (SSR)	0,56	106,92	0,53	107,80	-0,061	0,951
Conhecimentos Total (SSR)	0,50	106,13	0,50	115,40	-0,641	0,521

Em síntese, as variáveis de contexto escolar não revelam efeito significativo no conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do secundário da amostra em estudo.

2.2.3. Relação entre as variáveis contextuais de saúde sexual e reprodutiva e a literacia em saúde sexual e reprodutiva

A avaliação que os alunos têm dos seus conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva não é concordante com os conhecimentos avaliados pela escala ICSSR. Quer eles considerem que têm conhecimentos bons ou muito bons, quer eles considerem que têm conhecimentos razoáveis ou insuficientes a pontuação mediana fica sempre abaixo dos 0,50 com exceção da dimensão IST e comportamentos de risco que chega a 0.56 (cf. Tabela 31).

Tabela 31 – Teste de U-Mann de Whitney entre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e a avaliação sobre o conhecimento acerca da saúde sexual e reprodutiva

Avaliação dos conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva	Bons e muito bons (n=144)			Razoáveis/insuficientes (n=69)			Teste de Mann-Whitney	
	M (DP)	Med	OM	M (DP)	Med	OM	Z	p
Informação (SSR)	0,46 (0,21)	0,50	106,20	0,47 (0,19)	0,50	108,67	-0,278	0,781
Vigilância (SSR)	0,19 (0,21)	0,25	108,23	0,17 (0,19)	0,25	104,44	-0,457	0,648
Métodos (SSR)	0,51 (0,18)	0,50	109,06	0,48 (0,2)	0,50	102,70	-0,709	0,478
IST (SSR)	0,56 (0,16)	0,56	111,73	0,52 (0,18)	0,56	97,12	-1,632	0,103
Conhecimentos Total (SSR)	0,49 (0,12)	0,50	110,86	0,46 (0,14)	0,48	98,94	-1,323	0,186

Em síntese, as variáveis contextuais de saúde sexual e reprodutiva não revelaram ter qualquer efeito sobre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva dos alunos.

2.2.4 Relação entre as competências emocionais e a literacia em saúde sexual e reprodutiva

As competências emocionais são definidas por três dimensões, todas elas variáveis numéricas. Procuramos estabelecer qual o efeito que a variação destas dimensões provoca sobre as dimensões da escala ICSSR. Para tal, foram utilizados modelos de regressão linear múltipla. Em cada modelo, as dimensões da escala ICSSR são variáveis dependentes e as dimensões das competências emocionais são variáveis independentes.

Dos modelos obtidos apenas apresentamos o modelo da informação, pois revela associação entre esta dimensão e a capacidade de lidar com a emoção. O modelo deduzido pode ser escrito assim:

$$\text{Informação (SSR)} = \text{constante} + B_1 \text{Capacidade para lidar com as emoções}$$

O coeficiente de determinação indica que o modelo explica 21% da variação da informação à custa da capacidade para lidar com a emoção e o teste F mostra que o modelo se ajusta aos dados.

Como o coeficiente B1 é negativo significa que se a capacidade de lidar com a emoção aumenta uma unidade. Então é de esperar uma redução de 0,035 na dimensão informação. Com 95% de confiança esta redução pode variar entre 0.002 e 0.068 (cf. Tabela 32).

Tabela 32 - Regressão linear múltipla entre a competência emocional e a literacia em saúde sexual e reprodutiva

	R2	ANOVA	V independentes	B	IC(95%)	Teste t-Student
Informação (SSR)	,021	F=4,446 ;p=0,036	(Constante)	,627	0,471 ; 0,784	t=7,897 ; p<0,001
			Capacidade para lidar com a emoção	-,035	-0,068 ; -0,002	t=-2,109 ; p=0,036

3. Discussão

Depois de se apresentar os resultados, faz-se a sua discussão, tendo em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados em função do quadro teórico apresentado. Todavia, antes apresenta-se a discussão metodológica, tendo em conta as limitações encontradas durante a realização do estudo.

3.1. Discussão metodológica

Começa-se por referir que a estratégia metodológica seguida nesta investigação teve em consideração o tipo de estudo, as questões de investigação, os objetivos e o tipo de amostra, tendo-se escolhido, como instrumento de recolha de dados, o questionário de autorresposta. Considera-se que a sua aplicação a 213 alunos foi a mais ajustada, uma vez que possibilitou identificar, num curto espaço de tempo, quais os determinantes que interferem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário.

Importa referir o facto de a recolha de dados ter sido através da aplicação de questionários, em contexto de sala de aula, sem a presença do investigador para o esclarecimento de qualquer dúvida, por sua vez, o preenchimento deste instrumento, pode ter induzido os estudantes a responder ao mesmo preocupados com “respostas corretas” ou na procura de uma conduta conhecida como “mais correta”.

Relava também referir a dimensão da amostra, que não é representativa de alunos do ensino secundário a nível nacional, não permite que se façam generalizações dos resultados obtidos. Contudo, considera-se que se alcançaram informações robustas para a compreensão do fenómeno em análise. Outro aspeto foi o tempo para a realização do trabalho e a aplicação dos questionários, tendo o mesmo sido reduzido devido à aplicação dos questionários de modo a poder-se obter uma amostra significativa.

Enquadrando-se o estudo empírico num tipo de pesquisa descritiva analítica-correlacional, com enfoque transversal, considera-se que estes pressupostos também se constituem como uma limitação metodológica, uma vez que as avaliações foram realizadas num único “momento”, não existindo um período de seguimento das participantes. É consensual que este tipo de estudo tem as suas vantagens, sobretudo por ser mais rápido, menos dispendioso, menos complexo em termos logísticos, sem que se apresente sensível a problemas, designadamente as perdas de seguimento, o que é uma característica dos estudos longitudinais. Contudo, considera-se que o tipo de estudo empírico seguido foi o

mais apropriado para identificar os comportamentos das participantes, tendo em conta o espaço social em que se inserem. Por outro lado, possibilitou identificar a inter-relação entre a variável dependente (literacia em saúde sexual e reprodutiva), variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, de contexto académico e contextuais de saúde sexual e reprodutiva) e variável moderadora (competências emocionais), tendo-se, *a priori*, obtido evidências que permitam explicar a forma como decorreu o fenómeno em estudo.

Apesar destas limitações, crê-se que os resultados obtidos permitiram adquirir um conhecimento mais concreto e científico acerca das competências emocionais e literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário, na perspetiva das participantes.

3.2. Discussão dos resultados

A vivência de uma sexualidade saudável consiste numa das áreas mais importantes a serem estudadas uma vez que se relacionam com outras dimensões da vida, decorrendo por todos os tempos e espaços, parte integrante da constituição das identidades, refletindo-se no processo saúde-doença (Campos, Nogueira, Fonseca & Schall, 2016). De acordo com os mesmos autores, a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes tem revelado graves problemas de saúde pública relacionados com o elevado índice de infeções sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência com agravos para a saúde, falta de informações de qualidade e de educação em termos de sexualidade, reduzido uso de preservativos nas relações subsequentes à primeira relação sexual e o baixo uso de outros métodos de proteção no momento da relação sexual.

Estes pressupostos consubstanciam a realização do presente estudo que tem como objetivo principal verificar o nível de literacia em saúde sexual e reprodutiva em 213 alunos do ensino secundário do Agrupamento de Escolas de Moimenta da Beira, caracterizando-se por ser uma amostra maioritariamente feminina (60.0%). No total da amostra, os estudantes apresentam uma idade mínima de 15 anos e uma máxima de 19 anos. Tanto os rapazes, como as raparigas têm uma idade média de 16.45 anos.

A maioria dos adolescentes vive em meio rural (84.0%), mais de dois terços (79.8%) vivem com os pais (família nuclear), os quais, na sua grande parte, são casados (87.8%), possuindo maioritariamente quer o pai (61.5%), quer a mãe (41.3%) habilitações literárias situadas ao nível do ensino básico. Mais de metade dos estudantes (61.5%) classificou o

rendimento mensal dos seus pais como médio/médio alto. Verificámos que 76.1% dos estudantes referem que professam uma religião.

Constatámos que grande parte dos alunos refere nunca ter reprovado (89.2%). Maioritariamente, os alunos consideram-se indiferentes em relação à escola (49.8%). No que diz respeito ao envolvimento por parte dos estudantes em brigas/lutas com os colegas da escola, averiguámos que grande parte dos estudantes refere que nunca se envolve em brigas/lutas (90.6%). De igual modo, constatámos que a maior percentagem de estudantes pensa ter uma imagem/aparência normal (53.1%), enquanto 28.6% se consideram obesos. Estes resultados demonstram que a adolescência consiste no período do desenvolvimento humano de transição, caracterizando-se como um processo de maturidade crescente, que abrange uma série de transformações físicas, emocionais, cognitivas e sociais, levando muitos adolescentes a sentirem indiferença pela própria escola, bem como manifestam uma auto-perceção da sua imagem como negativa (Santos, 2015), o que foi corroborado no presente estudo, ainda que em percentagens mais baixas.

De todas as fases do ciclo de vida, de acordo com Ferreira e Jorge (2008), a adolescência pode ser vivenciada de forma mais positiva ou negativa pela maioria das pessoas, o que se deve aos constantes desafios ao nível do desenvolvimento, que podem ser difíceis de contornar por causa da complexidade das próprias transformações pelas quais os adolescentes passam. Ferreira e Jorge (2008), referem que a adolescência constitui uma mudança de certa forma incerta, no que diz respeito a várias características inerentes a esta fase como a exploração da identidade, instabilidade, autocentração, vivência do sentimento “de estar entre” e perceção de possibilidades múltiplas.

No que se refere aos conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva, verificámos que, maioritariamente, os alunos mencionaram recorrer aos pais (30.5%) quando têm dúvidas sobre a saúde sexual e reprodutiva, 27.2% recorrem aos amigos, 23.5% procuram obter informação através de livros e internet, 10.8% recorrem aos profissionais de saúde aquando destas dúvidas. Estes resultados diferem dos obtidos por Borges, Nichiata & Schor (2006), onde grande parte dos adolescentes procura os amigos em termos de conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva, seguindo-se a internet. No presente estudo, os pais surgem em primeiro lugar, o que parece ser importante fator preditor de um saudável comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes (Graciano, Marcos, Júnior & Lagos, 2014).

Nery, Feitosa, Sousa e Fernandes (2015) referem que as evidências indicam que muitas das gravidezes indesejadas na população adolescente se devem à inexistência de comunicação entre pais e filhos, sendo que a comunicação ocorre unicamente em situações

emergenciais, quando algum problema já emergiu. Ainda, de acordo com os mesmos autores, alguns pais têm dificuldade em falar sobre a saúde sexual e reprodutiva com seus filhos e muitos deles não têm informações sólidas acerca do tema, o que não lhes permite transmitir conhecimentos consistentes sobre a sexualidade, fazendo com que os adolescentes obtenham informações de amigos e da internet, muitas das quais erradas. Todavia, em conformidade com os resultados do presente estudo, o diálogo entre pais e filhos é indispensável e protetor para uma boa vivência da sexualidade por parte dos adolescentes.

Apurámos que 67.6% dos estudantes consideram ter bons/muito bons conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva, prevalecendo os rapazes (79.8%) com bons/muito bons conhecimentos, o que não está em conformidade com os resultados obtidos da relação entre o sexo e os conhecimentos que os alunos têm acerca da saúde sexual, uma vez que, na globalidade, são as raparigas que revelam mais conhecimentos quer em relação à informação relacionada com sexualidade e reprodução (Informação $Z=-5.62$; $p<0.01$), vigilância e cuidados com a saúde sexual e reprodutiva (Vigilância $Z=-2.788$; $p<0.05$), conhecimento sobre os métodos contraceptivos ($Z=-2.823$, $p<0.001$), quer em relação às IST e comportamentos de risco. Ou seja, aferimos a existência de diferenças significativas entre os rapazes e as raparigas no que se refere à saúde sexual e reprodutiva ($Z=-3.514$; $p<0.001$), tendo sido as raparigas a apresentarem mais conhecimentos. Estes resultados estão em conformidade com os encontrados por Ribeiro (2011), cujo estudo com uma amostra de 359 adolescentes, com uma idade média de 15.7 anos, residentes no norte de Portugal, demonstrou que as raparigas apresentam maiores conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva, quando comparadas com os rapazes. De acordo com o mesmo estudo, as raparigas mais velhas, ou seja, com mais de 17 anos, são as que se revelam mais informadas sobre a saúde sexual e reprodutiva.

Em conformidade com outros estudos, as raparigas têm melhores conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva, todavia, isto não significa que o comportamento seja proporcional aos conhecimentos (Agadjanian, 2005; Reis & Matos, 2007; Dias, 2009). Segundo Ribeiro (2011), as raparigas, por norma, são mais informadas do que os rapazes porquanto procuram com mais assiduidade programas de educação sexual, sendo mais significativo o seu interesse pela aquisição de conhecimentos sobre a sua sexualidade e métodos contraceptivos, o que foi corroborado no presente estudo, uma vez que aferimos que as raparigas possuem, em média, mais conhecimento acerca dos métodos contraceptivos.

Quanto ao efeito da idade nos conhecimentos dos estudantes acerca da saúde sexual e reprodutiva, os resultados indicaram que por cada ano de idade o conhecimento

total aumenta 0.022 em média, sugerindo que quanto mais idade os estudantes têm, mais conhecimentos possuem acerca da saúde sexual e reprodutiva, estando em conformidade com os resultados encontrados por Ribeiro (2011) que indicam que são os alunos com maior escolaridade (10.º, 11.º e 12.º ano), que pontuam melhores conhecimentos, à semelhança de outras investigações (Dias, 2009). Estes resultados reforçam a necessidade de mais intervenção ao nível da informação de adolescentes mais novos.

Outro resultado a que chegámos refere-se ao facto de terem sido os estudantes cujos progenitores possuem companheiro os que manifestaram mais conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva, com diferenças estatisticamente significativas na *informação* ($p=0.007$) e *vigilância* ($p=0.048$). Estes resultados poderão ser explicados, segundo Graciano et al. (2014), com o facto de que as famílias funcionais tendem a manter o diálogo mais frequente e aberto, ampliando o conhecimento sobre a sexualidade com os filhos, propiciando o uso consciente de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, evitando gravidezes indesejadas. De igual modo, Ribeiro (2011) refere que uma família nuclear apresenta maior tendência para o diálogo com os filhos, havendo mais diluição na distribuição de poder e comunicação.

Constatou-se que, na relação entre as variáveis académicas e a literacia em saúde sexual e reprodutiva, o ano de escolaridade teve relevância estatística na dimensão informação ($F=4.522$; $p<0.05$), sendo os alunos do 10º ano os que apresentam informação significativamente inferior sobre saúde sexual e reprodutiva. Existem também diferenças significativas no conhecimento de métodos contraceptivos consoante o ano de escolaridade ($F=0.364$; $p<0.001$), apurando-se que os conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos aumentam de acordo com o ano de escolaridade, ou seja, os alunos do 10º ano obtiveram uma média de 0.43, aumentando para 0.48 entre os alunos do 11º ano e para 0.59 entre alunos do 12º ano. Em geral, pode afirmar-se que, à medida que os alunos progredem no percurso escolar, também aumenta o conhecimento, sugerindo que aumentando a idade, o conhecimento também aumenta. No estudo desenvolvido por Silva e seus colaboradores (2012), os adolescentes já demonstram um nível “bom” ou “muito bom” de conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, todavia, sem variação significativa com a idade ou sexo. Contudo, Ramiro, Reis, Matos, Diniz e Simões (2011) também verificaram, à semelhança do presente estudo, que quanto mais avançam no ano de escolaridade e mais idade os adolescentes têm, mais conhecimentos estes possuem acerca da saúde sexual e reprodutiva, ainda que tenham constatado que são muitos os fatores de risco e os de proteção em relação aos comportamentos sexuais de risco dos adolescentes.

No que se refere à relação entre as competências emocionais e a literacia em saúde sexual e reprodutiva, a capacidade de lidar com a emoção foi a dimensão que se assumiu

como preditora da literacia em saúde sexual e reprodutiva, constatando-se que quanto menos capacidade têm os alunos para lidar com a emoção, menor é a informação que estes possuem acerca da saúde sexual e reprodutiva. Estes resultados poderão ser explicados tendo por base o pressuposto de que a IE envolve a capacidade de gerir os próprios sentimentos e emoções, conferindo a capacidade para os discriminar, bem como usar essa informação para orientar o pensamento e as ações, que distingue múltiplos aspetos das habilidades emocionais, como a perceção emocional e a gestão emocional (Akduman, Hatipoğlu & Yüksekbilgili, 2015).

Seguindo este raciocínio, poder-se-á referir que, segundo Almeida (2016, p. 19), fazendo referência a Reis, Ramiro e Matos (2012), é importante ter-se em conta que a “plasticidade da personalidade que caracteriza a adolescência” faz com que os adolescentes tenham mais recetividade em abarcar os conceitos que os podem ajudar a ter uma maturidade física, psicológica e sexual mais saudável. Neste sentido, é importante que estes sejam apoiados para compreender que a sexualidade pode ser vivenciada de forma saudável, o que implica também ajudá-los a desenvolver a sua capacidade de lidar com as emoções, de modo que se possam aumentar os seus conhecimentos sobre a sua saúde sexual e produtiva, protegendo-se dos comportamentos de risco que podem ter como consequência uma gravidez indesejada, as IST’s, entre outras consequências prejudiciais para a sua vida.

Conclusão

As inquietações que estiveram subjacentes à realização deste trabalho, que teve como principal foco o nível de literacia em saúde sexual e reprodutiva, delinearam um conjunto de objetivos, os quais foram alcançados através do estudo empírico, que contou com uma amostra de 213 estudantes do ensino secundário do Agrupamento de Escolas de Moimenta da Beira, maioritariamente do sexo feminino, com uma idade média de 16.45 anos, residindo maioritariamente em meio rural, mais de dois terços coabitam com os pais (família nuclear), os quais, na sua grande parte, são casados, possuindo, na maioria, quer o pai, quer a mãe o ensino básico. Mais de metade dos estudantes classificou o rendimento mensal dos seus pais como médio/médio alto.

A amostra caracteriza-se também por ter uma grande parte de estudantes que nunca reprovaram, considerando-se, maioritariamente, indiferentes em relação à escola. Grande parte dos estudantes nunca se envolve em brigas/lutas com os colegas, com uma percentagem mais elevada de estudantes que consideram ter uma imagem/aparência normal.

Quanto aos conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva, concluiu-se que, maioritariamente, os estudantes mencionaram recorrer, em primeiro lugar, aos pais, depois aos amigos, aos livros, à internet e, por último, aos profissionais de saúde, quando têm dúvidas sobre a saúde sexual e reprodutiva. Na maioria dos casos, os estudantes consideram ter bons/muito bons conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva, prevalecendo os rapazes com bons/muito bons conhecimentos, um resultado que se assumiu como contraditório, uma vez que, nos resultados obtidos da relação entre o sexo e os conhecimentos que os estudantes têm acerca da saúde sexual, decorrente da primeira questão de investigação, na globalidade, são as raparigas que revelam mais conhecimentos quer em relação à informação relacionada com sexualidade e reprodução, vigilância e cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, conhecimento sobre os métodos contraceptivos, quer em relação às IST e comportamentos de risco, com diferenças significativas entre os rapazes e as raparigas.

Ainda no âmbito da primeira questão de investigação, constatou-se que a idade também assumiu relevância estatística, tendo-se concluído que por cada ano de idade o conhecimento acerca da saúde sexual e reprodutiva aumenta, sugerindo que quanto mais idade os estudantes têm, mais conhecimentos possuem acerca da saúde sexual e reprodutiva. Concluiu-se também que os estudantes cujos progenitores possuem

companheiro manifestaram mais conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva, com diferenças estatisticamente significativas na informação e vigilância.

Em relação à segunda questão de investigação, através da qual se procurou determinar se as variáveis académicas interferem na literacia em saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino secundário, concluiu-se que o ano de escolaridade teve relevância estatística na dimensão informação, sendo os estudantes do 10º ano os que apresentam informação significativamente inferior sobre saúde sexual e reprodutiva. Existem igualmente diferenças significativas no conhecimento de métodos contraceptivos consoante o ano de escolaridade, verificando-se que os conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos aumentam em conformidade com o ano de escolaridade, ou seja, os estudantes do 12º ano revelam mais conhecimento.

No que concerne à terceira questão de investigação, constatou-se que as variáveis contextuais de saúde sexual e reprodutiva não revelaram ter qualquer efeito sobre o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva dos alunos.

Concluiu-se ainda que, no que diz respeito à relação entre as competências emocionais e a literacia em saúde sexual e reprodutiva, quarta questão de investigação, a capacidade de lidar com a emoção foi a dimensão que se assumiu como preditora da literacia em saúde sexual e reprodutiva, sugerindo que quanto menos capacidade têm os estudantes para lidar com a emoção, menor é a informação que estes possuem acerca da saúde sexual e reprodutiva.

Face a estes resultados, assume-se como extremamente importante a educação sexual nas escolas, abarcando intervenções do tipo preventivo, toda a comunidade escolar e respetivos contextos de vida, nomeadamente a escola, a família e o grupo de pares. Ganhando também pertinência o desenvolvimento de intervenções mais específicas, em grupos identificados como prioritários, de modo que se possam transmitir conhecimentos mais efetivos sobre a saúde sexual e reprodutiva aos alunos, com ganhos de atitudes e competências que lhes permitam vivenciar uma sexualidade mais segura.

Deste modo, considera-se que o enfermeiro pode desempenhar um importante papel, abordando, entre outros temas, a compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis do ser humano, no contexto de um projeto de vida que abrange valores e uma dimensão ética, a perceção dos aspetos relacionados com as principais IST's, a maternidade na adolescência e a interrupção voluntária da gravidez, bem como aspetos relacionados com o uso de métodos contraceptivos e o preservativo para a prevenção da gravidez na adolescência e das IST's.

Em suma, este estudo, surge como um enriquecedor contributo, tanto a nível pessoal como profissional, servindo de incentivo à implementação de um projeto de intervenção mais eficaz e preocupado com os adolescentes que recorrem ao Hospital São Francisco Xavier, tendo como principal objetivos a fomentação da literacia em saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes e o seguimento deste grupo, que identificamos como prioritário.

Este trabalho, poderá servir também como guia à procura de novas variáveis para um possível futuro estudo nesta área.

Referências bibliográficas

- Agadjanian, V. (2005). Gender, religious involvement, and HIV/AIDS prevention in Mozambique. *Social Science & Medicine*, 61, 1529-1539.
- Akduman, G., Hatipoğlu, Z., & Yüksekbilgili, Z. (2015). A research about emotional intelligence on generations. *International Journal of Advanced Multidisciplinary Research and Review*, 3(4), 124- 133.
- Almeida, L.S., Guisande, M.A. & Ferreira, A.I. (2009). *Inteligência: perspectivas teóricas*. Coimbra: Edições Almedina.
- Almeida, M.S.C. de (2016). *Sexualidade nos adolescentes: intervenção formativa*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde. Acedido em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3254/1/MarilineSofiaCoelhoAlmeida%20D M.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3254/1/MarilineSofiaCoelhoAlmeida%20D%20M.pdf)
- Alzina, R. B., & Escoda, N. P. (2007). Las Competencias Emocionales. *Educación XX1*, (10), 61–82. doi:<http://dx.doi.org/10.5944/educxx1.1.10.297>
- Associação de Planeamento Familiar (2014). Revista Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade. Acedido em <http://revistas.apf.pt/index.php/srss>
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, supl., 13-22.
- Biddle, S., & Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity: determinants, well-being and interventions*. (2ª ed). New York: Routledge.
- Bisquerra, R., & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Borges, A.L.V., Nichiata, L.Y.I., & Schor, N. (2006). Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescente. *Rev Latino-am Enfermagem*; 14(3), 422-427. Acedido em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2313/2452>
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Rev Port Clin Geral*; 27, 208-214. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n2/v27n2a10.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (2009). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Brunes, A., Augestad, L. B., & Gudmundsdottir, S. L. (2013). Personality, physical activity, and symptoms of anxiety and depression: the HUNT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 745–756. doi 10.1007/s00127-012-0594-6
- Cabral, A.M.R. (2011). *Inteligência emocional e ética no sucesso organizacional* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra. Acedido em <http://hdl.handle.net/10316/18040>
- Campos, M.H., Nogueira, M.J.N., Fonseca, M.C., & Schall, V.T. (2016). Saúde sexual, gênero e percepções de adolescentes sobre o preservativo feminino. *Adolesc. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, 26-32. Acedido em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=581
- Cardoso, M.D. (2011). *Compreensão Emocional: A Compreensão Causal das Emoções em Crianças de Idade Escolar*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa, Lisboa. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4419/1/ulfpie039551_tm.pdf
- Costa, S.F.P. da (2015). *Conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e educação sexual de adolescentes do 8º e 10º ano de escolaridade*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10779/1/Tese%20Sandra%20Costa%20.pdf>
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Crocetti, E., Klimstra, T. A., Hale III, W. W., Koot, H. M., & Meeus, W. (2013). Impact of Early Adolescent Externalizing Problem Behaviors on Identity Development in Middle to Late Adolescence: A Prospective 7-Year Longitudinal Study. *Journal of Youth Adolescence*, 42, 1745–1758. doi: 10.1007/s10964-013-9924-6.
- Cunha, M. P., Cabral-Cardoso, C., Cunha, R. C., & Rego, A. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (6ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Cunha, M., Gaspar, R., Fonseca, S., Almeida, D., Silva, M., & Nunes, L. (2014). Implications of literacy for health for body mass index. *Atención Primaria*, 46, 180-186. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714700885>
- Damásio, A. (2010). *Em busca de Espinosa: Prazer e dor na ciência dos sentimentos*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Decreto-Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto e Portaria nº 196- A/2010 de 9 de abril. Diário da República n.º 151/2009, Série I de 2009-08-06. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa-avancada/-/asearch/advanced/normal?types=SERIEI&tipo=%22Lei%22&numero=60/2009>
- Dias, S. (2009). *Comportamentos sexuais nos adolescentes: promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Direção-Geral de Saúde (2014). *Programa de Saúde Escolar*. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica.aspx>
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación*, 30, 1- 12.
- Faria, L., & Lima Santos, N. (2011). Questionário de Competência Emocional (QCE). In C. Machado, M. M. Gonçalves, L. S. Almeida & M. R. Simões (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (vol. I, pp. 67-80). Coimbra: Almedina.
- Fernandes, P. (2012). *Literacia em Saúde: Contribuição para o estudo de adaptação e validação do NVS – Newest Vital Sign*. (Dissertação de Mestrado). ISPA. Acedido em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2287/1/14921.pdf>
- Ferreira, J., & Jorge. A. (2008). Para a compreensão da adultez emergente em Portugal. *Psychologica*, 48, 159-173. Acedido em https://www.researchgate.net/profile/Joaquim_Ferreira5/publication/268034388_Para_a_compensao_da_aduldez_emergente_em_Portugal/links/546a6ae60cf2f5eb18077c3c/Para-a-compensao-da-aduldez-emergente-em-Portugal.pdf
- Flora, M.S, Rodrigues, R.F., & Paiva, M.C. (2013). Intervenções de educação sexual em adolescentes: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10),125-134. doi:10.12707/RIII1229
- Fredstrom, B. K., Rose-Krasnor, L., Campbell, K., Rubin, K. H., Booth-LaForce, C. & Burgess, K. B. (2012). Brief report: How anxiously withdrawn preadolescents think about friendship. *Journal of Adolescence*, 35(2), 451-454. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.05.005
- Gardner, H. (1995). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books

- Gentile, D. A., Lynch, P. J., Linder, J. R., & Walsh, D.A. (2004). The effects of violent video game habits on adolescent hostility, aggressive behaviors, and school performance. *International journal of adolescence and youth*, 27(1), 5-22.
- Goleman, D. (2014). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Gonçalves, M.I.S. da. (2015). *Estudo dos problemas emocionais e de comportamento em crianças descendentes de mães com doença afetiva*. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior. Ciências da Saúde. Covilhã. Acedido em file:///C:/Documents%20and%20Settings/Mena/Os%20meus%20documentos/Downloads/Dissertacao_M_Ines_Silva_Goncalves.pdf
- Graciano, M.M.C., Marcos, V.C., Júnior, H.S., & Lagos, V.C. do (2014). Saúde reprodutiva na adolescência: comunicação, funcionalidade da família e comportamento preventivo. *Adolesc. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, 3, 87-89. Acedido em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=451
- Guimarães, N.M., & Pasian, S.R. (2006). Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, 1, 89-97. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a11.pdf>
- Kerkoski, M. J. (2008). *Prática Desportiva e Inteligência Emocional – Estudo da Influência do Desporto na Aquisição de Aptidões e Competências de Inteligência Emocional*. Tese de Doutoramento em Estudos da Criança-Área de Educação Física, Lazer e Recreação. Braga: Universidade do Minho.
- Lantieri, L. (2008). *Building emotional intelligence: Techniques for cultivating inner strength in children*. Boulder: Sounds True.
- Lee, E.J., & Bukowsky, W. M. (2012). Co-development of internalizing and externalizing problem behaviors: Causal direction and common vulnerability. *Journal of Adolescence*, 35, 713-729. doi:10.1016/j.adolescence.2011.10.008.
- Lima Santos, N., & Faria, L. (2005). Inteligência emocional: Adaptação do *Emotional Skills and Competence Questionnaire* (ESCQ) ao contexto Português. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFP*, 2, 275-289. Acedido em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/668/1/275-289FCHS2005.pdf>
- Lindwall, M., Rennemark, M., Halling A., Berglund, J., & Hassmen, P. (2007). Depression and exercise in elderly men and women: findings from the Swedish national study on aging and care. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15, 41-55.

- Ljungholm, D. P. (2014). Emotional intelligence in organizational behavior. *Economics, Management, and Financial Markets*, 9(3), 128-133.
- Lopes, M.D.M. de (2012). *Hábitos de vida dos adolescentes: género, ano de escolaridade e prática de atividade física*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa: <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5153/1/Tese.pdf>
- Lopes, M.G.F. (2012). *Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos Sexuais de Alunos do Ensino Profissional*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1644/1/Maria_Lopes.pdf
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & (2012)). Ferreira R. Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Rev Enf Ref.*; 3(6), 157-166. Acedido em http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2530/1/RER_3_157-166.pdf
- Loureiro, L.N.J. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 4 - jan./fev./mar., 78-88. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn4/serlVn4a09.pdf>
- Luís, L.F.S. (2010). *Literacia em Saúde e Alimentação Saudável: Os novos produtos e a escolha dos alimentos*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4264/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Luis%20Francisco%20Soares%20Luis.pdf>
- Maia, M. F. M., Souza, B. V. O., D’Fonseca, M. C., Tolentino, T. M., & Vasconcelos-Raposo, J. J. B. (2010). Autoestima, bem-estar subjetivo e depressão em adolescentes praticantes e não praticantes de atividade física. *Coleção Pesquisa em Educação Física*, 9(5), 87-94.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (6ª Edição). ISBN: 9789899676343
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. Acedido em <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>

- Martins, H.C. & Shivaji, T. (2014). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2013. Departamento de Doenças Infecciosas (DDI) do INSA. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica (URVE) - European Programme for Intervention Epidemiology Training*. Direção-Geral da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP). Documento VIH/SIDA. Acedido em 145:<http://static.publico.pt/DOCS/sociedade/RelatorioSIDA2012.pdf>
- Martins, M.A. (2013). *“À Descoberta...” Um programa de promoção de competências sociais e emocionais*. (Dissertação de Mestrado). Universidade dos Açores. Acedido em <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/2045/1/DissertMestradoMonicaSofiaAmaralMartins2013.pdf>
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (2007). ¿Qué es la inteligencia emocional? In J. M. M., Navas, & P. F., Berrocal. (Coord.). *Manual de inteligencia emocional*. (pp. 25-45). Madrid: Anaya. (Originalmente publicado em 1997).
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1, 232-242.
- Monteiro, M.M.C.F. (2009). *A literacia em saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Acedido em <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1161>
- Nabiei, A., Karamafrooz, M. J., & Afsharnia, K. (2014). The comparison of emotional intelligence and hardiness in addicts and non-addicts. *Kwait Chapter of Arabian of Business and Management Review*, 3(7), 196-204.
- Nelas, P. (2010). *Educação Sexual em Contexto Escolar: uma intervenção contra a vulnerabilidade na vivência da sexualidade adolescente*. (Tese de Doutoramento). Aveiro: Universidade de Aveiro – Departamento de Ciências da Educação. Acedido em <http://ria.ua.pt/handle/10773/4656>
- Nery, I.S., Feitosa, J.J.M., Sousa, A.F.L., & Fernandes, A.C.N. (2015). Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. *Acta Paul Enferm.*; 28(3), 287-292. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0287.pdf>
- Oliveira, C.S.F. (2015). *A Educação Sexual de Jovens a viver em Meio Institucional: Desenvolvimento de um Programa de Educação Pelos Pares no âmbito do Projeto Nacional de Educação Pelos Pares da Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a Sida”*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Acedido em www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/comunicaçaooraluilmasouza2.pdf

- Oliveira, E.S.M. (2008). *Estudo Exploratório da Inteligência Emocional em Adolescentes*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Acedido em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3770/1/12540.pdf>
- Oliveira-Monteiro, N.R., de, Nascimento, J.O.G., Montesano, F., & Aznar-Farias, A. (2013). Competência, problemas internalizantes e problemas externalizantes em quatro grupos de adolescentes. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 18, 3, 427-436. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/pustf/v18n3/a09v18n3.pdf>
- Ollendick, T. H., King, N. J., & Muris, P. (2002). Fear and Phobias in Children: Phenomenology, Epidemiology, and Aetiology. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3): 98-106).
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Os enfermeiros e...Sexualidade, Adolescência e Saúde. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/%E2%80%9CSEXUALIDADE,ADOLESC%3%8ANCIAESA%3%9ADE.aspx>
- Organização Mundial de Saúde (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
- Ortega, F. B., Ruiz, J. R., Castillo, M. J., & Sjostrom, M. (2008). Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *International Journal of Obesity*. 32, 1-11. doi:10.1038/sj.ijo.0803774
- Pace, U., & Zappula, C. (2011). Problem Behaviors in Adolescence: The Opposite Role Played by Insecure Attachment and Commitment Strength. *Journal of Child Fam Stud*, 20, 854-862. doi 10.1007/s10826-011-9453-4.
- Parracho, M.H. (2016). *Atitudes e Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sexualidade: Intervenção do Enfermeiro de Família*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Aveiro. Acedido em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/17222/1/Atitudes%20e%20Conhecimentos%20dos%20Adolescentes%20sobre%20Sexualidade%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Enfermeiro%20de%20Fam%C3%ADla.pdf>
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). *Descobrimos regressão: com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Ramiro, L. (2013). *A educação sexual na mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes*. (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

- Acedido em
https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5862/1/Lucia_Ramiro_Dout.pdf
- Ramiro, I., Reis, m., Matos, M.G. de., Diniz, J.A., & e Simões, C. (2011) Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Rev Port Saúde Pública*; 29(1), 11-21. Acedido em <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2011-1/educa%C3%A7%C3%A3o%20sexual,%20conhecimentos,%20cren%C3%A7as,%20atitudes.pdf>
- Rauthmann, J. F., & Kolar, G. P. (2013). The perceived attractiveness and traits of the dark triad: Narcissists are perceived as hot, machiavellians and psychopaths not. *Personality and Individual Differences*, 54(5), 582-586.
- Reis, M., & Matos, M. (2007). Conhecimentos e atitudes face ao uso de métodos contraceptivos das ISTs em jovens. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 4 (1), 23-35.
- Ribeiro, A.M.M. (2011). *Saúde sexual e reprodutiva: conhecimentos e comportamentos de estudantes do 8.º ano ao 12.º ano do norte de Portugal*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Acedido em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3129/1/DM_14228.pdf
- Rogoff, B. (2012). *A natureza cultural do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Saarni, W., & P. Harris (2011). *Children's understanding of emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Santos, M.A.L.F.S. (2013). *Outdoor training como metodologia para potenciar a inteligência emocional nos alunos de segundo e terceiro ciclo do ensino básico*. Tese de Doutoramento. Universidade de Granada. Faculdade de Ciências da Educação. Departamento de Didática e Organização Escolar.
- Santos, M.J., & Figueiredo, A. (2015). Contraceção na Adolescência: Aconselhamento e linhas de orientação. *Revista Eletrónica de Educação e Psicologia*, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 4, 62-75. Acedido em http://edupsi.utad.pt/images/PDF/Revista4/Artigo_Cadolescencia_Final_12_Out.pdf
- Santos, M.J.O. (2017). *Saúde Sexual e Reprodutiva de Estudantes do Ensino Superior – Contributo para o desenvolvimento de programas de intervenção*. Tese de Doutoramento. Ciências da Enfermagem. Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/105488/2/201262.pdf>

- Santos, V.A. dos (2015). *Adolescência: uma fase de mudança*. Oficina de Psicologia. Acedido em <https://oficinadepsicologia.com/adolescencia-uma-fase-de-mudanca/>.
- Silva, H. et al. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, Vol. 43, 1, 8-15. Acedido em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/631/528>.
- Silva, H.M., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A.F., Lopes, A. & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátr Port*, 43 (1), 8-15.
- Silva, M.R.B., Santos, M.E., Silva, L.A., Figueiredo Filho, V., & Maturana, H.C.A. (2015). Porque elas não usam? um estudo sobre a não adesão das adolescentes ao preservativo e suas repercussões. *Saúde em Redes*; 1(4), 75-83.
- Simões, C. (2015). *Adolescentes e comportamentos de saúde*. Acedido em <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/769/1/Adolescentes%20e%20comportamentos%20de%20sa%C3%BAde.pdf>
- Siqueira, J.M.S., & Vendramini, C.M.M. (2012). Agressividade e inteligência na adolescência. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, Londrina, v. 3, 2, 215-232. Acedido em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v3n2/a06.pdf>
- Sørensen K, van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*; 12,80.
- Tambelli, R., Laghi, F., Odorisio, F., & Notari, V. (2012). Attachment relationships and Internalizing and Externalizing problems among Italian adolescents. *Children and Youth Services Review*, 34, 1465-1471. doi:10.1016/j.chidyouth.2012.04.004.
- Tanganho, C.S.M. (2015). *Inteligência Emocional, Atitudes Face à Escola e Sucesso Escolar: Estudo exploratório em alunos do 8º e 9º anos com diferentes percursos formativos*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora. Escola de Ciências Sociais. Departamento de Psicologia. Acedido em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/15907/1/Intelig%C3%A2ncia%20Emocional%20c%20Atitudes%20Face%20%C3%A0%20Escola%20e%20Sucesso%20Escolar%20-%20Estudo%20explorat%C3%B3rio%20em%20alunos%20do%208%C2%BA%20e%209%C2%BA%20anos%20com%20diferentes%20percursos%20formativos.pdf>

Anexos

Anexo I

Instrumento de recolha de dados

Instrumento de Colheita de dados

Sou uma enfermeira que trabalha no serviço de Urgência obstétrica e Ginecológica / Sala de Partos do Hospital São Francisco Xavier. Encontro-me a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetria e Ginecologia, na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Venho por este meio solicitar o preenchimento do instrumento de colheita de dados, por forma à concretização de um trabalho de investigação intitulado “ Competências Emocionais e Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva nos estudantes do Ensino Secundário”.

Por favor, não deixe nenhuma questão sem responder, nas questões que apresentam opções coloque um cruz (X) no quadro que melhor se adapta ao seu caso. A sua participação é determinante para a conclusão desta investigação. Agradeço desde já a sua colaboração.

Patricia José Sousa Freitas

PARTE I - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Idade ____ anos

2. Peso ____ kg

3. Altura ____ cm

4. Sexo

Feminino Masculino

5. Qual a área da tua residência?

Urbana Rural

6. Com quem vives?

Pais
 Pai ou Mãe
 Irmão (s)
 Avós
 Familiares
 Outros _____

7. Qual a situação familiar dos teus pais?

Pais casados ou em união de facto
 Pais solteiros, divorciados ou em separação de facto
 Mãe viúva
 Pai viúvo
 Ambos os pais falecidos

8 – Qual o nível de estudos dos teus pais?

Pai		Mãe
<input type="checkbox"/>	Sem instrução	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1º Ciclo do ensino básico (4ª classe)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2º Ciclo do ensino básico (ciclo)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3º Ciclo do ensino básico (9º ano)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ensino secundário (12º ano)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ensino superior	<input type="checkbox"/>

9 – Como classificas o nível do rendimento mensal do teu agregado familiar?

Baixo
 Médio Baixo
 Médio
 Médio Alto

10 - Qual o ano de escolaridade que frequentas? 10º 11º 12º

11 – Já reprovaste alguma vez?

Não

Sim

Se sim, quantas vezes _____

12 – Como é que te sentes em relação à escola, actualmente?

Gosto muito

Gosto

Não gosto nem desgosto

Não gosto

13 – Com que frequência te envolveste em brigas/lutas com colegas na escola, no último período?

Nunca

Uma ou duas vezes

Uma vez por semana

Várias vezes por semana

14 – O que pensas da tua imagem/aparência?

Magro demais

Um pouco mais magro do que deveria

Estou bem assim

Um pouco mais gordo do que deveria

Gordo demais

15 – Tens alguma religião?

Não

Sim, qual? _____

16 – A quem recorres quando necessitas esclarecer dúvidas sobre saúde sexual e reprodutiva?

Pais

Namorado(a)

Aos meus amigos

Aos profissionais de saúde

Livros / Internet

Outro, qual? _____

17 – Como avalias os teus conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva?

Bons

Muito Bons

Razoáveis

Insuficientes

Parte II

QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL Autor: Vladimir Taksic' (2000)

Adaptação Portuguesa: L. Faria & N. Lima Santos (2001)

Utilizando a escala que se segue, assinale com uma cruz (X), para cada afirmação, a alternativa de resposta adequada.

	A NUNCA	B RARAMENTE	C POUCAS VEZES	D ALGUMAS VEZES	E FREQUENTEMENTE	F SEMPRE				
1	Consigo manter-me de bom humor, mesmo que alguma coisa má aconteça.				A	B	C	D	E	F
2	Consigo exprimir os meus sentimentos e emoções em palavras.				A	B	C	D	E	F
3	Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição				A	B	C	D	E	F
4	Consigo manter-me de bom humor, mesmo quando os que me rodeiam estão de mau humor				A	B	C	D	E	F
5	Quando alguma coisa me desagrada, demonstro-o logo				A	B	C	D	E	F
6	Quando vejo como alguém se sente, geralmente sei o que lhe aconteceu				A	B	C	D	E	F
7	As experiências desagradáveis ensinam-me o que não devo fazer				A	B	C	D	E	F
8	Consigo facilmente arranjar maneira de me aproximar das pessoas de quem gosto				A	B	C	D	E	F
9	Consigo perceber a diferença, se os meus amigos estão tristes ou decepcionados				A	B	C	D	E	F
10	Quando alguém me elogia, trabalho com maior entusiasmo				A	B	C	D	E	F
11	Consigo facilmente descrever as emoções que estou a sentir				A	B	C	D	E	F
12	Consigo facilmente notar as mudanças de humor nos meus amigos.				A	B	C	D	E	F
13	Quando não gosto de uma pessoa, arranjo maneira de lho mostrar				A	B	C	D	E	F
14	Exprimo bem as minhas emoções				A	B	C	D	E	F
15	Consigo facilmente fazer feliz um amigo no dia do seu aniversário				A	B	C	D	E	F
16	Quando estou de bom humor, é difícil ficar mal disposto(a).				A	B	C	D	E	F
17	Consigo exprimir a forma como me sinto.				A	B	C	D	E	F
18	Ao observar uma pessoa junto de outras, sou capaz de descrever bem as suas emoções.				A	B	C	D	E	F
19	Quando estou de bom humor, todos os problemas parecem ter solução.				A	B	C	D	E	F
20	Consigo descrever o meu estado emocional actual.				A	B	C	D	E	F

21	Consigo perceber quando alguém se sente desanimado.	A	B	C	D	E	F
22	Quando estou com alguém que me admira, tenho cuidado com a forma como me comporto.	A	B	C	D	E	F
23	Posso afirmar que conheço bem o meu estado emocional.	A	B	C	D	E	F
24	Consigo descrever os sentimentos de uma pessoa a partir da expressão da sua cara.	A	B	C	D	E	F
25	Quando estou feliz e bem humorado(a), estudo e trabalho melhor.	A	B	C	D	E	F
26	O meu comportamento reflecte os meus sentimentos mais profundos.	A	B	C	D	E	F
27	Consigo detectar a inveja disfarçada nos outros.	A	B	C	D	E	F
28	Se eu quiser mesmo, consigo resolver problemas que parecem sem solução.	A	B	C	D	E	F
29	As pessoas são sempre capazes de descrever o meu estado de humor.	A	B	C	D	E	F
30	Percebo quando alguém tenta esconder o seu mau humor.	A	B	C	D	E	F
31	Consigo facilmente persuadir um amigo de que não há razões para se preocupar.	A	B	C	D	E	F
32	Normalmente sei as razões porque me sinto mal.	A	B	C	D	E	F
33	Percebo quando alguém se sente culpado.	A	B	C	D	E	F
34	Procuro moderar as emoções desagradáveis e reforçar as positivas.	A	B	C	D	E	F
35	Considero fácil manifestar carinho a pessoas do sexo oposto.	A	B	C	D	E	F
36	Percebo quando alguém tenta esconder os seus verdadeiros sentimentos.	A	B	C	D	E	F
37	Não há nada de mal com o modo como habitualmente me sinto.	A	B	C	D	E	F
38	Consigo nomear e descrever a maioria dos meus sentimentos.	A	B	C	D	E	F
39	Percebo quando alguém está em baixo.	A	B	C	D	E	F
40	Cumpro os meus deveres e obrigações com prontidão, em vez de estar a pensar neles.	A	B	C	D	E	F
41	Consigo reconhecer a maioria dos meus sentimentos.	A	B	C	D	E	F
42	Percebo quando o comportamento de alguém varia em função do seu humor.	A	B	C	D	E	F
43	Tento manter o bom humor.	A	B	C	D	E	F
44	Sei como surpreender de forma agradável cada um dos meus amigos.	A	B	C	D	E	F
45	No que me diz respeito, é normal sentir o que sinto agora.	A	B	C	D	E	F

Parte III

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Autor: Santos (2017)

Indicam-se abaixo algumas afirmações relativas ao **Conhecimento Sobre Saúde Sexual e Reprodutiva**. Diga qual o seu grau de concordância com cada uma delas, assinalando a opção que considera correta.

CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA		Verdadeira	Falsa	Não Sei
1	Os espermatozoides têm um tempo médio de vida no interior do aparelho reprodutor feminino de cerca de 72 horas			
2	O período de fertilidade do óvulo varia entre 4 a 5 dias após ovulação			
3	A pilula é um método abortivo porque impede a implantação no útero de um ovo já fecundado			
4	O 1º dia de um ciclo menstrual corresponde ao 1º dia da menstruação			
5	Os espermicidas são compostos por substâncias que eliminam a mobilidade dos espermatozoides			
6	Algumas infecções sexualmente transmissíveis podem ser transmitidas pela mãe ao bebê durante a gravidez e parto			
7	A mulher pode engravidar com maior facilidade entre o 11º dia e o 16º dia, a contar do primeiro dia da menstruação			
8	Na suspeita de uma gravidez, o teste de gravidez para ser fiável deve ser realizado 3 dias após a data prevista para a menstruação			
9	A pilula evita a gravidez, porque impede a ovulação através da ação hormonal			
10	A pilula pode piorar a tensão pré-menstrual e a dor relacionada com o período menstrual			
11	O diagnóstico das infecções sexualmente transmissíveis é fácil porque tem sintomas específicos e visíveis			
12	Quando o esquecimento da toma da pilula é inferior 24 horas, devemos continuar a tomar, incluindo o último comprimido esquecido, sem necessidade de um método adicional			
13	O prurido, ardor e dor ao urinar podem ser sintomas de uma infeção de transmissão sexual			
14	Logo que a rapariga começa a tomar a pilula fica imediatamente protegida contra uma gravidez não desejada			
15	A pilula reduz o risco de cancro do ovário e do endométrio			
16	Os vírus que infetam a área anogenital podem ser transmitidos durante o sexo vaginal, oral ou anal, ou durante o contacto íntimo de pele com pele			
17	Os antibióticos diminuem o efeito da pilula			
18	Uma pessoa que tem um teste de VIH positivo tem SIDA			

CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA		Verdadeira	Falsa	Não Sei
19	A utilização de um lubrificante adequado com o preservativo masculino reduz a probabilidade de ruptura durante o sexo anal			
20	O anel vaginal pode ser retirado durante a relação sexual e colocado até 6 horas depois, sem existirem problemas de contraceção			
21	O método do coito interrompido é eficaz na prevenção da gravidez			
22	As infeções de transmissão sexual estão relacionadas com situações de infertilidade			
23	O tratamento das infeções sexualmente transmissíveis, deve ser feito sempre aos dois parceiros sexuais mesmo quando não existem sintomas			
24	O preservativo feminino tem a mesma eficácia que o masculino na prevenção da gravidez e infeções sexualmente transmissíveis			
25	O risco de ter uma infeção sexual aumenta sempre que temos um novo parceiro sexual			
26	As infeções de transmissão sexual transmitem-se apenas numa relação sexual desprotegida com penetração			
27	O dispositivo intrauterino (DIU) é um método contraceptivo recomendado para jovens			
28	O anel vaginal é um método contraceptivo que ao ser colocado na vagina inibe a entrada dos espermatozoides			
29	Um único contato sexual é suficiente para uma pessoa adquirir uma infeção sexualmente transmissível			
30	O implante hormonal é um método contraceptivo de longa duração e pode ser usado em qualquer idade			
31	A contraceção de emergência (pílula do dia seguinte) deve ser utilizada quando existe uma suspeita de gravidez por atraso na menstruação			
32	A contraceção de emergência (pílula do dia seguinte) pode ser usada com segurança no máximo até 2 dias após relação sexual não protegida			
33	Uma das complicações das infeções sexualmente transmissíveis na mulher é a doença inflamatória pélvica			
34	É impossível adquirir uma infeção de transmissão sexual em casas de banho públicas ou ginásios			
35	A citologia vaginal (papanicolau) deve ser realizada anualmente por todas as mulheres com ou sem atividade sexual, a partir dos 18 anos			
36	Depois de uma relação sexual sem preservativo, deve ser realizado o teste para despiste de infeções sexualmente transmissíveis imediatamente			
37	O adesivo contraceptivo e o anel vaginal podem não ser eficazes em caso de vómitos e diarreia			

CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTVA		Verdadeira	Falsa	Não Sei
38	A vacinação contra o vírus do papiloma Humano (HPV) é importante para prevenir o cancro do colo do útero			
39	Os rapazes são biologicamente mais suscetíveis às infeções sexualmente transmissíveis do que as raparigas			
40	A vacinação contra o HPV está recomendada para mulheres a partir dos 18 anos			
41	A mulher pode engravidar se tiver relações sexuais 4 a 5 dias depois da ovulação			
42	O sexo oral desprotegido é menos arriscado do que o sexo vaginal desprotegido, relativamente à transmissão do VIH/SIDA			
43	A citologia vaginal (papanicolau), permite diagnosticar precocemente as infeções de transmissão sexual			
44	As infeções de transmissão sexual são fáceis de tratar e normalmente os sintomas não voltam a aparecer			

Anexo II

Parecer da Comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Viseu



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
Professor Doutor Carlos Pereira
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida nº 102
3500-843 Viseu

ASSUNTO: PEDIDO DE PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA SOBRE O ESTUDO/INVESTIGAÇÃO

O orientador/docente Manuela Ferreira e o estudante Patrícia Jose Sousa Freitas do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia no âmbito da unidade curricular de Relatório Final vêm solicitar a V. Exa. se digne submeter o pedido do estudo/ investigação sobre o tema "Competências Emocionais e Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva nos Estudantes do Ensino Secundário" à apreciação da Comissão de Ética da ESSV a fim de ser emitido parecer.

Para o efeito junta-se em anexo 1 o modelo "Dados do Projeto de Investigação" e em anexo 2 o instrumento de recolha de dados

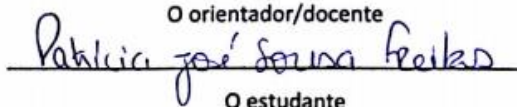
Nota: Nos casos de dados pessoais sensíveis, nomeadamente os dados de saúde, dados genéticos, dados da vida privada e/ou dados relativos à raça ou etnia, o tratamento só é permitido quando se verificarem as condições de legitimidade constantes do n.º 2 do art. 7º da Lei nº 67/98 (LPD) pelo que deve fazer prova de ter essa autorização.

Com os melhores cumprimentos,

Data 7 de Fevereiro de 2017

Pede Deferimento

O orientador/docente



O estudante

Anexo III

Pedido de autorização para a colheita de dados



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Presidente do
**Agrupamento de Escolas de Moimenta da Beira -
Professor Dr. Alcides Sarmento**
Rua Dr. João Lima Gomes, nº 3
3620 – 368 MOIMENTA DA BEIRA

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0348 07-FEB-'17

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna, Patrícia José Sousa Freitas, do 2º ano do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Competências Emocionais e Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva nos Estudantes do Ensino Secundário".

O principal objetivo do estudo centra-se em avaliar os conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva, nos estudantes do ensino secundário, e a sua relação com as suas competências emocionais e dados sociodemográficos.

A pertinência do estudo surge no sentido de identificar de que forma as competências emocionais se relacionam com o nível de literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva nos adolescentes, com o intuito de prepará-los para uma vivência saudável da sua sexualidade. Sendo, os programas de educação para a saúde em Contexto Escolar, uma oportunidade para fomentar um conhecimento que promova comportamentos seguros.

Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, nos meses de Fevereiro e Março do ano 2017.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados. Este será aplicado aos alunos do ensino secundário (10º, 11º, 12º) do vosso agrupamento.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Manuela Ferreira, é a responsável pela orientação da investigação, sendo a Professora Doutora Sofia Campos Co-orientadora, estando ambas disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.


O Presidente da ESSV


Professor Doutor Carlos Pereira

Na resposta indicar a vossa referência. Em cada ofício tratar só de um assunto

Anexo IV

Autorização para a aplicação da escala

Lima Santos <limasantosnelson@gmail.com>

Caixa de Entrada

Reencaminhou esta mensagem a 03-03-2017 08:28

Boa noite Patrícia!

Assim sendo, fale, por favor, com a Prof.^a Sofia Campos, que bem conhece as regras, pois ainda recentemente lhe disponibilizei o instrumento: se ela assumir a orientação, fica desde já autorizada a utilização do QCE.

Cumprimentos,

N. Lima Santos
Psicólogo - Prof. Universitário Aposentado

No dia 7 de fevereiro de 2017 às 00:08, Patricia Freitas <PatriciaEnfVR@hotmail.com> escreveu:
Caro Sr, Professor Dr.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a sua atenção e disponibilidade.

Aproveito para informar que o meu trabalho de investigação será orientado pela Professora Dr. Manuela Ferreira e pela Professora Dr. Sofia Campos. Sendo a Professora Sofia Campos psicóloga teria assim a supervisão de um Psicólogo, como referiu. Ambas as minhas orientadoras lecionam na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Desde já me disponibilizo para qualquer esclarecimento e se achar necessário posso solicitar a uma das professoras que lhe envie um mail com o pedido de utilização da escala.

Atenciosamente,

Patrícia Freitas