

Liliana Sofia Almeida Ferreira Rodrigues

Atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade

Mestrado em Enfermagem Comunitária



Janeiro de 2015

Liliana Sofia Almeida Ferreira Rodrigues

**Atitudes dos estudantes do ensino profissional face à
sexualidade**

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório Final sob a orientação:
Especialista Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade
Professor Doutor João Carvalho Duarte

Viseu

“A educação e o ensino são as mais poderosas armas que podes usar para mudar o mundo”.

Nelson Mandela

Agradecimentos

Nunca será demais agradecer a todos aqueles cujo contributo foi indispensável à realização deste estudo, deixando desde já sinceras desculpas se, por lapso, alguém foi omitido.

À professora Ana Andrade pela orientação, disponibilidade, motivação, olhar atento, críticas construtivas e rigor nas suas observações, que me permitiram manter de pé nesta caminhada;

Ao Professor Doutor João Duarte pela orientação, ensinamentos e tranquilidade transmitida sempre que eu achava que entre mim e os resultados havia uma relação inversa;

A todos os meus colegas, em geral e em particular à Sónia Amaral pela partilha, pelo ombro amigo e gargalhada contagiante, à Cristina Morgado pela partilha e apoio neste percurso, à Ana Cláudia Santos e Liliana Martins pela sincera amizade;

Às Escolas Profissionais que colaboraram com esta investigação e aos estudantes, que responderam ao instrumento de colheita de dados permitindo que este trabalho se concretizasse;

Às colegas da Unidade de Cuidados na Comunidade de Viseu, pela amizade, compreensão manifestada, mesmo nos momentos mais difíceis e por acreditarem que eu iria conseguir;

À minha família em especial aos meus queridos pais Aníbal e Auzenda, a quem devo a minha força, atitude e valores, e ao meu marido Bruno que, desde o dia em que me deu a mão nunca mais a largou.

A todos, bem-haja!

Resumo

Enquadramento – A sexualidade é vivida de forma individual, envolvendo as componentes biopsicossociais e contexto em que cada estudante se insere, o que interfere nas suas atitudes face à sexualidade.

Objetivos – Caracterizar as atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade. Analisar a relação entre variáveis sociodemográfica, académicas, familiares e de contexto sexual com as atitudes face à sexualidade.

Material e Método – Estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional. Amostra não probabilística de 281 estudantes de duas escolas de ensino profissional. O questionário inclui caracterização sociodemográfica, académica, familiar, Escala de Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES-II), Escala de Conhecimentos sobre as Infeções de Transmissão Sexual e Escala de Atitudes Face à Sexualidade.

Resultados – Predominam os rapazes (62.27%), com média de idades de 17.63 anos e 45.2% possuem bom ambiente familiar; prevalece a coesão familiar desmembrada (33.5%) e separada (35.6%); têm adaptabilidade familiar flexível (45.1%); sobressai a família meio-termo e equilibrada (31.1%). A maioria (59.8%) já iniciou a vida sexual, desses 38.7% aos 16 anos. O género, situação profissional e habilitações académicas dos pais, ter preservativo quando precisam e conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual interferiram nas atitudes dos estudantes face à sexualidade.

Conclusão – Os conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual e o tipo de família foram variáveis preditoras das atitudes face à sexualidade. Quanto melhor o tipo de família mais favoráveis as atitudes; quanto pior o tipo de família, mais fracos os conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual. O tipo de família influencia diretamente as atitudes e indiretamente os conhecimentos.

Palavras-chave: Adolescentes; sexualidade; atitudes; relações familiares.

Abstract

Background - Sexuality is experienced individually, involving the biopsychosocial components and context in which each student is inserted, which interferes in their attitudes towards sexuality.

Objectives - Characterize the vocational education students attitudes towards sexuality. To analyze the relationship between sociodemographic variables such as academic, family and sexual context with the attitudes towards sexuality.

Material and Methods - Quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational. Non probabilistic sample of 281 students coming from two vocational education schools. The questionnaire includes sociodemographic characteristics, academic, family, Cohesion and Family Adaptability Scale (FACES-II), Knowledge Scale on Sexually Transmitted Infections and Attitude Scale towards sexuality.

Results – Boys predominate (62.27%) with an average age of 17.63; 45.2%; have good family environment; dismembered family cohesion prevails (33.5%) as well as separated (35.6%); 45.1% have flexible family adaptability; Average and balanced families stands out (31.1%). Most 59.8% are already sexually active, 38.7% since the age of 16 years. Gender variables, employment status and educational attainment of parents, having condoms available when they need and knowledge about sexually transmitted infections interferes in students' attitudes towards sexuality.

Conclusion - Knowledge on sexually transmitted infections and the type of family structure were predictors of attitudes towards sexuality, the more favorable type of family, the better the attitudes; the less favorable type of family, the weaker knowledge about sexually transmitted infections. The type of family structure directly influences attitudes as it indirectly influences knowledge.

Keywords: Adolescence; sexuality; attitudes; family relationships.

Sumário

Lista de Figuras	I
Lista de Tabelas	III
Lista de Quadros.....	V
Introdução	17
1. Metodologia.....	29
1.1. Métodos	29
1.2. Participantes.....	33
1.2.1. Caracterização socio-espacial	33
1.2.2. Caraterização sociodemográfica e familiar da amostra.....	34
1.2.2. Caraterização dos participantes em função das variáveis académicas.....	37
1.3. Instrumento de colheita de dados	39
1.3.1. Questionário	40
1.3.2. Escalas.....	40
1.4. Procedimentos	56
1.5. Análise de dados	56
2. Resultados	61
2.1. Análise descritiva	61
2.1.1. Variáveis académicas.....	61
2.1.2. Variáveis familiares	62
2.1.3. Variáveis de contexto sexual	63
2.1.4. Atitudes face à sexualidade	65
2.1.5. Conhecimento sobre infeções de transmissão sexual	73
2.2. Análise inferencial	84
3. Discussão.....	97
3.1. Discussão metodológica.....	97
3.2. Discussão dos resultados.....	98
3.2.1. Relação entre atitudes face à sexualidade e variáveis pessoais (sociodemográficas)	98
3.2.2. Relação entre Atitudes face à sexualidade e variáveis académicas	99
3.2.3. Relação entre Atitudes face à sexualidade e variáveis familiares	100
3.2.4. Relação entre Atitudes face à sexualidade e variáveis de contexto sexual.....	102
4. Conclusão	105
Referências Bibliográficas	109

Anexos 115

Anexo 1 – Autorização para utilização das escalas

Anexo 2 – Parecer da Comissão de ética

Anexo 3 – Consentimento das Escolas para a aplicação do instrumento de colheita de dados

Anexo 4 – Consentimento para os pais/encarregados de educação

Anexo 5 – Instrumento de colheita de dados

Lista de Figuras

Figura 1 - Esquema conceptual de base	32
Figura 2 – Modelo final ajustado.....	94

Lista de tabelas

Tabela 1 - Estatísticas em relação à idade dos estudantes	34
Tabela 2- Caracterização sociodemográfica e familiar da amostra	37
Tabela 3- Relação entre o género e as variáveis académicas.....	39
Tabela 4- Valores de Alfa de Cronbach dos fatores e da escala global FACES II	47
Tabela 5 - Matriz de correlação de Pearson entre os fatores e o valor global da escala da FACES II	49
Tabela 6 - Relação entre o género e os temas relacionados com saúde, apresentados na escola.....	62
Tabela 7 - Relação entre o género e variáveis de contexto familiar.....	63
Tabela 8 - Estatísticas descritivas relativas à idade em que teve a primeira relação sexual.	63
Tabela 9 - Relação entre o género e variáveis de contexto sexual.....	65
Tabela 10 - Estatísticas descritivas relativas às atitudes face à sexualidade.....	65
Tabela 11 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes face à sexualidade	67
Tabela 12- Relação entre variáveis académicas e as atitudes face à sexualidade.....	68
Tabela 13 - Relação entre variáveis familiares e as atitudes face à sexualidade.....	70
Tabela 14- Relação entre variáveis de contexto sexual e as atitudes face à sexualidade	72
Tabela 15- Relação entre variáveis familiares e as atitudes face à sexualidade.....	73
Tabela 16 - Estatísticas descritivas relativas ao género e conhecimento sobre infeções de transmissão sexual.....	74
Tabela 17 - Relação entre variáveis sociodemográficas e conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual.....	75
Tabela 18 - Relação entre variáveis académicas e o conhecimento sobre infeções de transmissão sexual.....	76
Tabela 19- Relação variáveis familiares e o conhecimento sobre infeções de transmissão sexual.....	78
Tabela 20 - Relação entre ter iniciado vida sexual e o conhecimento sobre infeções de transmissão sexual.....	78
Tabela 21- Relação entre variáveis de contexto sexual e conhecimento sobre infeções de transmissão sexual.....	80

Tabela 22- Relação entre variáveis familiares e o conhecimento sobre infecções de transmissão sexual.....	81
Tabela 23 - Influência do gênero nas atitudes face à sexualidade.....	84
Tabela 24 - Influência da idade e da zona de residência nas atitudes face à sexualidade....	85
Tabela 25 - Influência do continente de origem nas atitudes face à sexualidade.....	85
Tabela 26 - Influência do ano de escolaridade nas atitudes face à sexualidade.....	86
Tabela 27 - Influência da situação e das habilitações literárias dos pais nas atitudes face à sexualidade.....	87
Tabela 28 - Influência da situação profissional do pai nas atitudes face à sexualidade.....	87
Tabela 29 - Influência da situação profissional da mãe nas atitudes face à sexualidade.....	87
Tabela 30 - Influência de já ter tido relações sexuais nas atitudes face à sexualidade.....	88
Tabela 31 - Influência de relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas nas atitudes face à sexualidade.....	88
Tabela 32 - Influência da recusa em ter relações sexuais por falta de preservativo nas atitudes face à sexualidade.....	89
Tabela 33 - Influência da toma da pílula do dia seguinte nas atitudes face à sexualidade....	89
Tabela 34 - Influência do tipo de família nas atitudes face à sexualidade.....	90
Tabela 35 - Influência do agregado familiar nas atitudes face à sexualidade.....	90
Tabela 36 - Influência do número de irmãos nas atitudes face à sexualidade.....	90
Tabela 37 - Influência do ambiente familiar nas atitudes face à sexualidade.....	91
Tabela 38 - Influência da idade da primeira relação sexual nas atitudes face à sexualidade.....	91
Tabela 39 - Influência educação sexual nas atitudes face à sexualidade.....	91
Tabela 40 - Influência dos conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual nas atitudes face à sexualidade.....	92
Tabela 41 - Correlação de Pearson entre as atitudes face à sexualidade e variáveis independentes.....	93

Lista de Quadros

Quadro 1 -Conceitos relacionados com a Coesão Familiar e respetivos itens da Escala	42
Quadro 2 - Conceitos relacionados com Adaptabilidade e respetivos itens da Escala	42
Quadro 3 - Interpretação linear da FACES II	43
Quadro 4 - Consistência interna da escala FACES II	44
Quadro 5 - Consistência interna por fatores	46
Quadro 6 - Correlação dos itens com os fatores e com o valor global da FACESII	48
Quadro 7 - Consistência Interna da Escala de Atitudes Face à Sexualidade.....	51
Quadro 8 - Correlação de Pearson entre os fatores da escala AFSA	52
Quadro 9 - Consistência interna da escala de Conhecimentos sobre as Infeções de Transmissão Sexual.....	54
Quadro 10 - Regressão múltipla entre as atitudes face à sexualidade (total) e as variáveis independentes.....	94

Introdução

Atualmente, assistimos a transformações sociais que influenciam diretamente os comportamentos e as atitudes dos adolescentes. Esta etapa da vida, de construção de valores, em que a maturidade está em consolidação, é igualmente um período de adoção de muitos comportamentos nocivos à saúde.

Até há pouco tempo, eram escassos os estudos nacionais sobre a sexualidade dos adolescentes portugueses e os existentes demonstravam, a *grosso modo*, uma visão mitificada sobre os comportamentos sexuais dos adolescentes e os seus, supostamente negativos, comportamentos preventivos. Todavia, nos últimos anos, têm sido produzidos vários estudos de natureza maioritariamente descritiva, com recurso a metodologias quantitativas e qualitativas, com um contributo significativo sobre o tema, confirmando o que se suspeitava e revelando aspetos da realidade juvenil nestas áreas de vida e de crescimento (Matos, Ramiro, Reis, Diniz & Simões, 2011).

Em conformidade com os autores citados, estes estudos têm confirmado significativas mudanças nos comportamentos sexuais dos adolescentes, sobretudo, no que se refere aos comportamentos femininos, evidenciando-se um processo de convergência comportamental entre os rapazes e as raparigas. De igual modo, têm sido indicadores dos sucessos e das exiguidades dos programas desenvolvidos por entidades governamentais e não-governamentais nestes assuntos.

O Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA, definido como prioritário pelo Governo Constitucional, vem alertar a importância para a prevenção da transmissão da doença, visto ser uma reconhecida ameaça ao desenvolvimento social e económico pelas implicações a nível social mas também da Saúde.

A adolescência possibilita a experiência da autonomia, a formação das características individuais e a aquisição de normas de conduta e de valores que estão na base da definição da personalidade do indivíduo, cujas alterações biopsicossociais se evidenciam ao nível fisiológico, cognitivo, afetivo, social e moral (Afonso, 2011).

Trata-se, analogamente, de uma fase complexa e de notável risco para a saúde (Torres, 2007). Todavia, pode igualmente ser um tempo por excelência para a realização de intervenções da promoção de saúde e de estilos de vida saudáveis. A saúde nos adolescentes assume-se como uma área de preocupação, na medida em que, neste período, verifica-se uma propensão para comportamentos de risco, entre os quais se destacam o comportamento sexual inseguro (Afonso, 2011).

Neste âmbito, refere-se que o início da atividade sexual na adolescência acontece em idades cada vez mais precoces e a sua prática regular abarca um número bastante significativo de adolescentes. Esta alteração no comportamento sexual é o resultado das transformações operadas ao nível dos valores que remontam aos anos 60 do século XX, mais concretamente com o aparecimento da pílula anticoncepcional (Torres, 2007). Este contraceptivo possibilitou que o sexo, intrinsecamente ligado à função reprodutiva, passasse a ser visto sob a ótica do prazer (Neiverth & Alves, 2002).

A conduta sexual assume-se como um dos comportamentos humanos mais expressivos em qualquer faixa etária ao longo do ciclo vital. Em cada período da vida, um indivíduo tem características singulares e distintas, influenciadas por fatores bio fisiológicos e psicossociais. Tendo em conta esta ótica, na adolescência, no que se refere à sexualidade, ocorrem processos de transformação e de maturação que marcam a personalidade do indivíduo. Inicia-se com a puberdade, caracterizada por modificações morfológicas e psicológicas. Para além das alterações biológicas, face às quais o adolescente se confronta com o corpo em transformação ao nível da estatura, peso, distribuição de massa adiposa, problemas na pele, mudança de traços fisionómicos e mudanças relacionadas com o advento de características sexuais secundárias (peito, pelos púbicos, voz), essas alterações também se fazem sentir ao nível afetivo, cognitivo e social (Afonso, 2011).

Neste sentido, pode dizer-se que a sexualidade é parte integrante da vida, vivenciada de forma singular, envolvendo aspetos individuais, sociais, psíquicos e culturais, com uma grande carga histórica, práticas sociais, atitudes e simbologias. Depende de fatores psicosexuais que abrangem o desenvolvimento da personalidade e os comportamentos sexuais, mormente: a identidade de género, cujo estabelecimento ocorre de forma muito precoce na infância (Sehnm, Pedro, Budo, Silva & Ressel, 2014). A vivência da sexualidade resulta ainda de experiências com os familiares, com os pares e de fenómenos culturais; a identidade sexual (padrão determinado pelas características biológicas e sexuais); a orientação sexual (que descreve o objeto dos impulsos sexuais); o comportamento sexual (que abrange o desejo e as fantasias) e a procura de parceiros (Pereira, 2006).

Importa ressaltar que a sexualidade é um conceito muito abrangente, que abarca diversas dimensões do ser humano de forma individual e na relação com outros. Assim sendo, a sexualidade é vivida por cada adolescente de forma diferente, em função das suas experiências individuais, dependendo das aprendizagens adquiridas ao longo do seu processo de desenvolvimento e na interação com o meio envolvente (Pereira, 2006).

A primeira relação sexual assume-se como um dos motivos para o comportamento sexual desprotegido entre adolescentes, uma vez que não pensam na existência do risco de gravidez e de infeções sexualmente transmissíveis. Contudo, há adolescentes que se demonstram conscientes do problema. Para estes, o uso do preservativo é prioridade, fazendo parte de um comportamento saudável (Romero, 2011).

Alguns estudos têm demonstrado que os adolescentes iniciam a sua atividade sexual precocemente, situando-se a média entre os 13 e os 15 anos de idade. A título exemplificativo, no Canadá, num estudo com adolescentes do sexo feminino, na faixa etária dos 15-19 anos, demonstrou que um número significativo de adolescentes que teve relações sexuais antes dos 15 anos (Langille, Asbridge, Flowerdew & Allen, 2010). Um outro estudo realizado com estudantes do ensino secundário dos Estados Unidos da América concluiu que a maioria dos adolescentes tinha iniciado a sua vida sexual antes dos 13 anos de idade (March & Serdar, 2010). Um estudo grego, com adolescentes que frequentavam 20 escolas secundárias públicas, verificou que um número substancial de raparigas e de rapazes já tinha tido relações sexuais aos 14 anos de idade (Tsitsika & Greydanus, 2010). Em Portugal, destacam-se alguns estudos os quais demonstraram que a idade da primeira relação sexual parece não estar distante da dos restantes países mundiais, cuja média de idade de início da vida sexual, ocorreu por volta dos 14-15 anos (Correia, 2004; Afonso, 2011).

Um outro estudo, com adolescentes portugueses, revelou que os rapazes frequentemente têm a primeira relação sexual mais cedo, ou seja, entre os 12 e os 13 anos (Matos, Ramiro & Reis, 2013). Dos que atualmente têm um relacionamento, afirmam que incluem as relações sexuais 24 horas ou menos, ou entre um dia e uma semana depois de terem iniciado o relacionamento. Todavia, em conformidade com a mesma investigação, também são os rapazes a referir que o relacionamento demorou mais de um ano e que usam sempre o preservativo. Os rapazes admitiram que tiveram mais frequentemente relações sexuais com outra pessoa para além da namorada, relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou de drogas e mais parceiras sexuais ao longo da vida (mais de dez) ou referem não saber o número ou mesmo que não se lembram. Por sua vez, as raparigas tiveram, com mais frequência, até três parceiros sexuais ao longo da vida e fizeram teste de despistagem de VIH/SIDA, quando já tinham tido relações sexuais. Estas adolescentes têm mais conhecimentos não só face à pílula contraceptiva e à pílula do dia seguinte, mas também em relação às infeções transmissíveis sexualmente e aos modos de transmissão do VIH/SIDA. Apresentam uma atitude mais tolerante em relação aos portadores de VIH/SIDA e mais competências preventivas, comparativamente aos rapazes (Matos, Ramiro & Reis, 2013).

A embriaguez facilita a atividade sexual sem proteção e, conseqüentemente, a exposição a infecções sexualmente transmissíveis. A falsa crença de que o álcool proporciona prazer sexual leva ao seu consumo antes e durante o ato, constituindo um fator de risco para as infecções sexualmente transmissíveis. O uso de álcool, neste contexto, diminui a capacidade de distinguir os riscos desta prática, aparecendo associado ao início de atividade sexual precoce, à multiplicidade de parceiros e ao sexo casual (Cardoso, Malbergie, & Figueiredo, 2008).

Outro fator importante é a relação dos adolescentes com a família, que se revela fulcral no seu desenvolvimento. A família assume um papel basilar no desenvolvimento global do adolescente, cujos fatores associados influenciam a educação, a socialização, a prestação de cuidados, a transmissão de crenças e de valores e, de um modo geral, a saúde e o bem-estar dos seus elementos. Ainda que nesta fase os adolescentes tenham a propensão para dilatarem os horizontes, os pais continuam a ser a sua principal base de apoio para as questões de proteção e segurança e para problemas escolares e de saúde (Braconnier & Marcelli, 2007).

Deste modo, a família surge como fator de proteção ou de risco nos comportamentos saudáveis e de risco nos adolescentes (Camacho, 2011). A mesma autora faz referência a um estudo de Beal, Ausiello e Perrin (2001), onde se constatou que o grupo de pares é o melhor preditor para os comportamentos de risco para a saúde nos adolescentes. A influência dos pais, por norma, está associada a diferenças no consumo de álcool, enquanto os pares influenciam vários comportamentos de risco para a saúde, como o consumo do álcool e tabaco, atividade sexual de risco ou o consumo de substâncias. Neste sentido, salienta-se que a relação que os adolescentes têm com os seus pais poderá ser um fator proeminente da opção do adolescente por um estilo de vida saudável. A comunicação e o apoio parental podem ser fontes alternativas do apoio do grupo de pares e agir como fator de proteção para os comportamentos de risco e, analogamente, proporcionar um melhor ajustamento (Camacho, 2011).

A necessidade de pertença e de reconhecimento, por parte do grupo de pares, induz uma influência bilateral no que respeita às ações grupais. É no grupo que o adolescente procura informação relacionada com a temática da sexualidade. Os adolescentes referem sentir-se muito à vontade para falar com amigos e colegas. As fontes eleitas de informação sobre sexualidade e VIH/SIDA são panfletos, internet e o companheiro(a) (Matos, Ramiro, & Reis, 2013)

Assim, à medida que a idade avança e a natureza vai transformando crianças em adolescentes e jovens, a família vai perdendo o seu papel de conselheiro, sendo na escola e

no grupo de pares que o jovem procura informação. Ao longo do crescimento, a aprendizagem é feita, espontaneamente, através de modelagem, primariamente na família e posteriormente no grupo de amigos e de uma forma mais estruturada na comunidade e escola. Intervir no indivíduo é intervir nos seus contextos, sendo a Saúde Escolar um campo por excelência de intervenção. Posto isto, é indispensável a consciencialização dos pais, escola, profissionais de saúde e comunidade em geral, para a promoção de atividades que determinem um estilo de vida ativo e reduzam comportamentos e atitudes de risco face à sexualidade nos adolescentes, enfatizando-se as medidas de promoção de saúde e prevenção da doença. O Programa de Saúde Escolar (PNSE, 2014) define, entre outras, como áreas de intervenção prioritária a promoção dos afetos e da educação para a sexualidade, alertando para a importância da capacitação das crianças e jovens na adoção de comportamentos seguros e no desenvolvimento da sua relevância. A intervenção na área da sexualidade deverá ter por base o disposto na Lei n.º 69/2009, de 6 de agosto, regulamentada pela Portaria n.º 196/2010, de 9 de abril (DGS: PNSE, 2014).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) reforça a importância da gradual responsabilização dos jovens pelas suas escolhas em saúde, através do desenvolvimento de competências pessoais e sociais de autodeterminação, prevenindo o risco e promovendo a igualdade de género (DGS: PNSIJ, 2013).

A promoção da literacia, em saúde sexual e reprodutiva, tem vindo a ser associada a uma menor adoção de comportamentos sexuais de risco e a uma vivência mais responsável da sexualidade, bem como das relações interpessoais (Sampaio, Baptista, Matos, & Silva, 2007).

A sexualidade é parte integrante da pessoa humana desde o nascimento até a morte e abrange uma conotação biológica, psicológica e social. Biológica, porquanto o ser humano tem um organismo e é sexuado; psicológica relativamente a identidade de género, orientação sexual, autoimagem, relações afetivo-sexuais; e social devido aos valores, comportamentos, normas e modelos (Freire, 2012). Ao longo da vida a sexualidade envolve processos de aprendizagem em diversos contextos e domínios, que vão passar por experiências individuais ou coletivas enquanto seres sexuados, por crenças e conceções construídas de forma espontânea e por saberes, que tem origem na prática educativa, e que apelam à sua consciencialização (Piscalho & Leal, 2012).

Freud afirmava que a sexualidade humana se regia por instintos e impulsos. Já Erickson contradizia Freud afirmando que o ser humano socializado podia controlar os seus instintos e os seus impulsos. Bancroft (n.d.) apontava o quanto é importante o papel dos pais na modelação dos comportamentos sexuais (Freire, 2012).

O termo sexualidade envolve as emoções, os comportamentos e as atitudes, no que se refere aos padrões sociais e pessoais relacionados com as relações físicas íntimas, ao longo da vida de um indivíduo (Sprinthall & Collins, 2008).

A sexualidade é vista como um fator integral da identidade de cada indivíduo, alcançando maturidade ao longo da vida. Não é sinónimo de sexo, mas resultado da interação de variados fatores, tais como: biológicos, psicológicos e ambientais, sobre o indivíduo (Freire, 2012). Assume uma função biológica que se refere à capacidade de procriar, de dar e receber prazer. A mesma autora refere que “o autoconceito, a identidade psicosexual e a identidade de cada um são fatores que se relacionam com o sentido individual interno da sexualidade e traduzem-se na imagem corporal, identificação com o sexo masculino – homem – ou com o sexo feminino – mulher, bem como com a aprendizagem dos papéis socialmente estabelecidos para ambos os sexos” (Freire, 2012, p. 37).

Desde os primeiros anos de vida, ocorrem manifestações de sexualidade não eróticas, não no sentido da sexualidade adulta mas de origem sexual, que surgem de forma diferente nos dois sexos, ligados ao temperamento, à afetividade e à personalidade, os quais evoluem ao longo do tempo. Assim, a forma como os adolescentes encaram a sua sexualidade depende necessariamente de experiências anteriores, da forma como as vivenciam e as percebem, dependendo, sobretudo, da informação e da educação que lhes é transmitida e que assimilam de uma forma única e pessoal (Sprinthall & Collins, 2008).

A adolescência tem fases heterogêneas relativamente a pulsões e a posições do ego (Sousa, 2009). Nesta fase, dá-se a perda das dependências familiares, emocionais e afetivas, e há mudança das relações objetivas em relação aos pais, revelando-se como principal objetivo a autonomia. As mudanças no *Self* e nas representações objetivas são graduais e contínuas, contribuindo aspetos infantis e atuais da relação “o trabalho de individualização do adolescente está relacionado com ambos os aspetos infantis e contemporâneos” (Fleming, 2010, p. 23).

Quanto à contribuição, nesta área, Braconnier e Marcelli (2007) defendem que a procura de identidade leva o adolescente a rejeitar os pais, tentando libertar-se de identificações infantis e da autoridade parental; os pares, a escola e outras instituições têm aqui um papel importante. A formação da identidade só é possível perante uma separação interna e de distância física face aos pais, revelada por comportamentos autónomos, em que o adolescente experimenta papéis e adquire capacidades e compromete-se com uma ocupação ou ideologia. No entanto, é necessário que o adolescente viva um período de

questionamento e experimentação em vários contextos sociais, para que se possa envolver em tais compromissos.

Numa perspectiva interacionista, ou seja, acerca da interação pais e adolescentes e o seu meio, as ideias existentes derivam de teorias sistêmicas sobre a família. São realçados processos interativos dentro da família, inter e intra geracionais, relacionados com a autonomização do adolescente (Braconnier & Marcelli, 2007).

Durante a adolescência, os fatores que têm maior peso e que parecem ter na construção da identidade sexual são a família e o grupo de pares. Os pares influenciam a sexualidade do adolescente através da transmissão de normas mais permissivas ou restritivas pelo modelo de comportamento que fornecem. A família, sobretudo a qualidade da relação mãe-filho é um importante preditor do comportamento sexual do adolescente, tal como a ausência dos pais e pouca supervisão por parte de adultos (Braconnier & Marcelli, 2007).

É nas relações de namoro que os adolescentes vão viver a sexualidade. O erotismo e a sexualidade são os elementos básicos das relações de afeto entre os adolescentes. Os adolescentes percebem a atividade sexual pré-matrimonial como o que regula a relação com os pares, mesmo que venha a desafiar a moral que os pais lhes inculcaram. A sexualidade na adolescência deve ser entendida como parte integrante do processo de desenvolvimento da personalidade (Vilar & Gaspar, 2010).

A sexualidade na adolescência integra-se no conjunto de transformações que constituem a própria adolescência, transformações essas que são provocadas pelo desenvolvimento sexual e tornam possível a prática da sexualidade. O comportamento sexual dos adolescentes é um comportamento que procura significados. A experiência sexual constrói-se progressivamente no desenvolvimento da adolescência e constrói-se sob a influência das normas sociais mutáveis.

Tendo-se como ponto de partida todo o processo de desenvolvimento na adolescência e mais concretamente a sua atracção pelo risco, aborda-se a temática dos comportamentos sexuais de risco. A adolescência é uma fase de risco, ou seja, um período de vida difícil e turbulento, onde as inúmeras remodelações do sistema psíquico e a precariedade do sistema adaptativo constituem importantes fatores de risco.

Existem vários motivos que coagem um adolescente a adotar comportamentos de risco face à sexualidade, destacando-se os fatores económicos, as características da comunidade, a estrutura familiar, a influência dos pares, as características biológicas, a relação com a escola, as perturbações emocionais e as crenças e atitudes sobre sexualidade (Nelas, 2010). Vários estudos mostram que são os adolescentes menos

esclarecidos que iniciam a vida sexual mais precocemente adotando comportamentos mais promíscuos, com os rapazes a iniciarem-se sexualmente primeiro que as raparigas, sem alteração significativa da idade da primeira relação sexual (Nodin, 2001, cit. por Nelas, 2010).

Na adolescência, pelas alterações sociopsicológicas inerentes ao desenvolvimento, surgem os comportamentos de risco, como, por exemplo, não ponderar a escolha de um ato mais seguro, nem procurar adequadamente os meios de informação. Estes comportamentos revelam-se mais intensamente e com atitudes específicas de maior incidência nos rapazes do que nas raparigas (Braconnier, 2006).

Atendendo ao facto dos adolescentes sobrevalorizarem a capacidade do corpo para o prazer/excitação, existe um maior risco de que informações sobre a sexualidade, reprodução e métodos contraceptivos sejam esquecidas ou se tornem irrelevantes quando ocorrem as experiências sexuais. Os perigos de transmissão de HIV, infeções sexualmente transmissíveis e de gravidez indesejada são óbvios (Matos, 2008).

Os fatores de risco são vistos como as circunstâncias que podem aumentar a probabilidade dos adolescentes se implicarem em comportamentos de risco (Alves, 2010). A mesma autora refere que, numa perspetiva sistémica, as condições que levam a comportamentos de risco não são percecionadas em termos de causa-efeito, mas como algo que leva os adolescentes a envolver-se em tais comportamentos. Estes existem a nível individual e a nível dos sistemas de que o adolescente faz parte, nomeadamente: o grupo de pares, a família, a escola e a comunidade (Hawkins, Lishner & Catalano, 1985. cit. por Alves, 2010). Deste modo, são as características de cada um destes sistemas que moldam as experiências de vida do adolescente e influenciam os seus comportamentos, tornando-se importante que tais características se revistam de aspetos positivos, de forma a constituir-se como fatores protetores, facilitadores do seu desenvolvimento saudável (Alves, 2010).

Um estudo realizado por Nodin, com adolescentes portugueses, demonstrou a existência de diferenças entre os valores das crenças comportamentais, no âmbito sexual, das raparigas para os rapazes, ou seja, as raparigas estão mais conscientes face ao risco sexual do que os rapazes. Como tal, as raparigas desta amostra terão maior probabilidade de ter comportamentos saudáveis no que diz respeito à sua saúde sexual e reprodutiva. O autor concluiu que a percepção do risco pode ser tida como a avaliação do adolescente face à possibilidade de colocar em causa a sua saúde. Por conseguinte, constatou que a vulnerabilidade percebida é um reflexo dos comportamentos preventivos. Desta forma, percebe-se qual o motivo que leva os indivíduos, que se envolvem em comportamentos de

risco, a referir uma maior probabilidade de contraírem determinadas infeções ou mesmo uma gravidez indesejada (Nodin, 2001, cit. por Alves, 2010).

Embora as tendências do comportamento sexual dos adolescentes sexualmente ativos sejam mais positivas nos últimos anos, porque o uso de métodos contraceptivos tem aumentado, a contraceção nem sempre é considerada como um assunto prioritário pelos adolescentes no início da sua vida sexual e ainda há muitos que não os utilizam ou o fazem de forma inconsistente ou incorreta (Parkes, Wight, Henderson & Hart, 2007).

Os adolescentes podem ter recebido informação/formação acerca dos métodos anticoncepcionais e a importância da prática de sexo seguro mas, nem sempre significa que a usem. Há adolescentes que referem que devem usar o preservativo, mas quando chega a ocasião esquecem-se. A falta de capacidade para negociar a abstinência ou o uso de preservativo e para falar com o parceiro sobre sexo, a percepção de que o risco é baixo e as circunstâncias em que ocorre o encontro (inesperado, indisponibilidade de preservativo) podem levar a que se envolva em relações sexuais não protegidas. O preservativo foi o anticoncepcional mais utilizado na primeira relação sexual. Todavia, apuraram que uma preocupante minoria dos participantes não utilizaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual, assumindo-se como um comportamento sexual de risco e, conseqüentemente, uma ameaça à saúde física e social dos adolescentes. Por sua vez, foram os adolescentes que tiveram a primeira relação mais precocemente os que mais referiram não ter utilizado preservativo. À medida que aumenta a idade com que iniciam a atividade sexual, aumenta a percentagem de adolescentes que usam anticoncepcionais (Ferreira & Torgal, 2011). Deste modo, estes dados corroboram outros estudos que apontam para o facto de o início precoce da atividade sexual não estar associada a uma educação sexual consistente, nem a um conhecimento da fisiologia ou dos aspetos biológicos do sexo ou da reprodução, mas sim estar relacionado com sexo não protegido na primeira relação (Gómez, Sol, Cortés & Mira, 2007).

No estudo supracitado, foi também constatado que dos adolescentes que afirmam ser sexualmente ativos, a frequência das relações variou entre menos de uma por mês a seis por semana, tendo sido as raparigas a referir ter mais relações sexuais. A maioria dos adolescentes sexualmente ativos afirmou que usava métodos anticoncepcionais, sendo o preservativo o mais utilizado sendo eu uma menor percentagem dos inquiridos usam o preservativo e a pílula. Atendendo ao risco de infeções sexualmente transmissíveis, constatou-se que uma preocupante percentagem de adolescentes não utilizou preservativo nas suas relações sexuais. O número de parceiros sexuais variou entre 1 e 9, tendo a maioria dos adolescentes referido só ter tido um. Os rapazes tiveram mais parceiras, enquanto a maioria das raparigas menciona que só teve um e nenhuma teve mais de três.

Todavia, não houve diferenças quanto ao número de parceiros em função da idade (Ferreira & Torgal, 2011). Os autores concluíram que não existem diferenças entre géneros, nem entre o ano de escolaridade e o uso de anticoncepcionais. Fazendo uma comparação destes resultados com os de outros autores (Matos, 2003; Vesely, Wyatt, Oman, Aspy, Kegler & Rodine, 2004) que questionaram adolescentes sobre a utilização de métodos contraceptivos na última relação sexual, verifica-se que estão em conformidade na medida em que a maioria dos adolescentes usam métodos contraceptivos e o preservativo continua a ser o método mais utilizado.

Uma ínfima percentagem de adolescentes do sexo feminino, já contraiu uma infeção sexualmente transmissível (Ferreira & Torgal, 2011). A este propósito, salvaguarda-se que a OMS (2004) refere que os adolescentes muitas vezes não procuram os cuidados de saúde porque não se apercebem que tem uma infeção sexualmente transmissível, por vergonha ou por não terem acesso aos serviços. Estes dados corroboram os de outros estudos que reportam que a maioria ou quase a maioria das raparigas é monogâmica e que este facto é significativamente mais comum nas raparigas (Sikkema, Brondino, Anderson, Gore-Felton, Kelly & Winett, 2011). No entanto, diferem dos de outros que reportam que o número de companheiros sexuais aumentava com a idade dos adolescentes (Vesely et al., 2010).

Importa salientar, neste contexto, que de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a formação para a sexualidade associa-se com a promoção de bem-estar físico, emocional e social e não só ligada à prevenção de doenças e contraceção. Assim, formar os adolescentes para uma sexualidade responsável implica que se aborde o conhecimento do corpo, de comportamentos, de atitudes e hábitos que o valorizem, falar do relacionamento com os parceiros amorosos, facultando ao adolescente o desenvolvimento de um pensamento crítico, que lhe possibilite debater o que está em causa nas questões de sexualidade e do relacionamento interpessoal, abarcando as questões de género (Nelas, 2010).

As transformações sócio económicas têm-se também refletido a nível do ensino. O ensino liceal, outrora tão prestigiado, tem vindo a perder terreno em detrimento do ensino profissional. Perante o contexto socioeconómico e tecnológico atravessado, constata-se uma importância crescente do ensino técnico profissionalizante, que permite não só habilitações académica com melhores qualificações possibilitando o acesso ao ensino superior, mas também uma preparação para ingresso no mercado de trabalho através de uma certificação profissional. Constitui ainda uma alternativa para os jovens que não pretendem, ou que por circunstâncias socioeconómicas não podem, ingressar no ensino superior. A progressão dos estudos é realizada através de um sistema “modular”, em que o estudante deverá realizar pequenos conjuntos de aprendizagens e não por disciplinas

anuais. Este método de aprendizagem pretende potenciar as competências e manter a motivação dos alunos (Madeira, 2006; Azevedo, 2010). A faixa etária destes estudantes encontra-se na adolescência, sendo portanto, uma idade por excelência de capacitação e coresponsabilização no seu projeto de saúde, por conseguinte é uma etapa da vida que importa investigar para melhor intervir.

Assim sendo, ganha relevância estudar quais as atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade, a fim de se poder intervir junto desta população, através de programas de educação para a saúde, em parceria com outros agentes educativos.

Neste sentido, formulou-se a seguinte questão:

Quais as atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade?

Decorrente da questão de investigação formulada, delineamos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita:

- Avaliar as atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade;
- Identificar as variáveis pessoais (sociodemográficas) e académicas, que interferem nas atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade;
- Determinar a influência das variáveis de contexto familiar nas atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade;
- Analisar a relação entre as variáveis de contexto sexual e as atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade;
- Identificar as variáveis preditoras das atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade.

Como instrumentos de colheita de dados utilizámos o questionário, que possibilita recolher os dados sociodemográficos, académicos e familiares dos participantes. Utilizámos também escalas, nomeadamente: a Escala de Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES-II) (Otilia Fernandes, 1995), a Escala de Conhecimentos sobre as Infeções de Transmissão Sexual (Nelas et al., 2010) e a Escala de Atitudes Face à Sexualidade (Nelas et al., 2010). Os questionários foram aplicados a estudantes da Sede da Escola Profissional Mariana Seixas e da Escola Profissional de Trancoso.

Nesta introdução abarcamos a fundamentação teórica, onde se justifica o problema, faz-se a conceptualização de conceitos e apresentamos o estado da arte das atitudes dos adolescentes face à sexualidade. A investigação empírica são definidos os procedimentos

metodológicos necessários, nomeadamente a contextualização da problemática, questões de investigação e objetivos bem como o tipo de investigação realizada e o esquema que a guiou, constituição da amostra e sua caracterização; composição do protocolo de colheita de dados bem como todos os procedimentos éticos relativos ao seu pedido de aplicação e ainda a análise de dados onde explanamos todos os testes estatísticos utilizados. Comporta ainda, a análise dos resultados obtidos; a discussão, de onde se salienta os dados mais relevantes obtidos e por fim as conclusões com a apresentação dos dados mais significativos bem como a reflexão das limitações do estudo.

1. Metodologia

Neste capítulo serão definidos os procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico. Desta forma, começa-se por fazer uma contextualização do problema em estudo, a partir do qual se formula a questão de investigação e se delineiam os objetivos. Descreve-se o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem adotada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, assim como os procedimentos realizados e o respetivo tratamento estatístico.

1.1. Métodos

Os determinantes da saúde, relacionados com o estilo de vida, relacionam-se com um conjunto de comportamentos diários, que se constituem como um dos principais moduladores dos níveis de saúde e qualidade de vida das pessoas. Entre estes comportamentos, os que podem afetar a saúde, tais como o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o fumo, os hábitos alimentares inadequados, os níveis insuficientes de atividade física, o uso de drogas ilícitas e os comportamentos sexuais, têm sido frequentemente investigados em adolescentes (Alvarez & Nogueira, 2008). Tal facto justifica-se, segundo a Organização Mundial de Saúde, por ser na adolescência que se concentra o número significativo das infeções por VIH em todo o mundo (Ribeiro & Fernandes, 2009).

As características dos adolescentes, frequentemente relacionados com o comportamento sexual de risco são o uso de drogas ilícitas, o consumo de álcool, primeiras relações sexuais em idades muito baixas, a variabilidade de parceiros, o não uso de preservativo, o desempenho escolar, o historial de abuso sexual, o sexo, o nível socioeconómico, o nível de escolaridade, a idade, a idade dos pais e o estado civil dos mesmos (Ribeiro & Fernandes, 2009).

A questão da sexualidade, em muitos meios socioculturais, é ainda pouco discutida e permeada de preconceitos, mitos e tabus. Muitos adolescentes possuem conhecimentos precários a respeito da sua sexualidade e são, muitas vezes, privados de um acesso efetivo a uma educação sexual adequada. Neste sentido, a educação sexual deve ser entendida como um processo através do qual se transmitem conhecimentos relativos ao corpo e ao seu desenvolvimento, se promovem atitudes positivas e comportamentos responsáveis e se ajuda os adolescentes a escolher o seu caminho, de uma forma informada e consciente.

A educação sexual visa ajudar o adolescente a desenvolver-se da forma o mais normal possível no campo sexual: reconhecendo que tem uma sexualidade, olhando-o como um ser em desenvolvimento, promovendo uma educação que o ajude a passar pelas diferentes etapas da vida, proporcionando-lhe a informação necessária e adequada,

transmitindo-lhe confiança. Mas esta abordagem da sexualidade não significa apenas falar de educação e prevenção direcionadas para o próprio adolescente, familiares, professores, entre outros agentes educativos. Implica igualmente uma mudança de comportamentos e atitudes inadequados e inadaptados de todos os agentes educativos (Ramos, 2005).

Os adolescentes necessitam de saber mais sobre os aspetos biológicos, métodos anticoncepcionais e infeções transmissíveis sexualmente. Acrescenta-se que esta fase da vida pode contribuir decisivamente para se atingir a identidade e a autonomia, que se refletem na vida adulta. Uma sexualidade harmoniosa e satisfatória passa a ser uma valência fundamental no moderno conceito de saúde. Não faz realmente sentido conceber, hoje, um estado de bem-estar físico, psíquico e social, sem uma vida sexual gratificante (Ribeiro & Fernandes, 2009).

Perante as mudanças do contexto socioeconómico e o crescente interesse dos estudantes e famílias pelo ensino profissional (Madeira, 2006), ganha importância estudar as atitudes destes estudantes face à sexualidade.

Mediante o exposto, surge a seguinte questão:

Quais as atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade?

Emergem desta questão pivô ainda as seguintes interrogações:

- Que variáveis pessoais (sociodemográficas) e académicas têm repercussões nas atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade?
- Qual a influência das variáveis de contexto familiar nas atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade?
- Existe relação entre as variáveis de contexto sexual e as atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade?

De acordo com o apresentado, delineamos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita:

- Avaliar as atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade;
- Identificar as variáveis pessoais (sociodemográficas) e académicas que interferem nas atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade;
- Determinar a influência das variáveis de contexto familiar nas atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade;

- Analisar a relação entre as variáveis de contexto sexual e as atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade;
- Identificar as variáveis predictoras das atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade.

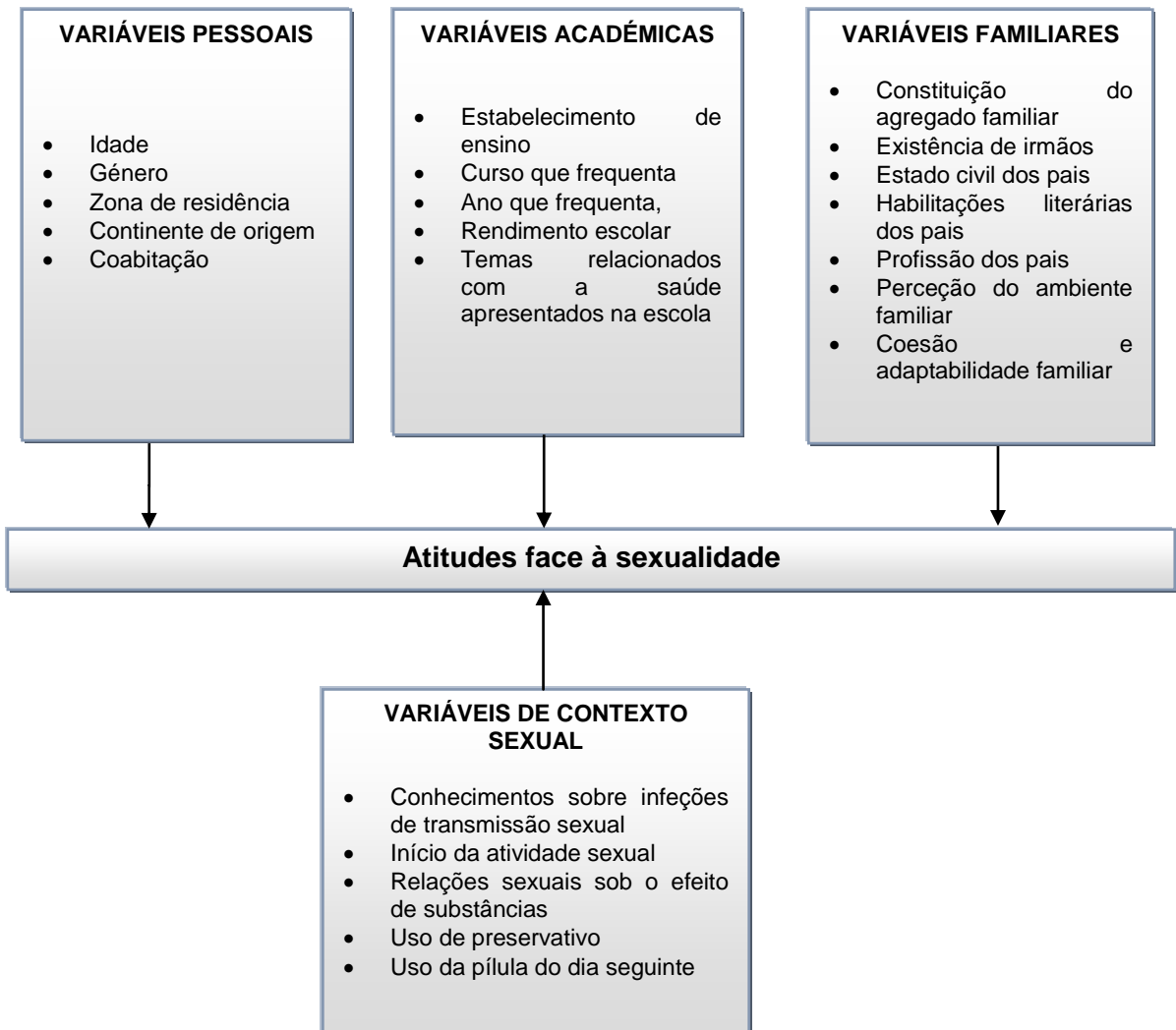
O estudo delineado para esta pesquisa é de natureza quantitativa, com corte transversal, descritivo, correlacional e analítico.

Pretendemos descrever as características de uma determinada população (estudantes das escolas profissionais) ou fenómeno (atitudes face à sexualidade) e estabelecer relação entre as variáveis. Assim, utilizámos a metodologia quantitativa por se alicerçar no método hipotético dedutivo e pelo qual os dados colhidos propiciam realidades objetivas quanto às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas. Segue os métodos do estudo de análise quantitativa na medida em que pretendemos garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

É um estudo descritivo na medida em procura descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população, sem que o investigador os procure explicar. Estuda a distribuição do traço (variável) numa amostra representativa dos estudantes de enfermagem (sample), para que se possa da mesma inferir para a descrição na população de que a amostra foi extraída (Coutinho, 2011).

Assume-se igualmente como um estudo transversal, pois os dados foram recolhidos num só momento no tempo numa amostra representativa da população de estudantes de escolas profissionais, seja para descrever, seja para detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2011).

Nesta perspetiva e tendo em conta as considerações metodológicas adotadas para este estudo, procuramos, através de uma representação esquemática, dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis (cf. Figura 1).

Figura 1 - Esquema conceptual de base

1.2. Participantes

O critério de amostragem utilizado foi a amostragem não probabilística/intencional por conveniência, pois é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos, permitindo escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo. É um procedimento, segundo o qual, cada elemento da população tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra (Fortin, 2009).

Assim, a amostra deste estudo teve por base 350 estudantes da Sede da Escola Profissional Mariana Seixas e 153 estudantes da Escola Profissional de Trancoso. Constituíram critérios de inclusão serem alunos destas escolas e estarem na sala de aula no momento da aplicação do questionário. O instrumento de colheita de dados foi aplicado nos dias 23 e 27 de maio de 2014, respetivamente. Responderam ao questionário 287 estudantes, de ambas as escolas, ou seja, 57,06% da amostra inicial. Destes foram considerados válidos 281 tendo sido eliminado 6 por estarem incompletos.

Tratando-se de uma população finita constituída por 503 elementos, o tamanho da amostra teórica seria de 343, elementos com um nível de confiança de 95% e com uma margem de erro de amostragem igual a 3%. O intervalo de confiança corrigido em função do tamanho da amostra é de 3,89%, situando-se ligeiramente acima dos 3%.

1.2.1. Caracterização socio-espacial

A Escola Profissional Mariana Seixas possui sede na cidade de Viseu, pertencente à região centro norte de Portugal. A cidade de Viseu tem, de acordo com os dados dos Censos de 2011, uma população de 52.500 habitantes. Deste modo, a Escola Profissional Mariana Seixas é uma escola “urbana”, tendo em conta o critério de densidade populacional de um valor superior a 500 habitantes/Km² (Rodrigues, 2010),

A Escola Profissional de Trancoso está sediada na cidade de Trancoso, que se localiza no Distrito da Guarda, sub-região da Beira Interior Norte, com uma população de cerca de 3.200 habitantes, correspondendo a uma densidade populacional de 27,3 habitantes/km². Assim, a Escola Profissional de Trancoso é considerada escola “rural”, tendo-se em conta os critérios apresentados por Rodrigues (2010) (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011)

1.2.2. Caracterização sociodemográfica e familiar da amostra

Idade e género

Os estudantes têm uma idade mínima de 15 anos e uma máxima de 22 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 17,63 anos \pm 1,39 dp.

Verificamos que, para o género masculino que corresponde a 62,30% da totalidade da amostra, a idade mínima é de 15 anos, sendo este resultado semelhante ao encontrado para o género feminino, cuja representatividade é de 37,70%. A idade máxima, para ambos os grupos, é de 22 anos. (cf. Tabela 1).

Constatamos que as raparigas, em média, são mais velhas (M=17,75 anos) comparativamente aos rapazes (M=17,56 anos). Contudo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, (UMW= 8387,00; p=0,166). O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não revela uma distribuição normal, mostrando valores de assimetria e curtose, curvas normocurticas e enviesadas à esquerda para ambos os géneros e para a totalidade da amostra. Os coeficientes de variação indicam uma dispersão baixa relativamente às idades médias encontradas (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas em relação à idade dos estudantes

Idade Género	N	%	Min	Máx	M	D.P.	Sk/ Erro	K/ erro	CV (%)	KS
Masculino	175	62,30	15	22	17,56	1,41	4,64	1,14	8,03	0,000
Feminino	106	37,70	15	22	17,75	1,36	3,11	1,39	7,66	0,000
Total	281	100,0	15	22	17,63	1,39	5,48	1,51	7,88	0,000

A maioria dos participantes encontra-se na faixa etária entre os 17 e 18 anos (57,7%), sendo esta a idade predominante tanto para os rapazes (57,2%), como para as raparigas (58,5%), não há diferenças estatisticamente significativas entre género e idade ($\chi^2=1,501$; p= 0,472) (cf. Tabela 2).

Local de Residência

No que se refere à zona de residência, a maioria dos estudantes vive na aldeia, correspondendo a 57,6%, sendo também significativo o valor percentual encontrado para os que vivem em cidades (27,8%). Não se encontraram diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=1,246$; p=0,536). (cf. Tabela 2).

Continente de Origem

Quanto ao continente de origem, a maioria dos estudantes é do continente europeu (94,7%), quer do género masculino, quer do género feminino. Não se encontrou qualquer diferença estatisticamente significativa entre o continente de origem e o género ($X^2=0,035$; $p=0,852$) (cf. Tabela 2).

Coabitação

Relativamente à coabitação, quer a maioria dos rapazes (66,3%), quer a maioria das raparigas (54,7%) coabitam com outras pessoas sem ser a família nuclear. Não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre a coabitação e o género ($X^2=3,747$; $p=0,053$) (cf. Tabela 2).

Constituição do Agregado Familiar

No que reporta à constituição do agregado familiar, 68,3% dos estudantes possuem um agregado familiar com mais do que 3 elementos, enquanto 31,7% têm um agregado familiar até 3 elementos. Não se encontrou qualquer diferença estatisticamente significativa entre o agregado familiar e o género ($X^2=1,464$; $p=0,226$) (cf. Tabela 2).

Número de Irmãos

Os resultados referentes ao número de irmãos dos participantes, revelam que 48,4% dos estudantes têm unicamente um irmão, 31,3% possuem mais do que 2 irmãos e 20,3% não têm irmãos. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o número de irmãos e o género ($X^2=1,345$; $p=0,510$) (cf. Tabela 2).

Estado civil dos pais

Quanto ao estado civil dos pais, averigua-se que na sua maioria, os progenitores dos estudantes vivem juntos/casados (75,1 %), enquanto 19,6% são separados/divorciados e em 5,3% pelo menos um dos progenitores já faleceu. Não há diferenças estatisticamente significativas entre o género e o estado civil dos pais ($X^2 = 0,567$; $p=0,753$) (cf. Tabela 2).

Habilitações literárias dos pais

Os resultados referentes às habilitações literárias dos pais dos participantes, demonstram, no que se refere à situação académica do pai, que a maioria (61,0%) possui formação intermédia, seguindo-se-lhes os que têm formação inferior (34,0%). Observamos que as diferenças encontradas entre o género e habilitações literárias do pai não são estaticamente significativas ($X^2=3,046$; $p=0,218$)

Já no que concerne à situação académica da mãe, podemos referir que 67,3% possui formação intermédia, enquanto 27,3% possuem formação inferior. As diferenças encontradas entre o género e habilitações literárias da mãe não são estaticamente significativas ($X^2=0,901$; $p=0,637$). (cf. Tabela 2).

Situação profissional dos pais

Quanto à situação profissional dos pais depreendemos que a grande maioria dos estudantes (83,5%) refere que o pai é profissionalmente ativo, enquanto 12,0% dos estudantes referem que o pai se encontra não ativo. As diferenças encontradas entre o género e a situação profissional do pai não são estaticamente significativas ($X^2=3,099$; $p=0,212$) (cf. Tabela 2).

Quanto à situação laboral da mãe, aferimos que prevalecem também as progenitoras que se encontram a exercer uma atividade profissional, correspondendo a 64,4%, seguindo-se 35,6% das mães que não estão no ativo. As diferenças encontradas entre o género e a situação profissional da mãe são estaticamente significativas ($X^2=4,248$; $p=0,039$). Pela análise dos resíduos ajustados, é patente a diferença no grupo masculino para as mães ativas e no grupo feminino para as mães não ativas (cf. Tabela 2).

Perceção de ambiente familiar

Relativamente ao ambiente familiar, observamos que 86,8% considera o seu ambiente familiar bom com uma representação de 90,3% dos rapazes e os 81,1% das raparigas. Dos 13,2% que considera o seu ambiente familiar mau a maior percentagem é também constituída por rapazes. Entre o ambiente familiar e o género encontramos diferenças significativas ($X^2=4,838$; $p=0,028$). Pela análise dos valores residuais, a diferença encontra-se no grupo masculino para bom ambiente familiar e no grupo feminino para mau ambiente familiar (cf. Tabela 2).

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica e familiar da amostra

Variáveis	Género				Total		Resíduos ajustados		
	Masculino		Feminino		N	%	Masculino	Feminino	
	n	%	N	%	N	%			
Idade									
<= 16 anos	41	23,4	19	17,9	60	21,3	1,1	-1,1	$\chi^2 = 1,501$ $p = 0,472$
17 – 18 anos	100	57,2	62	58,5	162	57,7	-0,2	0,2	
>= 19 anos	34	19,4	25	23,6	59	21,0	-0,8	0,8	
Local de Residência									
Aldeia	105	60,0	57	53,8	162	57,6	1,0	-1,0	$\chi^2 = 1,246$ $p = 0,536$
Vila	23	13,1	18	17,0	41	14,6	-0,9	0,9	
Cidade	47	26,9	31	29,2	78	27,8	-0,4	0,4	
Continente de origem									
Europeu	166	94,9	100	94,3	266	94,7	0,2	-0,2	$\chi^2 = 0,035$ $p = 0,852$
Outros	9	5,1	6	5,7	15	5,3	-0,2	0,2	
Coabitação									
Família nuclear	59	33,7	48	45,3	107	38,1	-1,9	1,9	$\chi^2 = 3,747$ $p = 0,053$
Outra	116	66,3	58	54,7	174	61,9	1,9	-1,9	
Agregado familiar									
Até 3 elementos	60	34,3	29	27,4	89	31,7	1,2	-1,2	$\chi^2 = 1,464$ $p = 0,226$
Mais do que 3 elementos	115	65,7	77	72,6	192	68,3	-1,2	1,2	
Número de irmãos									
Sem irmãos	39	22,3	18	17,0	57	20,3	1,1	-1,1	$\chi^2 = 1,345$ $p = 0,510$
Um irmão	81	46,3	55	51,9	136	48,4	-0,9	0,9	
=> dois irmãos	55	31,4	33	31,1	88	31,3	0,1	-0,1	
Estado civil dos pais									
Juntos/casados	136	76,0	78	73,6	211	75,1	0,5	-0,5	$\chi^2 = 0,567$ $p = 0,753$
Separados/ divorciados	32	18,3	23	21,7	55	19,6	-0,7	0,7	
Viúvo (a)	10	5,7	5	4,7	15	5,3	0,4	-0,4	
Habilitações literárias do pai									
Formação superior	9	5,4	3	3,0	12	4,5	0,9	-0,9	$\chi^2 = 3,046$ $p = 0,218$
Formação intermédia	107	63,6	57	56,4	164	61,0	1,2	-1,2	
Formação inferior ou inexistente	52	31,0	41	40,6	93	34,5	-1,6	1,6	
Habilitações literárias da mãe									
Formação superior	11	6,4	4	3,8	15	5,4	0,9	-0,9	$\chi^2 = 0,901$ $p = 0,637$
Formação intermédia	114	66,3	73	68,8	187	67,3	-0,4	0,4	
Formação inferior ou inexistente	47	27,3	29	27,4	76	27,3	-	-	
Situação profissional do pai									
Ativo	143	86,1	79	79,0	222	83,5	1,5	-1,5	$\chi^2 = 3,099$ $p = 0,212$
Não ativo	18	10,8	14	14,0	32	12,0	-0,8	0,8	
Situação profissional da mãe									
Ativa	118	69,0	59	56,7	177	64,4	2,1	-2,1	$\chi^2 = 4,248$ $p = 0,039^*$
Não ativa	53	31,0	45	43,3	98	35,6	-2,1	2,1	
Ambiente Familiar									
Mau ambiente familiar	17	9,7	20	18,9	37	13,2	-2,2	2,2	$\chi^2 = 4,838$ $p = 0,028^*$
Bom ambiente familiar	158	90,3	86	81,1	244	86,8	2,2	-2,2	
Total	175	100,0	106	100,0	281	100,0			

1.2.2. Caracterização dos participantes em função das variáveis académicas

Estabelecimento de ensino

No que se refere ao estabelecimento de ensino que os estudantes frequentam, estando distribuídos por duas escolas do Ensino Profissional uma da cidade de Viseu outra de cidade de Trancoso, verificamos que os alunos que frequentam a Escola Profissional

Mariana Seixas estão em maioria (63%), tendo-se registado que 37% frequentam a Escola Profissional de Trancoso. Não existem diferenças significativas no que se refere ao género e estabelecimento de ensino ($\chi^2 = 2,162$, $p = 0,141$). (cf. Tabela 3).

Ano de escolaridade

No que se refere ao ano de escolaridade dos participantes no estudo, constata-se que a maioria se encontra no 10º ano (45,2%), seguidos dos estudantes que frequentam o 11º ano (31,3%) e por último os do 12º ano (23,5%). Averiguamos que há um predomínio de rapazes nos 10º e 11º anos, resultando em diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ($X^2=12,163$; $p=0,002$). Os valores residuais espelham uma diferença no grupo masculino no 11º ano e no grupo feminino no 12º ano (cf. Tabela 3).

Rendimento escolar

No que concerne à perceção que os estudantes têm acerca do seu rendimento escolar, salientamos que esta é uma avaliação subjetiva realizada com o recurso a uma escala graduada entre “muito mau” e “muito bom”, tendo posteriormente sido recodificadas as variáveis em “mau” e “bom”.

Assim, os resultados mostram que 56,9% dos estudantes avaliam o seu rendimento escolar como “bom”, enquanto 43,1% o avaliam como “mau”. Constata-se um predomínio de raparigas a avaliar o seu rendimento escolar como “bom”, correspondendo a 62,3%, bem como 56,7% dos rapazes. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e a perceção do rendimento escolar ($X^2=1,968$; $p=0,161$). (cf. Tabela 3).

Curso frequentado

No que diz respeito ao curso frequentado, os participantes agrupam-se maioritariamente na área de informática (41,3%), seguindo-se da área das engenharias (33,1%), e por último a área social (25,6%). A diferença entre curso frequentado e género é estatisticamente significativa ($\chi^2=99,935$; $p = 0,000$), os valores residuais demonstram que a diferença está no grupo feminino para os cursos na área social e para o grupo masculino para a área de engenharias (cf. Tabela 3).

Tabela 3- Relação entre o género e as variáveis académicas

Variáveis	Género				Total		Resíduos ajustados		χ^2
	Masculino n	%	Feminino N	%	N	%	Masculino	Feminino	
Estabelecimento de ensino									
EP Mariana Seixas	116	66,3	61	57,5	177	63,0	1,5	-1,5	$\chi^2 = 2,162$ $p = 0,141$
EP Trancoso	59	33,7	45	42,5	104	37,0	-1,5	1,5	
Ano de curso									
10.º ano	81	46,3	46	43,4	127	45,2	0,5	-0,5	$\chi^2 = 12,163$ $p = 0,002^{**}$
11.º ano	64	36,6	24	22,6	88	31,3	2,4	-2,4	
12.º ano	30	17,1	36	34,0	66	23,5	-3,2	3,2	
Rendimento escolar									
Mau	81	46,3	40	37,7	121	43,1	1,4	-1,4	$\chi^2 = 1,968$ $p = 0,161$
Bom	94	56,7	66	62,3	160	56,9	-1,4	1,4	
Curso									
Área Social	15	8,6	57	53,8	72	25,6	-8,4	8,4	$\chi^2 = 99,935$ $p = 0,000^{***}$
Informática	70	40,0	46	43,4	116	41,3	-0,6	0,6	
Área de engenharia	90	51,4	3	2,8	93	33,1	8,4	-8,4	
Total	175	100,0	106	100,0	281	100,0			

1.3. Instrumento de colheita de dados

Tendo por base os aspetos metodológicos referenciados mais concretamente o tipo de estudo, a questão de investigação e os objetivos a atingir, procedemos à construção do instrumento de colheita de dados, assentando no pressuposto de que o método de recolha de dados é definido pela natureza da amostra, pelo problema de investigação, as variáveis em estudo e as estratégias de análise estatística a realizar.

Este instrumento integra um estudo mais alargado, estando inserido numa linha de investigação intitulada “Determinantes da Saúde em Estudantes do Ensino Profissional” e é constituído por duas partes um questionário e escalas

Sendo um protocolo conjunto, as partes integrantes desta investigação são: dados pessoais, dados académicos, dados familiares, estilos/hábitos de vida, coesão e adaptabilidade familiar e sexualidade e os conhecimentos dos estudantes sobre infeções de transmitidas sexualmente.

Neste subcapítulo, apenas nos cingiremos aos instrumentos de medida que optámos como objeto de estudo.

1.3.1. Questionário

O questionário subdivide-se em quatro partes: dados pessoais, dados académicos, dados familiares e estilos de vida.

Dados pessoais: contém quatro questões que permitem colher informação acerca da idade, género, local de residência e continente de origem dos estudantes;

Dados Académicos: composta por cinco questões e tem como finalidade recolher informação acerca do estabelecimento de ensino que os estudantes frequentam, do ano de escolaridade em que se encontram, curso que frequentam, do seu rendimento escolar e abordagem de educação sexual na escola;

Dados familiares: engloba sete questões que permitem a caracterização, no que diz respeito ao número de elementos do agregado familiar, coabitação, número de irmãos, estado civil dos pais, habilitações literárias dos pais, situação profissional dos pais e auto percepção do ambiente familiar:

Estilos de vida: as quatro questões desta parte, procuram determinar comportamentos relativos à, sexualidade. No que concerne à sexualidade foram realizadas quatro questões relativas à idade de início da atividade sexual, relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas, recusa de relações sexuais por ausência de preservativo e recorrência à pílula do dia seguinte.

1.3.2. Escalas

Para este estudo foram utilizadas as seguintes escalas: Escala de Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES II), Escala de conhecimento sobre Infecções de Transmissão Sexual e Escala de Atitudes Face à Sexualidade.

Uma vez obtida a autorização para a utilização das escalas (anexo 1), teve lugar a avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas, ou seja, realizaram-se os estudos de fiabilidade e de validade.

Os estudos de fiabilidade revelam o grau de confiança ou de exatidão que se pode obter dos dados, bem como a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens. A estabilidade temporal, denominada igualmente de fiabilidade teste-reteste, não foi realizada no presente estudo, porque se trata de um instrumento para medir um estado que poderá ser modificado, como tal, o teste-reteste não é relevante como medida de fiabilidade.

Quanto à consistência interna, a mesma avalia a uniformidade e a coerência entre as respostas dos participantes em cada um dos itens que constituem o instrumento, ou seja, mede o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item. Assim, o estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna) foi conduzido de acordo com as seguintes etapas:

Determinação do coeficiente alfa de Cronbach – Este avalia a correlação entre cada escala com as restantes, as quais, supostamente, fazem parte de um mesmo universo. O valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. É o método mais comumente utilizado em psicometria. Este é um índice de consistência interna que apresenta valores entre 0 e 1 e onde α é um coeficiente de correlação ao quadrado que mede a homogeneidade das perguntas correlacionando as médias de todos os itens para estimar a consistência do instrumento, de acordo com Pestana e Gajairo (2009):

- Muito boa: alfa superior a 0,9;
- Boa: alfa entre 0,8 e 0,9;
- Razoável: alfa entre 0,7 e 0,8;
- Fraca: alfa entre 0,6 e 0,7;
- Inadmissível: alfa <0,6.

O valor obtido é um limite inferior da consistência interna. Não assume valores negativos, pois as variáveis que medem a mesma realidade devem estar categorizadas no mesmo sentido. Caso o *Alpha de Cronbach* seja negativo, há correlações negativas, o que viola o modelo de consistência interna e inviabiliza o seu uso.

- **Determinação do coeficiente de correlação de Pearson** – Mede a correlação dos vários itens com a nota global. Mostra se cada item se define como um todo “operante” do “constructo geral” que pretende medir (Vaz Serra, 1994).
- **Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half)** – Trata-se de um coeficiente que divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro da primeira e segunda metade do grupo e a relação entre as metades, ou seja, permite comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. Salienta-se que, de um modo geral, este indicador substitui o teste-reteste, o qual não possibilita controlar os acontecimentos que ocorrem entre dois momentos de aplicação do instrumento a um mesmo grupo de pessoas, transformando a comparação dos resultados num processo mais complicado.

Escala de coesão e adaptabilidade familiar (FACES-II) (Fernandes, 1995)

A Escala de Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES) original foi desenvolvida em 1978 e apresentada por Portner (1981) e Bell (1982), numa dissertação a cargo de Olson (Olson et al., 1985).

A Escala FACES II é a segunda versão da *Family Adaptability And Cohesion Evolution Scale* de Olson, Portner e Bell (1985). É uma escala de autoavaliação do funcionamento familiar. Desenvolvida no final da década de 70, percorreu um longo caminho até ser reduzida a 30 itens dos quais 16 dizem respeito à **avaliação da coesão familiar** e 14 da **avaliação da adaptabilidade familiar**. Apresenta um valor total de *alfa de cronbach* de 0.90, considerado bom.

Carateriza-se pela sua fácil ministração e avaliação, podendo ser aplicada a partir dos 12 anos de idade. Ao participante é pedido para ler as afirmações e decidir, para cada uma delas, com que frequência esse comportamento ocorre na sua família, numa escala de Likert que vai de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre). Estão assim distribuídos: 2 itens para os 8 conceitos relacionados com a **Coesão** (laços emocionais, limites familiares, coligações, tempo, espaço, amigos, decisões, interesses e lazes) e 2-3 itens para os 6 conceitos relacionados com a **Adaptabilidade** (imposição, liderança, disciplina, negociação, papéis e regras) (Fernandes, 1995).

A nível da dimensão coesão familiar, as pontuações obtidas permitem-nos distribuir as famílias pelas seguintes categorias: Desmembrada (15-50 pontos); Separada (51-59 pontos); Ligada (60-70 pontos) e Muito ligada (71-80 pontos). Há a referir que os itens 3, 9, 15, 17 e 25 são cotados inversamente (cf. Quadro 1).

Quadro 1 - Conceitos relacionados com a Coesão Familiar e respetivos itens da Escala

COESÃO FAMILIAR																	
Itens	Laços Emocionais		Limites familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazes		
	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	25	11	27	13	21	15	30	

No que se refere à Adaptabilidade Familiar, definiram-se as categorias: Rígida (15-39 pontos), Estruturada (40-45 pontos), Flexível (46-54 pontos) e Muito Flexível (55-70 pontos). Os itens 24 e 28 cotados inversamente (cf. Quadro 2).

Quadro 2 - Conceitos relacionados com Adaptabilidade e respetivos itens da Escala

ADAPTABILIDADE FAMILIAR														
Itens	Imposição			Liderança		Disciplina		Negociação			Funções		Normas	
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)
	2	14	28	4	16	6	18	8	20	26	10	22	12	24

No que concerne à interpretação linear da FACES II, ao adicionarmos as pontuações da Coesão Familiar e da Adaptabilidade Familiar e dividir por dois $(C+A)/2$, sendo que (-) se referem a itens invertidos, obtemos um tipo de família: Equilibrada, Moderadamente Equilibrada, Intermédia e Extrema (cf. Quadro 3).

Quadro 3 - Interpretação linear da FACES II

COESÃO		ADAPTABILIDADE			TIPO DE FAMÍLIA		
8	80 74	Muito Ligada	8	70 65	Muito Flexível	8	Equilibrada
7	73 71		7	64 55		7	
6	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível	6	Moderadamente Equilibrada
5	64 60		5	49 46		5	
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada	4	Intermédia
3	54 51		3	42 40		3	
2	50 35	Desmembrada	2	39 30	Rígida	2	Extrema
1	34 15		1	29 15		1	

Estudo psicométrico no presente estudo

Foram estudadas as estatísticas (médias e desvios padrão), assim como as correlações entre cada item e o valor global da Escala Faces II, permitindo observar-se como o item individual se relaciona com o valor global.

Os valores de *Alfa de Cronbach* que oscilam entre 0.847 e 0.867 indicam boa consistência interna. Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que os itens 3, 9 e 12 foram os que salientaram menos estabilidade, com valores de $r=-0.071$, $r=0.012$ e $r=-0.015$, respetivamente, não mostrando homogeneidade em relação aos restantes, o que numa análise mais conservadora levaria à sua exclusão por apresentarem valores correlacionais inferiores a 0.20. A correlação máxima situa-se no item 7 ($r=0.697$). Os valores da média e, respetivo desvio padrão, nos diversos itens permitem afirmar que

estes se encontram bem centrados, uma vez que todos se situam acima da média esperada sendo o menor no item 3 ($M=2.70$) e o maior no item 1 ($M=3,99$).

O cálculo do índice de fiabilidade pelo método das metades, Split-half revela valores inferiores ao valor atingido para a globalidade da escala (0.858) tendo-se encontrado um alfa de 0.757, para a primeira metade e de 0,755 para a segunda. (cf Quadro 4)

Quadro 4 - Consistência interna da escala FACES II

N.º Item	Itens	Média	Dp	r item/total	r ²	α sem item
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.	3.99	.960	.617	.529	.848
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	4.04	1.010	.525	.493	.850
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	2.70	1.132	-.071	.273	.867
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	3.81	.977	.566	.481	.850
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	3.80	1.126	.511	.422	.850
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	3.22	1.138	.402	.394	.853
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	3.61	.991	.697	.662	.846
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	3.59	.964	.651	.579	.847
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	3.02	1.179	.012	.280	.865
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	3.72	.926	.571	.505	.850
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	3.35	1.137	.379	.323	.854
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	2.87	1.194	-.015	.349	.866
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.	3.57	1.122	.548	.436	.849
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	3.52	1.086	.426	.353	.853
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	3.42	1.305	.213	.406	.860
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	3.55	1.127	.562	.467	.849
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.	3.74	1.033	.632	.473	.847
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	3.59	.975	.550	.469	.850
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	3.07	1.166	.125	.442	.862
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.	3.61	.931	.645	.604	.848
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.	3.59	.989	.668	.611	.847
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.	3.77	.948	.661	.570	.847
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	3.57	1.008	.620	.549	.848
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	2.86	1.017	-.211	.355	.869
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	3.64	1.316	.214	.619	.860
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	3.22	.983	.348	.456	.855
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	3.43	1.084	.389	.379	.854
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	3.53	1.273	.179	.473	.861
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	2.97	1.190	.089	.322	.863
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	3.43	1.077	.506	.445	.851
Coeficiente de bipartição		1ª metade=0.757				
		2ª metade= 0,755				
Coeficiente alfa de Cronbach global		0,858				

Quanto aos parâmetros de fiabilidade por subescala, no que concerne ao Fator 1 - Coesão Familiar, encontramos valores de *Alfa de Cronbach* classificados de razoáveis, dado que oscilam entre 0.729 (item 7) e 0.779 (item 3), com um valor global para o total da escala de 0.761. (cf. Tabela 5). O item 7 foi o que mais se correlacionou com a Coesão Familiar ($r=0.611$), contrariamente ao item 3 ($r=0.001$), sendo este o que menos se correlaciona com o Fator 1 (cf. Quadro 5).

Em relação ao Fator 2 - a consistência dos resultados de *Alfa de Cronbach*, variou entre 0.749, nos item 16 e 22 e 0.826, no item 24, logo a sua classificação, respetivamente é de razoáveis a bons. O Alfa global, para o fator em estudo, obteve um valor de 0,783, considerado razoável. O que mais se correlaciona com os resultados globais do fator 2 é o item 8 ($r=0.600$) e o que revelou menor correlação foi o item 28 ($r= - 0.002$). (cf. Quadro 5)

Quadro 5 - Consistência interna por fatores da FACES II

N.º Item	Itens	r item/ total	r ²	α sem item
Coesão familiar				
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.	.516	.442	.737
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	.001	.134	.779
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	.461	.388	.740
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	.611	.604	.729
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	.158	.178	.767
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	.246	.277	.759
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.	.461	.388	.740
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	.319	.361	.753
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.	.579	.421	.731
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	.250	.411	.759
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.	.547	.458	.735
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	.556	.509	.733
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	.303	.489	.755
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	.248	.259	.758
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	.172	.244	.766
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	.450	.396	.741
Adaptabilidade familiar				
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	.550	.434	.757
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	.591	.447	.754
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	.436	.315	.767
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	.600	.428	.753
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	.575	.423	.756
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	.126	.211	.797
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	.505	.306	.760
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	.615	.414	.749
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	.526	.405	.760
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.	.651	.504	.750
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.	.656	.502	.749
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	-.312	.255	.826
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	.414	.370	.769
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	-.002	.253	.811

Os valores dos coeficientes de bipartição e os índices de Cronbach do estudo atual, não sendo possível compará-los com o estudo original, na medida em só é apresentado o coeficiente de Spearman Brown. Em conformidade com o já referido, o valor de alfa para cada subescala oscila entre o fraco na coesão familiar, o razoável nas restantes subescalas e bom no valor global da escala. (cf. Tabela 4)

Tabela 4- Valores de Alfa de Cronbach dos fatores e da escala global FACES II

Fatores	N.º Itens	Alfa de Cronbach			
		Split-half		Total	
		1.ª Metade	2.ª Metade	Estudo atual	Escala original
Coesão familiar	16	.556	.630	.761	.870
Adaptabilidade familiar	14	.743	.547	.783	.780
Adaptabilidade e Coesão familiar	30	.757	.755	.858	.900

Procuramos estudar a validade convergente/discriminante dos itens apresentados. Assim, verifica-se que quase todos os itens são positivos e significativos, apresentando valores correlacionais mais elevados nas subescalas a que pertencem. Observa-se também que esse valor é superior aos restantes, sendo na maioria dos casos superior a 0.20. Constata-se também que o segundo valor correlacional mais elevado é registado com o total da escala.

Quadro 6 - Correlação dos itens com os fatores e com o valor global da FACESII

Nº item	Itens	Fator 1	Fator 2	Total
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.	,598***	.596***	.657***
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	.416***	,641***	.575***
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	,136⁺	-0,138 ⁺	,008
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	,450***	,673***	,611***
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	,564***	,463***	,568***
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	,307***	,555***	,467***
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	,683***	,644***	,731***
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	,577***	,680***	,689***
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	,294***	-,149 ⁺	,093
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	,471***	,655***	,614***
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	,371***	,443***	,446***
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	-,134 ⁺	,281***	,068
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.	,564***	,528***	,602***
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	,292***	,609***	,486***
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	,456***	,065	,299***
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	,428***	,704***	,615***
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.	,658***	,562***	,674***
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	,474***	,617***	,596***
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	,378***	-,030	,204 ⁺
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.	,531***	,719***	,682***
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.	,627***	,656***	,705***
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.	,552***	,725***	,697***
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	,636***	,564***	,663***
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	-,078	-,187**	-,143 ⁺
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	,443***	,082	,300***
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	,236***	,520***	,407***
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	,368***	,459***	,452***
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	,304***	,168**	,264***
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	,309***	-,016	,171 ⁺
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	,550***	,465***	,561***

***p < 0.001

De acordo com os resultados obtidos, pode dizer-se que as associações são positivas e significativamente correlacionadas, com variação entre (r=0.650) - coesão *versus* adaptabilidade - e (r=0.919) – coesão *versus* fator global da escala.(cf. Tabela 5)

Tabela 5 - Matriz de correlação de Pearson entre os fatores e o valor global da escala da FACES II

Fatores	Coesão	Adaptabilidade
Adaptabilidade	0.650***	
Fator global	0.919***	0.897***

*** $p < 0.001$

Escala de atitudes face à sexualidade (AFSA) (Nelas et al., 2010)

A Escala de Atitudes Face à Sexualidade é um instrumento psicométrico original, de autorrespostas, construído e validado para os adolescentes portugueses, que objetiva avaliar aspetos relacionados com o namoro, de relação com os pares e com os pais, bem como os aspetos relacionados com a sexualidade (Nelas et al., 2010).

Este instrumento inicialmente integrava 45 itens elaborados numa escala ordinal tipo Likert. Cada item possui cinco alternativas de resposta e a sua cotação processa-se por ordem decrescente, ou seja, a primeira opção de resposta em cada item é cotada de 5 e a última de 1 atendendo ao seguinte critério: (5) concordo totalmente, (4) concordo muito; (3) nem concordo nem discordo; (2) discordo muito; (1) discordo totalmente.

Depois da análise fatorial exploratória, a mesma mostrou-se como unifatorial, constituída por 26 itens, com boa consistência interna. O valor de alfa global foi de 0.814.

Os itens 1, 2, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 25 e 26 são cotados inversamente, ou seja, (1) concordo totalmente, (2) concordo muito; (3) nem concordo nem discordo; (4) discordo muito; a (5) discordo totalmente.

Para o presente estudo, optamos por uma análise percentual da escala por forma a facilitar a perceção, análise e comparação dos dados, segundo a fórmula:

$$((\text{Somatório da escala} - n^{\circ} \text{ de itens})/\text{amplitude}) * 100$$

Somados os valores, determina-se o índice de atitudes face à sexualidade. De acordo com a pontuação obtida, é possível identificar três grupos de corte tendo por base a fórmula apresentada por Pestana & Gageiro (2005): (Média \pm 0.25 dp). Do resultado obtido adotar-se-á a seguinte classificação:

$$\begin{aligned} \text{Desfavorável} &= \leq M - 0.25dp \\ \text{Indiferente} &= \geq M - 0.25dp \geq M \leq M + 0.25dp \\ \text{Favorável} &= \geq M + 0.25dp \end{aligned}$$

Estudo psicométrico da escala AFSA para o presente estudo

Efetuámos o estudo de consistência interna, designadamente o estudo de fiabilidade. Os resultados revelam as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que, genericamente, permite obter indicações de como o item se combina com o valor global. (cf. Quadro 7)

Ao analisarmos os valores de *alfa de Cronbach*, podemos classifica-los de bons pois os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0.841, nos itens 19 e no item 20, e 0.857 no item 5. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que se está perante correlações positivas, sendo o valor mais baixo o do item 17 ($r=0.119$). Assim, numa análise mais conservadora, os itens 3 ($r=0.131$), 5 ($r=0.169$) 14 ($r=0.135$) 17 ($r=0.119$), seriam eliminados uma vez que apresentam coeficientes de correlação item total inferior a 0.200. Em suma, os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem-nos afirmar que, na globalidade, os itens se encontram bem centrados.

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala ($\alpha=0.854$), já que, para a primeira metade, se obteve um valor de $\alpha=0.719$ e, para a segunda metade, um $\alpha=0.796$ (cf. Quadro 7).

Quadro 7 - Consistência Interna da Escala de Atitudes Face à Sexualidade

Nº Item	Itens	Media	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R ²	α
1	Para namorar basta que alguém goste de mim	3.77	1.383	0.411	0.306	0.849
2	Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem	3.94	1.174	0.502	0.446	0.846
3	A procura da independência faz parte da adolescência	3.43	1.148	0.131	0.265	0.857
4	O desgosto amoroso só me acontece a mim	3.58	1.277	0.276	0.311	0.853
5	A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo	3.79	1.228	0.169	0.288	0.857
6	Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas	3.98	1.058	0.212	0.487	0.854
7	Sou agradável no contacto com os outros	3.82	0.966	0.271	0.501	0.853
8	Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação	4.16	1.065	0.367	0.437	0.850
9	As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis	3.63	1.212	0.464	0.404	0.847
10	Só vou ter relações com o meu namorado/a se tiver a certeza que vou casar com ele/a	3.79	1.191	0.559	0.485	0.844
11	As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens	3.19	1.097	0.339	0.428	0.851
12	Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes	3.33	1.174	0.328	0.325	0.851
13	As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos	4.05	1.167	0.661	0.555	0.840
14	Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais	3.04	1.250	0.135	0.193	0.858
15	A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens	3.43	1.167	0.268	0.327	0.853
16	Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade	3.85	1.276	0.445	0.343	0.847
17	Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios	3.44	1.081	0.119	0.254	0.857
18	A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas	3.96	1.130	0.373	0.426	0.850
19	Só os rapazes deveriam ter educação sexual	3.98	1.119	0.667	0.563	0.841
20	A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente	3.49	1.210	0.452	0.374	0.847
21	A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento	4.03	1.106	0.645	0.584	0.841
22	As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais	3.97	1.064	0.434	0.465	0.848
23	A masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evito praticá-la	3.62	1.178	0.569	0.436	0.843
24	Não consulto livros de sexualidade pois só mostram porcarias	3.30	1.125	0.209	0.228	0.855
25	As relações sexuais antes do casamento são um pecado	4.02	1.202	0.688	0.739	0.839
26	Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas	3.96	1.147	0.646	0.719	0.841
Coeficiente Split-half				Primeira metade =0.719		
				Segunda metade =0.796		
Coeficiente alfa Cronbach global no presente estudo				0.854		
Coeficiente alfa Cronbach global na escala original				0.814		

No que se refere aos resultados da Correlação de Pearson constata-se que as correlações entre os itens são classificadas de positivas e estatisticamente significativas, com valores correlacionais a oscilar entre $r=0.195$ no item 17: e $r=0.731$ no item 25 (cf. Quadro 8),

Quadro 8 - Correlação de Pearson entre os fatores da escala AFSA

Nº Item	Itens	r	p
1	Para namorar basta que alguém goste de mim	0.491**	0.000
2	Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem	0.563**	0.000
3	A procura da independência faz parte da adolescência	0.211**	0.000
4	O desgosto amoroso só me acontece a mim	0.359**	0.000
5	A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo	0.253**	0.000
6	Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas	0.283**	0.000
7	Sou agradável no contacto com os outros	0.334**	0.000
8	Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação	0.432**	0.000
9	As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis	0.530**	0.000
10	Só vou ter relações com o meu namorado/a se tiver a certeza que vou casar com ele/a	0.616**	0.000
11	As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens	0.407**	0.000
12	Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes	0.401**	0.000
13	As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos	0.707**	0.000
14	Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais	0.221**	0.000
15	A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens	0.344**	0.000
16	Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade	0.516**	0.000
17	Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios	0.195**	0.000
18	A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas	0.441**	0.000
19	Só os rapazes deveriam ter educação sexual	0.710**	0.000
20	A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente	0.520**	0.000
21	A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento	0.690**	0.000
22	As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais	0.494**	0.000
23	A masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evito praticá-la	0.625**	0.000
24	Não consulto livros de sexualidade pois só mostram porcarias	0.285**	0.000
25	As relações sexuais antes do casamento são um pecado	0.731**	0.000
26	Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas	0.693**	0.000

Escala de Conhecimentos sobre as Infecções de Transmissão Sexual (Nelas et al., 2010)

A Escala de Conhecimentos Sobre Infecções De Transmissão Sexual, é um instrumento psicométrico original de Paula Nelas, construído e validado para os adolescentes portugueses. É uma escala de autorrespostas que objetiva avaliar o nível de conhecimentos sobre as infeções transmitidas sexualmente (Nelas et al., 2010).

É uma escala ordinal tipo Likert que foi construída com 24 indicadores possuindo cada um cinco alternativas de resposta. A sua cotação processa-se por ordem decrescente sendo que a primeira é cotada de 5 e a última de 1 atendendo ao seguinte critério: (5) concordo totalmente, (4) concordo muito; (3) nem concordo nem discordo; (2) discordo muito; (1) discordo totalmente

Após análise fatorial, a mesma revelou-se como escala unifatorial constituída por 20 itens. A consistência interna determinada pelo alfa de Cronbach (0.781) é satisfatória. Os itens 2, 6, 8, 15, 16, 17 e 20 são cotados inversamente o que corresponde ao seguinte critério (1) concordo totalmente, (2) concordo muito; (3) nem concordo nem discordo; (4) discordo muito; a (5) discordo totalmente.

Para o presente estudo, optamos por uma análise percentual da escala por forma a facilitar a perceção, análise e comparação dos dados, segundo a fórmula:

$$\left(\frac{\text{Somatório da escala} - n^{\circ} \text{ de itens}}{\text{amplitude}} \right) * 100$$

Mediante a pontuação, determinamos os conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual. De acordo com a pontuação obtida, é possível a classificação dos conhecimentos em insuficientes, moderados e bons. A classificação tem por base a fórmula (Média \pm 0.25 dp):apresentador Pestana & Gageiro (2005):

$$\begin{aligned} \text{Insuficientes} &= \leq M - 0.25dp \\ \text{Moderados} &= \geq M - 0.25dp \geq M \leq M + 0.25dp \\ \text{Bons} &= \geq M + 0.25dp \end{aligned}$$

Estudo psicométrico para o presente estudo

Analisamos as médias e os desvios padrão, bem como as correlações entre cada item e o valor global da Escala de Conhecimentos sobre as Infecções de Transmissão Sexual, possibilitando observar como o item individual se relaciona com o valor global.

Os valores de *Alfa de Cronbach* que oscilam entre 0.743 (item 12) e 0.810 (item 19) indicam razoável consistência interna. Os coeficientes de correlação do item total corrigido

apontam que os itens 3, 8 e 20 foram os que salientaram menos estabilidade, com valores de $r=-0.187$, $r=0.162$ e $r=-0.155$, respetivamente, não mostrando homogeneidade em relação aos restantes itens, o que numa análise mais conservadora levaria à sua exclusão por apresentarem valores correlacionais inferiores a 0.200. A correlação máxima situa-se no item 12 ($r=0.700$). Os valores da média e, respetivo desvio padrão, nos diversos itens permitem afirmar que estes não se encontram bem centrados, uma vez que quase todos se situam abaixo da média esperada, sendo o maior no item 19 ($M=3.70$).

O cálculo do índice de fiabilidade pelo método das metades, Split-half revela valores inferiores ao valor atingido para a globalidade da escala (0.775) tendo-se encontrado um alfa de 0.636, para a primeira metade e de 0.655, para a segunda (cf. Quadro 9)

Quadro 9 - Consistência interna da escala de Conhecimentos sobre as Infecções de Transmissão Sexual

Nº Item	Itens	Média	Dp	r item/ total	r ²	α sem item
1	Existe uma infeção de transmissão sexual chamada sífilis	2.44	1.152	0.421	0.347	0.760
2	A pílula impede a transmissão de infeções sexuais	2.32	1.341	0.285	0.305	0.770
3	O preservativo impede sempre a transmissão de infeções sexuais	2.47	1.256	0.187	0.165	0.776
4	O vírus da SIDA transmite-se pelo sangue	2.07	1.202	0.495	0.371	0.755
5	O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais	2.06	1.149	0.462	0.350	0.758
6	Um beijo na boca pode transmitir infeções sexuais	2.40	1.292	0.209	0.431	0.775
7	A hepatite também se transmite sexualmente	2.58	1.099	0.334	0.306	0.766
8	A saliva transmite o vírus da SIDA	2.66	1.300	0.162	0.373	0.779
9	O herpes genital é uma infeção de transmissão sexual	2.46	1.105	0.503	0.449	0.755
10	As infeções sexualmente transmissíveis podem ser transmitidas de pais para filhos	2.67	1.156	0.319	0.291	0.767
11	Existem diferentes infeções que podem ser contraídas por contacto sexual, não existindo tratamento eficaz para algumas	2.48	1.056	0.595	0.528	0.750
12	A prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis depende muito de nós	2.19	1.093	0.700	0.649	0.743
13	Evitar experiências amorosas ocasionais com desconhecidos é uma atitude sensata para prevenir as infeções	2.51	1.171	0.504	0.502	0.755
14	Quando inicio as relações sexuais devo ir ao médico regularmente para prevenir as infeções sexualmente transmissíveis	2.55	1.062	0.462	0.510	0.758
15	Posso ter relações sexuais ocasionais pois a probabilidade de me transmitirem infeções sexuais é rara	2.59	1.096	0.220	0.373	0.773
16	Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo	2.26	1.231	0.350	0.440	0.765
17	Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula	2.42	1.208	0.333	0.520	0.766
18	O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz	2.21	1.211	0.619	0.544	0.746
19	O uso de preservativo serve apenas para evitar a gravidez	3.70	1.172	-0.378	0.412	0.810
20	Pensar que posso contrair uma infeção sexualmente transmissível impede-me de ter relações sexuais	2.62	1.153	0.155	0.344	0.778
				Primeira metade	0.636	
				Segunda metade	0.655	
Coeficiente alpha Cronbach global para o presente estudo					0.775	
Coeficiente alpha Cronbach global na escala original					0.781	

1.3.5. Critérios de operacionalização das variáveis

Para tornarmos as variáveis mais assertivas e visíveis, sentimos a necessidade de as operacionalizar, empiricamente e com base em estudos epidemiológicos, para uma melhor interpretação dos resultados, objetivando a obtenção de dados mais esclarecedores.

Variável	Tipo	Variável Original	Recodificação da variável
Idade	Intervalar	Idade em anos	<= 16 anos 17 - 18 anos >= 19 anos
Continente de origem	Nominal	Europeu	Europeu
		Africano Asiático Outro	Outro
Curso	Nominal	Gestão de equipamentos informáticos Multimédia Eletrónica, automação e computadores	Informática
		Fotografia Turismo Comunicação Animação sociocultural Audiovisuais Restauração	Áreas Sociais
		Instalações elétricas Mecânica Manutenção industrial/ Mecatrónica automóvel Energias renováveis	Área de engenharia
Rendimento escolar	Nominal	Muito mau Mau Nem mau nem bom	Mau
		Bom Muito Bom	Bom
Agregado familiar	Ordinal	1, 2, 3, 4, 5, ≥6	Até 3 elementos Mais de 3 elementos
Com quem vive	Nominal	Pai Mãe Padrasto Madrasta Irmãos	Nuclear
		Avós Instituição Outro	Outra
Número de irmãos	Ordinal	0, 1, 2, 3, ≥4	Sem irmãos; 1 irmão; >= 2 irmãos
Habilitações literárias dos pais	Ordinal	Doutoramento Mestrado Licenciatura Bacharel	Formação superior
		12º Ano ou antigo 7º ano 9º Ano ou antigo 5º ano 6º Ano ou ciclo preparatório 4º Ano ou antiga 4ª classe	Formação intermédia
		Inferior à 4ª classe	Formação inferior ou inexistente
Profissão do pai e mãe	Nominal	Empregado(a) Sim	Ativo(a)
		Não Reformado(a)	Não ativo(a)
Ambiente familiar	Nominal	Muito mau Mau Nem mau nem bom	Mau
		Bom Muito Bom	Bom
Idade de início de atividade sexual	Intervalar	Idade em anos	≤15 anos =16 anos ≥ 17 anos

1.4. Procedimentos

Pretendeu-se pautar esta investigação de uma rigorosa conduta ética. Para tal, foram tidos os procedimentos necessários a este estudo. Após aparecer favorável, da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu do instrumento de colheita de dados pelo Superior de Saúde de Viseu, em março de 2014 (anexo 2), procedemos ao contacto das Escolas Profissionais de Trancoso e Mariana Seixas. Foram inicialmente contactados de forma informal os presidentes das duas escolas profissionais com o objetivo de apresentar o projeto de investigação. Após a receptividade demonstrada, foram realizados os pedidos formais (anexo 3), através de requerimento dirigido ao presidente do conselho executivo, onde constavam os propósitos do estudo e um exemplar do protocolo de colheita de dados.

Solicitámos aos encarregados de educação, dos estudantes menores de 18 anos, o consentimento para a participação no estudo. (anexo 4). Comprometemo-nos ainda, que seria mantida a completa confidencialidade bem como a participação voluntária dos estudantes, tendo a colheita de dados decorrido durante o mês de maio de 2014.

O questionário (anexo 5) foi aplicado em contexto de sala de aula, a todos os estudantes com consentimento para a participação no estudo, das turmas do 10º ao 12º ano. Colaboraram com a aplicação do instrumento de colheita de dados, os professores das escolas supracitadas. Previamente ao preenchimento, foi realizada uma instrução ao preenchimento do instrumento, nomeadamente quanto ao tema, aos objetivos e à importância da colaboração deles, reforçando-se uma vez mais o carácter voluntário da participação. Foi ainda demonstrada total disponibilidade por parte da equipa de investigadores, para o esclarecimento de dúvidas. Depois de preenchidos pelo estudante, os questionários foram recolhidos pelos professores e entregues em mão à equipa de investigação.

Atribuímos um número de referência a cada questionário, para identificação na base de dados, de forma manter o anonimato do estudante. Foram excluídos os inquéritos manifestamente incompletos nos dados. Após a recolha da amostra, foi elaborada uma base de dados.

1.5. Análise de dados

Depois da colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários, objetivando eliminar os que se encontrassem incompletos, seguindo-se o

processamento da sua codificação e respetiva tabulação, para que se pudesse preparar o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. No que concerne à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- < 1.96 diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro, (2005), do seguinte modo:

- Coeficiente de variação 0% - 15% - dispersão baixa;
- Coeficiente de variação 16% - 30% - dispersão moderada;
- Coeficiente de variação superior a 30% - dispersão alta.
- No que se refere à correlação de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizam-se os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2009) sugerem que sejam:
 - $r < 0.2$ – 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.

O coeficiente de correlação de *Pearson* consiste numa medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolivelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos duma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor

ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afeta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras;

No que respeita à estatística inferencial, usámos a estatística paramétrica e para estudo de proporções de estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos impõe a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa tenham distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Marôco, 2011). Para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis, foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov e para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de Levene, na medida em que é um dos mais potentes (Marôco, 2011). De acordo com o mesmo autor, os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas.

No que se refere à estatística não paramétrica, foi utilizada, como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, designadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificaram (Marôco, 2011). Assim, recorreremos a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.5 (Pestana & Gageiro, 2009). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos.

Quanto à estatística paramétrica e não paramétrica, recorreu-se aos seguintes testes:

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para 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)** e o teste **Kruskal-Wallis** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes, isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente aos testes *post-hoc*, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2009);

- **Regressão** é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - X_s) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente. Quando se utilizou unicamente uma variável dependente e uma independente, efetuou-se uma **regressão linear simples**. Por outro lado, quando se compara uma variável dependente e mais que uma variável independente recorre-se a **regressão múltipla**. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Teste de qui quadrado (X^2) - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana & Gageiro, 2009). O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que “os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou (...) os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis” (Pestana & Gageiro, 2009, p.141)

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores 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.

Acresce referir que no decurso do tratamento do estatístico foram detetadas respostas omissas a várias questões às quais se procedeu ao seu tratamento estatístico no intuito de determinar se as mesmas ao revelarem-se significativas poderiam pôr em causa toda a validade do estudo.

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso de tabelas e gráficos, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado aos estudantes do ensino secundário. A descrição e análise dos dados obedeceram à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows.

Após a descrição das considerações metodológicas, procedemos, no capítulo seguinte, à apresentação e análise dos resultados.

2. Resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começamos por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados concernentes à estatística inferencial.

2.1. Análise descritiva

Nos próximos subcapítulo iremos proceder à análise das variáveis académicas, de contexto sexual, das atitudes face à sexualidade e dos conhecimentos dos estudantes sobre infeções sexualmente transmissíveis.

2.1.1. Variáveis académicas

No que concerne aos temas apresentados na escola, relacionados com a saúde, apuramos que 71.2% dos alunos referem que não lhes foi abordado o tema do consumo de substâncias ilícitas, uma opinião partilhada quer pelos rapazes (66.9%), quer pelas raparigas (78.3%), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=4.215$; $p=0.040$). Contrariamente, há um predomínio de participantes (68.3%) a referirem que foi abordado o tema da educação sexual na escola (68,3%), uma confirmação dada por 63.4% dos rapazes e por 76.4% das raparigas, resultando em diferenças estatisticamente significativas ($X^2=5.145$; $p=0.023$). Quanto ao tema do consumo de álcool, a maioria dos participantes (60.9%) mencionou que este não lhe foi apresentado em contexto escolar, independentemente do género (61.1% dos rapazes e 60.4% das raparigas) (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Relação entre o gênero e os temas relacionados com saúde, apresentados na escola

Variáveis	Gênero				Total		Resíduos ajustados		
	Masculino		Feminino		N	%	Masculino	Feminino	
	N	%	N	%	N	%			
Consumo de substâncias ilícitas									$\chi^2 = 4.215$ $p = 0.040$
Sim	58	33.1	23	21.7	81	28.8	2.1	-2.1	
Não	117	66.9	83	78.3	200	71.2	-2.1	2.1	
Educação sexual									$\chi^2 = 5.145$ $p = 0.023$
Sim	111	63.4	81	76.4	192	68.3	-2.3	2.3	
Não	64	36.6	25	23.6	89	31.7	2.3	-2.3	
Consumo de álcool									$\chi^2 = 0.016$ $p = 0.899$
Sim	68	38.9	42	39.6	110	39.1	-.1	.1	
Não	107	61.1	64	60.4	171	60.9	.1	-.1	
Total	175	100,0	106	100,0	281	100,0			

2.1.2. Variáveis familiares

Coesão familiar

Em relação ao nível da coesão familiar, cujos valores percentuais mais elevados equivalem ao tipo de coesão familiar separada (35,6%), seguindo-se os estudantes que apresentam coesão familiar desmembrada (33,5%) e 26,6% com coesão familiar ligada. Verifica-se que entre a coesão familiar e o gênero não há diferenças significativas ($X^2=4,651$; $p=0,199$). (cf. Tabela 7).

Adaptabilidade familiar

Quanto à adaptabilidade, constatamos que predomina a do tipo flexível (45,1%), seguindo-se a adaptabilidade familiar muito flexível (22,8%), estando-lhe muito próxima, em termos de valor percentual, a adaptabilidade estruturada (22,1%). Não se encontrou diferenças significativas entre a adaptabilidade familiar e o gênero ($X^2 = 7,373$; $p=0,061$). Contudo, os resíduos ajustados demonstram diferença no tipo de adaptabilidade rígida para o gênero feminino (cf. Tabela 7).

Tipo de família

No que concerne ao tipo de família, os valores percentuais mais elevados pertencem ao tipo de família meio-termo e ao tipo de família equilibrada, ambos com idêntico valor percentual (39,3%). Segue-se o tipo de família extrema, representando 13,2% dos participantes. Não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de família e o gênero ($X^2=7,308$; $p=0,063$). Porém, os resíduos ajustados demonstram diferença no tipo de família meio-termo para o grupo masculino (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Relação entre o género e variáveis de contexto familiar

Variáveis	Género				Total		Resíduos ajustados		
	Masculino		Feminino		n	%	Masculino	Feminino	
	n	%	N	%	n	%			
Coesão familiar									
Desmembrada	61	34,8	33	31,1	94	33,5	0,6	-0,6	$\chi^2 = 4,651$ $p = 0,199$
Separada	67	38,3	33	31,1	100	35,6	1,2	-1,2	
Ligada	42	24,0	33	31,1	75	26,6	-1,3	1,3	
Muito ligada	5	2,9	7	6,7	12	4,3	-1,5	1,5	
Adaptabilidade familiar									
Rígida	11	6,3	17	16,0	28	10,0	-2,6	2,6	$\chi^2 = 7,373$ $p = 0,061$
Estrutura	42	24,0	20	18,9	62	22,1	1,0	-1,0	
Flexível	82	46,8	45	42,5	127	45,1	0,7	-0,7	
Muito flexível	40	22,9	24	22,6	64	22,8	-	-	
Tipo de família									
Extrema	16	10,2	18	18,0	34	13,2	-1,8	1,8	$\chi^2 = 7,308$ $p = 0,063$
Meio-termo	70	44,6	31	31,0	101	39,3	2,2	-2,2	
Equilibrada	61	38,8	40	40,0	101	39,3	-0,2	0,2	
Muito equilibrada	10	6,4	11	11,0	21	8,2	-1,3	1,3	
Total	175	100,0	106	100,0	281	100,0			

2.1.3. Variáveis de contexto sexual

Idade da primeira relação sexual

Em conformidade com os resultados relativos à idade da primeira relação sexual, apurámos um mínimo de 12 anos e um máximo de 18 anos para os rapazes, com uma média de 15.47 ± 1.304 dp. No que se refere às raparigas, o mínimo de idade é 14 anos e o máximo 20 anos, com a média de 16.32 ± 1.105 dp. O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda para as três dimensões. Os coeficientes de variação apontam para uma dispersão baixa em relação aos valores médios obtidos (cf. Tabela 8)

Tabela 8 - Estatísticas descritivas relativas à idade em que teve a primeira relação sexual

Género	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	99	12	18	15.47	1.30	8.42	-2.49	0.76	0.000
Feminino	69	14	20	16.32	1.10	6.77	0.94	1.45	0.000
Total	168	12	20	15.82	1.29	8.16	-2.25	2.37	0.000

Observamos que mais de metade dos alunos (59.8%) já iniciou a sua vida sexual, independentemente do género ($\chi^2=1.995$; $p=0.158$). No total da amostra, 38.7% dos estudantes iniciou a sua vida sexual aos 16 anos, seguindo-se 33.3% dos que referiram que tiveram a primeira relação sexual com idade menor ou igual a 15 anos. Há a salientar que

nos rapazes o valor percentual encontrado (41.4%) é idêntico para as duas referidas faixas etárias, enquanto nas raparigas prevalece claramente 43.5% das que iniciaram a sua vida sexual na faixa etária dos maior ou igual a 17 anos, resultando em diferenças estatísticas altamente significativas ($X^2=15.242$; $p=0.000$). Os valores de resíduos ajustados demonstram a diferença na faixa etária menor ou igual 15 anos para o grupo masculino e na faixa etária maior ou igual a 17 anos para o grupo feminino (cf. Tabela 9).

Relações sexuais sob efeito de álcool ou drogas

É notório o predomínio de alunos (74.4%) que mencionam nunca ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas, tendo resultado em diferença estatisticamente significativa ($X^2=9.687$; $p=0.002$). Os valores residuais ajustados revelam que a diferença está no grupo feminino para os que não tiveram relações sexuais sob efeito de álcool e drogas, e no grupo masculino para os que tiveram relações sexuais sob efeito de álcool e drogas. (cf. Tabela 9).

Recusa de relações sexuais por ausência de preservativo

Constatamos que a maioria dos participantes já se recusou a ter relações sexuais por não ter preservativo, correspondendo a 46.4% do total da amostra, com prevalência das raparigas (58.0%). Importa salientar que 33.3% dos rapazes, ainda que não em maioria, não se recusaram a ter relações sexuais por não ter preservativo. Ressalva-se ainda que 28.3% dos rapazes e 23.2% das raparigas confirmam que sempre que precisaram tinham preservativo, registando-se uma diferença estatisticamente significativa ($X^2=6.882$; $p=0.032$) (cf. Tabela 9).

Recurso à pílula do dia seguinte

No que se refere ao recurso à pílula do dia seguinte, a maioria das raparigas (81.2%) afirmam nunca ter sido necessário recorrer a esta medicação. Uma elevada percentagem de rapazes (89.9%) também refere nunca ter tido necessidade de recorrer a esta medicação. (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Relação entre o gênero e variáveis de contexto sexual

Variáveis	Gênero				Total		Resíduos ajustados		x ²
	Masculino		Feminino		N	%	Masculino	Feminino	
	N	%	N	%					
	99	62.3	69	37.7	168	100.0			
Início da vida sexual									
Não	76	43.4	37	34.9	113	40.2	1.4	-1.4	x ² =1.995 p =0.158
Sim	99	56.6	69	65.1	168	59.8	-1.4	1.4	
Total	175	100.0	106	100.0	281	100.0			
Idade 1ª relação sexual									
<= 15 anos	41	41.4	15	21.7	56	33.3	2.7	-2.7	x ² =15.242 p =0.000
16 anos	41	41.4	24	34.8	65	38.7	.9	-9	
>= 17 anos	17	17.2	30	43.5	47	28.0	-3.7	3.7	
Relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas									
Não	65	65.7	60	87.0	125	74.4	-3.1	3.1	x ² =9.687 p =0.002
Sim	34	34.3	9	13.0	43	25.6	3.1	-3.1	
Recusa de relações sexuais por não ter preservativo									
Não	33	33.3	13	18.8	46	27.4	2.1	-2.1	x ² =6.882 p =0.032
Sim	38	38.4	40	58.0	78	46.4	-2.5	2.5	
Sempre que precisei tinha	28	28.3	16	23.2	44	26.2	.7	-7	
Recorrer à pílula do dia seguinte									
Não	89	89.9	56	81.2	145	86.3	1.6	-1.6	x ² =2.628 p =0.105
Sim	10	10.1	13	18.8	23	13.7	-1.6	1.6	
Total	99	100.0	69	100.0	168	100.0			

2.1.4. Atitudes face à sexualidade

As estatísticas relativas às atitudes face à sexualidade, apresentam-se em valores percentuais. De acordo com os resultados obtidos, apurámos, para o grupo dos rapazes, um mínimo de 34.62% e um máximo de 94.23%, com uma média de 65.18±13.619 dp. No que se refere às raparigas, o mínimo é 39.42% e o máximo 94.23%, com a média de 70.48 ± 2.696 dp. O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas normocurticas e enviesadas à esquerda para as três dimensões. Os coeficientes de variação apontam para uma dispersão moderada e baixa em relação aos valores médios obtidos (cf. Tabela 10). De uma forma geral, podemos dizer que as atitudes dos estudantes são desfavoráveis (40.2%) (cf. Tabela 11).

Tabela 10 - Estatísticas descritivas relativas às atitudes face à sexualidade

Atitudes \ Gênero	Gênero									
	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S	p
Masculino	175	34.62	94.23	65.18	13.619	20.89	-.045	-.870	.074	.022
Feminino	106	39.42	94.23	70.48	2.696	3.82	-.355	-.481	.066	.200

Total	281	34.62	94.23	67.18	13.502	0.20	-1.18	-2.73	.064	.001
-------	-----	-------	-------	-------	--------	------	-------	-------	------	------

Atitudes face à sexualidade e género

A maioria dos rapazes (73.5%) revela uma atitude desfavorável face à sexualidade, contrariamente às raparigas que, na sua maioria (46.9%), têm uma atitude indiferente, estando muito próximas (44.2%) das raparigas que apresentam uma atitude favorável face à sexualidade, resultando em diferenças estatisticamente bastante significativa ($X^2=10.163$; $p=0.006$) (cf. Tabela 11).

Atitudes face à sexualidade e idade

Os resultados mostram que a maioria dos alunos com idade ≤ 16 anos (38.3%) revela uma atitude desfavorável face à sexualidade, bem como a maioria dos que possuem entre os 17-18 anos (42.6%). Contrariamente, no grupo dos alunos na faixa etária ≥ 18 anos prevalecem os que têm uma atitude favorável face à sexualidade (42.4%) (cf. Tabela 13) (cf. Tabela 11).

Atitudes face à sexualidade e zona de residência

No que se refere à zona de residência, verificamos que os estudantes a residir na aldeia, na sua grande maioria, (70.3%) revelam uma atitude de indiferença face à sexualidade, enquanto a maioria dos alunos que reside na vila (16.8%) tem uma atitude desfavorável. Por sua vez, no que se refere aos estudantes que residem na cidade, predominam os que revelam uma atitude favorável (33.7%). Não há significância estatística ($X^2=6,868$; $p=0.143$) (cf. Tabela 11).

Atitudes face à sexualidade e continente de origem

Os dados evidenciam que a maioria (39.5%) dos participantes cujo continente é a Europa, tem uma atitude desfavorável em relação à sexualidade, sendo esta análoga a 53.3% dos alunos de outro continente de origem. Não há diferenças estatisticamente entre continente de origem e atitudes face à sexualidade ($X^2=2,522$; $p=0.283$) (cf. Tabela 11)

Tabela 11 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes face à sexualidade

Variáveis	Atitudes Desfavorável		Indiferente		Favorável		Total		Residuais			X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3		
Gênero	113	40.2	64	22.8	104	37.0	281	100				10.163	0.006
Masculino	83	73.5	34	53.1	58	55.8	175	62.3	3.2	-1.7	-1.7		
Feminino	30	26.5	30	46.9	46	44.2	106	37.7	-3.2	1.1	1.7		
Idade												6.236	0.182
<= 16 anos	23	38.3	20	33.3	17	28.3	60	21.4	-.3	2.2	-1.6		
17 - 18 anos	69	42.6	31	19.1	62	38.3	162	57.7	.9	-1.7	.5		
>= 19 anos	21	35.6	13	22.0	25	42.4	59	42.4	-.8	-.2	1.0		
Zona de residência												6.868	0.143
Aldeia	64	56.6	45	70.3	53	51.0	162	57.7	-.3	2.3	-1.7		
Vila	19	16.8	6	9.4	16	15.4	41	14.6	.9	-1.3	.3		
Cidade	30	26.5	13	20.3	35	33.7	78	27.8	-.4	-1.5	1.7		
Continente de origem												2.522	0.283
Europeu	105	39.5	63	23.7	98	36.8	266	94.7	-1.1	1.5	-.2		
Outro	8	53.3	1	6.7	6	40.0	15	5.3	1.1	-1.5	.2		

Atitudes face à sexualidade e ano em que está matriculado

Averiguamos que metade dos estudantes a frequentar o 10º ano de escolaridade (50%) revelam uma atitude de indiferença face à sexualidade, enquanto a maioria dos alunos que frequentam o 11º ano (42.5%) tem uma atitude desfavorável. Já no que se refere aos estudantes que frequentam o 12º ano, predominam os que revelam uma atitude favorável (29.8%), tendo resultado em diferença estatisticamente significativa ($X^2=12.454$; $p=0.014$) (cf. Tabela 12).

Atitudes face à sexualidade e educação sexual, na escola

Observamos que a maioria dos estudantes que confirmam ter tido abordagem na escola a educação sexual (76.9%) tem uma atitude favorável em relação à sexualidade, enquanto os alunos que referiram não ter sido abordado na escola este tema, na sua maioria, têm uma atitude indiferente (42.2%), tendo resultado em diferença estatisticamente significativa ($X^2=7.020$; $p=0.030$) (cf. Tabela 12).

Atitudes face à sexualidade e abordagem do tema consumo de substâncias ilícitas

Quanto à abordagem na escola do tema substâncias ilícitas, a maioria (79.7%) dos participantes que não foi alvo da sessão educativa tem uma atitude indiferente em relação à sexualidade, enquanto os alunos que assistiram à sessão, na sua maioria, têm uma atitude favorável (36.5%) (cf. Tabela 12).

Atitudes face à sexualidade e abordagem do tema sobre o álcool, na escola

De acordo com os dados obtidos, aferimos que a maioria dos estudantes que confirmam ter sido abordada na escola o tema sobre o álcool (42.7%) tem uma atitude desfavorável em relação à sexualidade, bem como os alunos que referiram não ter sido abordado na escola este tema (38.6%), estando-lhes muito próximos, em termos percentuais, os participantes que apresentam uma atitude face à sexualidade favorável (38.0%). Não há diferenças estatisticamente significativas entre abordagem do tema sobre o álcool e as atitudes face à sexualidade ($X^2=0,475$; $p=0,789$) (cf. Tabela 12).

Tabela 12- Relação entre variáveis académicas e as atitudes face à sexualidade

variáveis	Atitudes		Desfavorável		Indiferente		Favorável		Total		Residuais			χ^2	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3				
Ano de matrícula															
10º ano	46	40.7	32	50.0	44	47.1	127	45.2	-	1.2	.9	.5	12.454	0.014	
11º ano	48	42.5	16	25.0	24	23.1	88	31.3	3.3	-	-	1.2			2.3
12º ano	19	16.8	16	25.0	31	29.8	66	23.5	-	2.2	.3	1.9			
Educação sexual na escola															
Sim	75	66.4	37	57.8	80	76.9	192	68.3	-.6	-	2.1	2.4	7.020	0.030	
Não	38	33.6	27	42.2	24	23.1	89	31.7	.6	2.1	-	2.4			
Substâncias lícitas															
Sim	30	26.5	13	20.3	38	36.5	81	28.8	-.7	-	1.7	2.2	5.562	0.062	
Não	83	73.5	51	79.7	66	63.5	200	71.2	.7	1.7	-	2.2			
Tema álcool na escola															
Sim	47	42.7	24	21.8	39	35.5	110	39.1	.7	-.3	-.4		0.475	0.789	
Não	66	38.6	40	23.4	65	38.0	171	60.9	-.7	.3	.4				
Total	113	100.00	64	100.0	104	100.0	281	100.0							

Atitudes face à sexualidade e situação dos pais

Verificamos que a maioria dos estudantes cujos pais vivem juntos/casados (44.5%) revelam uma atitude desfavorável face à sexualidade, enquanto a maioria dos alunos que os pais vivem separados/divorciados (54.5%) tem uma atitude favorável. Já no que se refere aos estudantes que os pais são viúvos, predominam os que revelam uma atitude favorável

(40.0%), tendo resultado em diferença estatisticamente significativa ($X^2=10.356$; $p=0.035$) (cf. Tabela 13).

Atitudes face à sexualidade e formação literária dos pais

No que se refere à relação entre as habilitações literárias do pai dos participantes e as suas atitudes face à sexualidade, averiguamos que a maioria dos estudantes que o pai possui formação superior (50.0%) revela uma atitude de desfavorável. Quanto aos alunos cujo pai tem formação intermédia, prevalecem, com igual valor percentual (39.0%), os que têm uma atitude desfavorável e favorável face à sexualidade. Já no que se refere aos estudantes que o pai possui formação inferior ou inexistente, predominam os que revelam uma atitude desfavorável (41.9%) (cf. Tabela 13).

Relativamente à relação entre as habilitações literárias da mãe dos participantes e as suas atitudes face à sexualidade, apuramos que a maioria dos estudantes que a mãe possui formação superior (53.3%) revelam uma atitude favorável. Quanto aos alunos cuja mãe tem formação intermédia, predominam (49.9%) os que têm uma atitude desfavorável. Já no que se refere aos estudantes que a mãe possui formação inferior ou inexistente, prevalecem os que revelam uma atitude favorável face à sexualidade (40.8%) (cf. Tabela 13).

Atitudes face à sexualidade e ambiente familiar

No que diz respeito ao ambiente familiar verifica-se que 86.8% dos estudantes referem possuir bom ambiente familiar e 13.2% mau ambiente familiar. Dos estudantes com atitude desfavorável face à sexualidade, mais de 90.0% têm bom ambiente familiar, mas percentagem muito significativas são também encontradas para quem tem uma atitude indiferente ou favorável com 85.9% e 83.7% respetivamente. As diferenças entre as variáveis em estudo não são significativas, conforme resultado do teste de qui quadra e resíduos ajustados (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Relação entre variáveis familiares e as atitudes face à sexualidade

Variáveis	Atitudes Desfavorável		Indiferente		Favorável		Total		Residuais			X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3		
Situação dos pais													
Vivem juntos/ casados	94	44.5	49	23.2	68	32.2	221	75.1	2.6	.3	-	10.356	0.035
Vivem separados/divorciados	14	25.5	11	20.0	30	54.5	55	19.6	-	-	2.9		
Viúvo(a)	5	33.3	4	26.7	6	40.0	15	5.3	-2.5	-0.5	3.0		
Habilit. literárias: pai													
Formação superior	6	50.0	1	8.3	5	41.7	12	4.5	.7	-	.4	3.305	0.508
Formação intermédia	64	39.0	36	22.0	64	39.0	164	61.0	-0.6	-0.5	1.1		
Formação inferior ou inexistente	39	41.9	25	26.9	26	31.2	93	34.6	.3	1.1	-1.3		
Habilit. literárias: mãe													
Formação superior	4	26.7	3	20.0	8	53.3	15	5.4	-	-	1.3	6.969	0.138
Formação intermédia	84	44.9	39	20.9	64	34.2	187	67.3	1.1	-	-		
Formação inferior ou inexistente	23	30.3	22	28.9	31	40.8	76	27.3	2.4	1.2	1.4		
Ambiente familiar													
Mau ambiente familiar	11	9.7	9	14.1	17	16.3	37	13.2	-	.2	1.2	2,129	0.345
Bom ambiente familiar	102	90.3	55	85.9	87	83.7	244	86.8	1.4	-0.2	-		
Total	113	100.0	64	100.0	104	100.0	281	100.0					

Atitudes face à sexualidade e início da atividade sexual

No que diz respeito às atitudes face à sexualidade dos estudantes que já iniciaram ou não vida sexual, a maioria (43.4%), que nunca teve relações sexuais revelam uma atitude desfavorável face à sexualidade, contrariamente aos 41.7% dos que já iniciaram a sua vida sexual, cuja atitude é favorável. Não há diferenças estatisticamente significativas entre início da atividade sexual e as atitudes face à sexualidade ($X^2=4.094$; $p=0.129$) (cf. Tabela 14).

Atitudes face à sexualidade e idade da primeira relação sexual

Os resultados revelam que, no grupo de estudantes que teve a relações sexuais com idade menor ou igual a 15anos, prevalecem os que apresentam uma atitude desfavorável face à sexualidade (46.4%). Já no grupo de alunos que teve a primeira relação sexual aos 16 anos, a opinião favorável sobre a sexualidade é a que prevalece (41.5%), bem como por

parte de 46.8% dos alunos que referiu ter iniciado a sua vida sexual na faixa etária maior ou igual a 17 anos (cf. Tabela 14).

Atitudes face à sexualidade e ter tido relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas

Relativamente às relações sexuais sob o efeito de drogas lícitas e ilícitas, a maioria dos estudantes (74.4%) referiu nunca ter tido relações sexuais sob efeito do álcool ou de drogas apresentam uma atitude favorável face à sexualidade (45.6%), contrariamente aos 44.2% dos que admitiram essa situação, pois a sua atitude é desfavorável (cf. Tabela 14).

Atitudes face à sexualidade e recusa em ter relações sexuais por não ter preservativo

No grupo de alunos que referiu não ter recusado relações sexuais por ausência de preservativo, prevalecem os que apresentam uma atitude desfavorável face à sexualidade (43.5%), estando-lhes muito próximos os que apresentam uma atitude favorável (41.3%). Já no grupo de alunos que recusou ter relações sexuais sem preservativo, a opinião favorável sobre a sexualidade é a que prevalece (38.5%), bem como por parte dos alunos que referiu ter sempre preservativo quando precisou (47.7%) (cf. Tabela 14).

Atitudes face à sexualidade e recorrer à pilula do dia seguinte

No que concerne à toma da pílula do dia seguinte, podemos dizer que a maioria dos alunos que referiu nunca ter havido necessidade de tomar a pílula do dia seguinte apresentam uma atitude favorável face à sexualidade (42.8%). No grupo de alunos em que houve a necessidade de tomar a pílula do dia seguinte, regista-se um valor percentual igual para as opiniões desfavoráveis e favoráveis face à sexualidade (34.8%) (cf. Tabela 14).

Tabela 14- Relação entre variáveis de contexto sexual e as atitudes face à sexualidade

Variáveis	Atitudes		Desfavorável		Indiferente		Favorável		Total		Residuais			X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3				
Ter tido relações sexuais															
Não	49	43.4	30	26.5	34	30.1	113	40.2	.9	1.2	-2.0	4.094	0.129		
Sim	64	38.1	34	20.2	70	41.7	168	59.8	-.9	1.2	2.0				
Total	113	100.0	64	100.0	104	100.0	281	100.0							
Idade da 1ª relação sexual															
<= 15 anos	26	46.4	9	16.1	21	37.5	56	33.3	1.6	-	-0.8	5.423	0.247		
16 anos	26	40.0	12	18.5	27	41.5	65	38.7	.4	-0.5	.0				
>= 17 anos	12	25.5	13	27.7	22	46.8	47	28.0	-2.1	1.5	.8				
Rela sob efeito de álcool ou drogas															
Não	45	36.0	23	18.4	57	45.6	125	74.4	-	-	1.8	3.191	0.203		
Sim	19	44.2	11	25.6	13	30.2	43	25.6	1.0	1.0	-1.8				
Recusa de relações sexuais sem preservativo															
Não	20	43.5	7	15.2	19	41.3	46	27.4	.9	-	-0.1	2.453	0.653		
Sim	29	37.2	19	24.4	30	38.5	78	46.4	-0.2	1.2	-0.8				
Sempre que precisei tinha preservativo	15	34.1	8	18.2	21	47.7	44	26.2	-0.6	-0.4	.9				
Recorrer à pílula do dia seguinte															
Não	56	38.6	27	18.6	62	42.8	145	86.3	.4	-	.7	1.749	0.417		
Sim	8	34.8	7	30.4	8	34.8	23	13.7	-0.4	1.3	-0.7				
Total	64	100.0	34	100.0	70	100.0	168	100.0							

Atitudes face à sexualidade e agregado familiar

No que diz respeito ao agregado familiar, podemos referir que a maioria dos alunos que tem um agregado familiar até três elementos apresenta uma atitude favorável face à sexualidade (43.8%). No grupo de alunos com um agregado familiar com mais de três elementos, regista-se um valor percentual mais elevados (42.7%) para as opiniões desfavoráveis face à sexualidade. Não há relação estatisticamente significativa entre agregado familiar e atitudes face à sexualidade ($X^2=2.687$; $p=0.261$) (cf. Tabela 15).

Atitudes face à sexualidade e número de irmãos

Averiguamos que, no grupo de estudantes sem irmãos, há um predomínio (40.4%) de alunos com atitude desfavorável face à sexualidade, estando-lhes muito próximos os que revelam uma atitude favorável, representando 38.6%. Os participantes que possuem um irmão, na sua maioria, apresentam uma atitude desfavorável (42.6%), enquanto os que

possuem dois ou mais irmãos maioritariamente revelam uma atitude favorável face à sexualidade (38.6%) (cf. Tabela 15).

Atitudes face à sexualidade e tipo de família

Constatamos, que, no grupo de estudantes cuja família é do tipo extrema, há um predomínio (52.9%) dos que têm uma atitude desfavorável face à sexualidade, bem como no grupo de alunos que a família é do tipo intermédia (42.6%) que apresentam também uma atitude desfavorável, sendo esta uma posição idêntica à dos participantes que têm uma família equilibrada (38.6%). Os participantes com uma família muito equilibrada, na sua maioria, apresentam uma atitude favorável à sexualidade (57.1%) (cf. Tabela 15).

Tabela 15- Relação entre variáveis familiares e as atitudes face à sexualidade

Variáveis	Atitudes		Desfavorável		Indiferente		Favorável		Total		Residuais			X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3				
Agregado familiar															
Até três elementos	31	34.8	19	21.3	39	43.8	89	31.7	-1.3	-.4	1.6	2.687	0.261		
Mais de três elementos	82	42.7	45	23.4	65	33.9	192	68.3	1.3	.4	-1.6				
Número de irmãos															
Sem irmãos	23	40.4	12	21.1	22	38.6	57	20.3	.0	-.3	.3	1.031	0.905		
1 irmão	58	42.6	30	22.1	48	35.3	136	48.4	.8	-.3	-.6				
>= 2 irmãos	32	36.4	22	25.0	34	38.6	88	31.3	-.9	.6	.4				
Tipo de família															
Extrema	18	52.9	7	20.6	9	26.5	34	13.2	1.6	-.4	-1.3	8.283	0.218		
Intermédia	43	42.6	21	20.8	37	36.6	101	39.3	.6	-.8	.1				
Equilibrada	39	38.6	27	26.7	35	34.7	101	39.3	-.5	1.0	-.4				
Muito equilibrada	4	19.0	5	23.8	12	57.1	21	8.2	-2.1	.1	2.1				
Total	113	100.0	64	100.0	104	100.0	281	100.0							

2.1.5. Conhecimento sobre infeções de transmissão sexual

As estatísticas relativas aos conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual apresentam-se em valores percentuais. Os resultados demonstram, para o grupo dos rapazes, um mínimo de 0.00% e um máximo de 57.50%, com uma média de 0.97 ± 12.905 dp. No que se refere às raparigas, o mínimo é 7.50% e o máximo 94.23%, com a média de 33.62 ± 11.965 dp. O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas normocúrticas e enviesadas à esquerda para as três dimensões. Os coeficientes de variação apontam para uma dispersão elevada em relação aos valores médios obtidos. (cf. Tabela 16). A maioria dos participantes apresentam conhecimentos insuficientes sobre infeções de transmissão sexual (39.1%)

estando-lhes muito próximos os que apresentam bons conhecimentos (38.1%) (cf. Tabela 17).

Tabela 16 - Estatísticas descritivas relativas ao género e conhecimento sobre infeções de transmissão sexual

Género \ Conhecimento	Género									
	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S	p
Masculino	175	0.00	65.00	0.97	12.905	133,30	-.593	-.279	.074	0.022
Feminino	106	7.50	57.50	33.62	11.965	35.58	-.008	-.884	.066	0.200

Conhecimento sobre infeções de transmissão sexual e género

Podemos dizer que a maioria dos rapazes (46.6%) revela bons conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual, contrariamente às raparigas que, na sua maioria (54.7%), têm conhecimentos insuficientes, resultando em diferença estatisticamente bastante significativas ($X^2=17.437$; $p=0.000$) (cf. Tabela 17)

Conhecimento sobre infeções de transmissão sexual e idade

Os dados sobre a relação entre os conhecimentos e a idade dos participantes mostram que, a maioria dos estudantes com idade igual ou inferior a 16 anos (51.7%) apresentam bons conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual, os da faixa etária entre os 17-18 anos apresentam conhecimentos insuficientes (38.9%) assim como os com idade igual ou superior a 19 anos (44.1%), as variáveis não são estatisticamente significativas ($X^2=7.521$; $p=0.111$) (cf. Tabela 17)

Conhecimento sobre infeções de transmissão sexual e zona de residência

A análise dos resultados patenteia que a maioria dos alunos que reside na aldeia (42.0%) revela bons conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual, bem como os que vivem na vila (39.0%). Dos alunos que residem na cidade, a maioria (51.3%) tem conhecimentos insuficientes sobre as infeções de transmissão sexual. (cf. Tabela 17)

Conhecimento sobre infeções de transmissão sexual e continente de origem

Observamos, que a maioria dos alunos cujo continente de origem é o europeu (38.7%) revela bons conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual, estando-lhes muito próximos os que mostram conhecimentos insuficientes (38.3%). Dos participantes que têm outro continente de origem, prevalecem os que apresentam conhecimentos insuficientes (53.3%) (cf. Tabela 17)

Tabela 17 - Relação entre variáveis sociodemográficas e conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual

Conhecimento Variáveis	Insuficientes		Favoráveis		Bons		Total		Residuais			X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3		
Género	110	39.1	64	22.8	107	38.1	281	100					
Masculino	52	29.7	45	25.7	78	44.6	175	62.3	-4.2	1.5	2.9	17.437	0.000
Feminino	58	54.7	19	17.9	29	27.4	106	37.7	4.2	-1.5	-2.9		
Idade													
<= 16 anos	21	35.0	8	13.3	31	51.7	60	21.4	-.7	-2.0	2.4		
17 - 18 anos	63	38.9	42	25.9	57	35.2	162	57.7	-.1	1.5	-1.2	7.521	0.111
>= 19 anos	26	44.1	14	23.7	19	32.2	59	21.0	.9	.2	-1.0		
Zona de residência													
Aldeia	57	35.2	37	22.8	68	42.0	162	57.7	-1.6	.0	1.6		
Vila	13	31.7	12	29.3	16	39.0	41	14.6	-1.1	1.1	.1		
Cidade	40	51.3	15	19.2	23	29.5	78	27.8	2.6	-9	-1.8		
Continente de origem													
Europeu	102	38.3	61	22.9	103	38.7	266	94.7	-1.2	.3	.9	1.410	0.494
Outro	8	53.3	3	20.0	4	26.7	15	5.3	1.2	-3	-9		

Conhecimento sobre infeções de transmissão sexual e ano de escolaridade

A análise dos resultados demonstra que a maioria dos estudantes que frequentam o 10º ano (39.4%) revelam conhecimentos insuficientes sobre as infeções de transmissão sexual, estando-lhes muito próximo os que apresentam bons conhecimentos (38.6%). Dos participantes que frequentam o 11º ano, a maioria (46.6%) tem bons conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual, enquanto os que frequentam o 12º ano patenteiam conhecimentos insuficientes, na sua maioria (53.0%). Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o ano de escolaridade e os conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual ($X^2=10.449$; $p=0.034$) (cf. Tabela 18).

Conhecimento sobre infeções de transmissão sexual e abordagem na escola do tema sobre substâncias ilícitas

Podemos referir que a maioria dos alunos que admite já ter abordado na escola o tema das substâncias ilícitas (44.4%) revela conhecimentos insuficientes sobre as infeções

de transmissão sexual. Dos participantes que mencionam não ter sido abordado o referido tema na escola, prevalecem os que apresentam bons conhecimentos (40.5%) (cf. Tabela 18).

Conhecimento sobre infecções de transmissão sexual e abordagem na escola da educação sexual

Verificamos que a maioria dos estudantes que refere já ter abordado na escola a educação sexual (44.8%) demonstra conhecimentos insuficientes sobre as infecções de transmissão sexual. Dos participantes que referem não ter sido abordada a educação sexual na escola, predominam os que apresentam bons conhecimentos (43.8%). Encontramos diferenças estatisticamente significativas entre a abordagem da educação sexual na escola e os conhecimentos sobre as infecções de transmissão sexual ($X^2=8.434$; $p=0.015$). Pela análise dos resíduos ajustados a diferença encontra-se nos estudantes com conhecimentos insuficientes que abordaram a temática na escola. (cf. Tabela 18)

Conhecimento sobre infecções de transmissão sexual e abordagem na escola do tema sobre o álcool

Os alunos que admitem já ter sido abordado na escola o tema sobre o álcool tanto mostram conhecimentos insuficientes sobre as infecções de transmissão sexual, como bons conhecimentos, isto porque se registam valores percentuais análogos (39.1%). Dos participantes que referem não ter sido abordado o tema sobre o álcool na escola, sobressaem os que apresentam conhecimentos insuficientes (39.2%) (cf. Tabela 18).

Tabela 18 - Relação entre variáveis académicas e o conhecimento sobre infecções de transmissão sexual

Conhecimento Variáveis	Insuficientes		Favoráveis		Bons		Total		Residuais			X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3		
Ano de escolaridade													
10º ano	50	39.4	28	22.0	49	38.6	127	45.2	.1	-.3	.2	10.449	0.034
11º ano	25	28.4	22	25.0	41	46.6	88	31.3	-2.5	.6	2.0		
12º ano	35	53.0	14	21.2	17	25.8	66	23.5	2.6	-.3	-2.4		
Tema substâncias ilícitas													
Sim	36	44.4	19	23.5	26	32.1	81	28.8	1.2	.2	-1.3	1.908	0.385
Não	74	37.0	45	22.5	81	40.5	200	71.2	-1.2	-.2	1.3		
Tema sexualidade													
Sim	86	44.8	38	19.8	68	35.4	192	68.3	2.8	-1.8	-1.3	8.434	0.015
Não	24	27.0	26	29.2	39	43.8	89	31.7	-2.8	1.8	1.3		
Tema álcool													
Sim	43	39.1	24	21.8	43	39.1	110	39.1	.0	-.3	.3	0.122	0.941
Não	67	39.2	40	23.4	64	37.4	171	60.9	.0	.3	-.3		
Total	113	100.0	64	100.0	104	100.0	281	100.0					

Conhecimento sobre infeções de transmissão sexual e a situação dos pais

No que concerne à situação dos pais, a maioria dos estudantes que os pais vivem juntos/casados (39.8%) revela bons conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual. Dos alunos que os pais vivem separados/divorciados, a maioria (61.8%) tem conhecimentos insuficientes sobre as infeções de transmissão sexual, bem como os que os pais são viúvos, cuja maioria (46.7%) também demonstra conhecimentos insuficientes. Encontramos diferenças estatisticamente altamente significativas entre a situação dos pais e os conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual ($X^2=19.049$; $p=0.001$). (cf. Tabela 19)

Conhecimento sobre infeções de transmissão sexual e habilitações literárias dos pais

Averiguamos que a maioria dos alunos que o pai possui formação superior (41.7%) revela bons conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual. Dos alunos que o pai tem formação intermédia, a maioria (39.0%) tem conhecimentos insuficientes sobre as infeções de transmissão sexual, enquanto os que o pai possui formação inferior ou inexistente, maioritariamente (38.7%) revela bons conhecimentos.

No que diz respeito às habilitações literárias da mãe, a maioria dos alunos cuja mãe possui formação superior (60.0%) revela conhecimentos insuficientes sobre as infeções de transmissão sexual. Dos alunos que a mãe tem formação intermédia, a maioria (43.9%) tem bons conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual, enquanto os que a mãe possui formação inferior ou inexistente, maioritariamente (46.1%) revela conhecimentos insuficientes. (cf. Tabela 19)

Conhecimento sobre infeções de transmissão sexual e ambiente familiar

Verificamos que metade dos alunos cujo ambiente familiar é mau a muito mau (50.0%) revela conhecimentos insuficientes sobre as infeções de transmissão sexual e os outros 50% revela bons conhecimentos. Dos alunos que o seu ambiente familiar nem é mau nem bom, a maioria (54.5%) tem conhecimentos insuficientes sobre as infeções de transmissão sexual, tal como os que têm bom ambiente familiar (41.1%). Todavia, os participantes cujo ambiente familiar é muito bom, na maioria (43.3%), revelam bons conhecimentos (cf. Tabela 19).

Tabela 19- Relação variáveis familiares e o conhecimento sobre infeções de transmissão sexual

Conhecimento Variáveis	Insuficientes		Favoráveis		Bons		Total		Residuais			X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3		
Situação dos pais													
Vivem juntos/ casados	69	32.7	58	27.5	84	39.8	211	75.1	-3.8	3.3	1.0	19.049	0.001
Vivem separados/ divorciados	34	61.8	4	7.3	17	30.9	55	19.6	3.8	-3.1	-1.2		
Víuvo(a)	7	46.7	2	13.3	6	40.0	15	5.3	.6	-.9	.2		
Habilitações literárias do pai													
Formação superior	3	25.0	4	33.3	5	41.7	12	4.5	-.9	.8	.2	1.120	0.891
Formação intermédia	64	39.0	38	23.2	62	37.8	164	61.0	.5	-.3	-.2		
Formação inferior ou inexistente	35	37.6	22	23.7	36	38.7	93	34.6	-1.1	.0	.1		
Habilitações literárias Da mãe													
Formação superior	9	60.0	2	13.3	4	26.7	15	5.4	1.7	-.9	-1.0	9.109	0.058
Formação intermédia	64	34.2	41	21.9	82	43.9	187	67.3	-2.3	-.4	2.6		
Formação inferior ou inexistente	35	46.1	20	26.3	21	27.6	76	27.3	1.5	.9	-2.3		
Ambiente familiar													
Mau ambiente	20	18.2	6	9.4	11	10.0	37	13.2	2.0	-1.0	-1.1	4.004	0.135
Bom ambiente	90	81.8	58	90.6	96	89.7	244	86.8	-2.0	1.0	1.1		
Total	113	100.0	64	100.0	104	100.0	281	100.0					

Conhecimento sobre infeções de transmissão sexual e ter tido relações sexuais

Os dados mostram-nos que, no grupo de alunos que admitem nunca ter tido relações sexuais (40.2), predominam os que possuem bons conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual (40.7%), enquanto os que já iniciaram a sua vida sexual (59.8%), na maioria (42.3%), possuem conhecimentos insuficientes (cf. Tabela 20).

Tabela 20 - Relação entre ter iniciado vida sexual e o conhecimento sobre infeções de transmissão sexual

Conhecimento Ter tido relações sexuais	Insuficientes		Favoráveis		Bons		Total		Residuais			X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3		
Não	39	34.5	28	24.8	46	40.7	113	40.2	-1.3	.7	.7	1.712	0.425
Sim	71	42.3	36	21.4	61	36.3	168	59.8	1.3	-.7	-.7		
Total	107	100.0	64	100.0	107	100.0	281	100.0					

Conhecimento sobre infecções de transmissão sexual e ter tido relações sexuais sob efeito do álcool ou de drogas

No grupo de alunos que admitem nunca ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool ou de drogas, predominam os que possuem conhecimentos insuficientes sobre as infecções de transmissão sexual, estando-lhes muito próximos os que revelam bons conhecimentos (37.6%). No que se refere aos participantes que já tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool ou de drogas, prevalecem (51.2%) os que possuem conhecimentos insuficientes. (cf. Tabela 21).

Conhecimento sobre infecções de transmissão sexual e recusar ter relações sexuais sem preservativo

Constatamos que no grupo de alunos que admitem nunca ter recusado relações sexuais por não ter preservativo, predominam os que possuem conhecimentos insuficientes sobre as infecções de transmissão sexual (34.8). A maioria dos alunos que afirma ter sempre preservativo quando precisou (40.9%) apresentam bons conhecimentos (cf. Tabela 21).

Conhecimento sobre infecções de transmissão sexual e toma da pílula do dia seguinte

Dos estudantes que admitem nunca ter tido a necessidade de tomar a pílula do dia seguinte, predominam os que possuem conhecimentos insuficientes sobre as infecções de transmissão sexual (41.4%). No que se refere aos participantes que já tiveram de tomar a pílula do dia seguinte, prevalecem também (47.8%) os que possuem conhecimentos insuficientes (cf. Tabela 21).

Tabela 21- Relação entre variáveis de contexto sexual e conhecimento sobre infecções de transmissão sexual

Conhecimento Variáveis	Insuficientes		Favoráveis		Bons		Total		Residuais			χ ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3		
Relações sob efeito de álcool ou drogas													
Não	49	39.2	29	23.2	47	37.6	125	74.4	-1.4	1.0	.6	2.023	0.364
Sim	22	51.2	7	16.3	14	32.6	43	25.6	1.4	-1.0	-.6		
Recusar relações sem preservativo													
Não	16	34.8	15	32.6	15	32.6	46	27.4	-1.2	2.2	-.6	7.181	0.127
Sim	39	50.0	11	14.1	28	35.9	78	46.4	1.9	-2.2	-.1		
Sempre que precisei tinha preservativo	16	36.4	10	22.7	18	40.9	14	26.2	-.9	.2	.7		
Recurso à pilula do dia seguinte													
Não	60	41.4	30	20.7	55	37.9	145	86.3	-.6	-.6	1.1	1.232	0.540
Sim	11	47.8	6	26.1	6	26.1	23	13.7	.6	.6	-1.1		
Total	71	100	36	100	61	100	168	100					

Conhecimento sobre infecções de transmissão sexual e agregado familiar

Os dados demonstram que no grupo de participantes, cujo agregado familiar é constituído até três elementos, predominam os que possuem conhecimentos insuficientes sobre as infecções de transmissão sexual (43.8%), enquanto os participante com um agregado familiar constituído por mais de três elementos revelam, na sua maioria, bons conhecimentos (cf. Tabela 22).

Conhecimento sobre infecções de transmissão sexual e número de irmãos

No que diz respeito ao número de irmãos, contatamos que 38.6% dos alunos sem irmãos, revelam bons conhecimentos sobre as infecções de transmissão sexual, bem como 40.4% dos que têm um irmão. Dos alunos que possuem dois ou mais irmãos, a maioria (44.3%) tem conhecimentos insuficientes sobre as infecções de transmissão sexual. (cf. Tabela 22).

Conhecimento sobre infecções de transmissão sexual e tipo de família

Quanto ao tipo de família, verificamos que 44.1% dos estudantes, cujo tipo de família é extremo, revelam bons conhecimentos sobre as infecções de transmissão sexual, bem como 42.6% dos que o tipo de família é equilibrada. Dos alunos que o seu tipo de família é intermédia, a maioria (38.6%) tem conhecimentos insuficientes sobre as infecções de

transmissão sexual, tal como os que têm uma família do tipo muito equilibrada (52.4%). (cf. Tabela 22).

Tabela 22- Relação entre variáveis familiares e o conhecimento sobre infeções de transmissão sexual

Conhecimento Variáveis	Insuficientes		Favoráveis		Bons		Total		Residuais			X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3		
Agregado familiar													
Até três elementos	39	43.8	17	19.1	33	37.1	89	31.7	1.1	-1.0	-.2	1.533	0.465
Mais de três elementos	71	37.0	47	24.5	74	38.5	192	68.3	-1.1	1.0	.2		
Até três elementos	39	43.8	17	19.1	33	37.1	89	31.7	1.1	-1.0	-.2		
Número de irmãos													
Sem irmãos	19	33.3	16	28.1	22	38.6	57	20.3	-1.0	1.1	.1	2.575	0.631
Um irmão	32	38.2	29	21.3	55	40.4	136	48.4	-.3	-.6	.8		
>= 2 irmãos	39	44.3	19	21.6	30	34.1	88	31.3	1.2	1.2	-.9		
Tipo de família													
Extremo	11	32.4	8	23.5	15	44.1	34	13.2	-1.0	.3	.7	5.976	0.426
Intermédia	39	38.6	27	26.7	7	34.7	101	39.3	-.4	1.7	-1.0		
Equilibrada	42	41.6	16	15.8	43	42.6	101	39.3	.4	-1.7	1.1		
Muito equilibrada	11	52.4	4	19.0	6	28.6	21	8.2	1.2	-.3	-1.0		
Total	113	100.0	64	100.0	104	100.0	281	100.0					

Dados relevantes:

Após análise dos resultados, sintetizamos os principais dados. Verificamos que 59.8% dos participantes já iniciaram a sua vida sexual, independentemente do género, desses, 38.7% iniciou aos 16 anos, seguindo-se 33.3% dos que referiram que tiveram a primeira relação sexual com idade inferior ou igual a 15 anos.

Perfil da atitude face à sexualidade dos estudantes do ensino profissional:

Atitude favorável face à sexualidade

- Os estudantes que apresentam atitudes mais favoráveis são do género feminino, têm idade igual ou superior a 18 anos (42,4%) e residem na cidade;

- Frequentam o 12º ano, (29.8%); em 16.9%, dos participantes que confirmam ter sido abordada na escola a educação sexual, manifestam uma atitude favorável;

- Quanto às características familiares, 54.5% dos alunos cujos pais vivem separados/divorciados, possuem uma atitude favorável; assim como os estudantes que a mãe possui formação superior (53.3%); 57.1% dos participantes com um tipo família muito equilibrada, e 43.8% dos que têm um agregado familiar até três elementos e não têm irmão ou possuem dois ou mais irmãos, revelam uma atitude favorável;

- São os estudantes que já iniciaram vida sexual que apresentam uma atitude mais favorável (41.7%). Dos que iniciaram a sua vida sexual aos 16 anos, 41.5% apresentam atitude favorável sobre a sexualidade, bem como 46.8% dos que referiram ter iniciado a sua vida sexual na faixa etária igual ou superior aos 17 anos; 45.6% dos que referiram nunca ter tido relações sexuais sob efeito do álcool ou de drogas apresenta uma atitude favorável face à sexualidade e 42.8% participantes com atitude favorável, mencionaram nunca ter havido necessidade de recorrer à pílula do dia seguinte. É de salientar são também os estudantes com uma atitude favorável que referem ter preservativo sempre que necessário (47.7%).

Atitude desfavorável

- São os rapazes quem mais revelam uma atitude desfavorável (73.5%), os participantes com idade inferior ou igual 16 anos (38.3%) e os que possuem entre os 17-18 anos (42.6%); Os estudantes que residem na vila possuem (16.8%) uma atitude desfavorável;

-Os que frequentam o 11º ano (42.5%) que possuem uma atitude desfavorável; igualmente 42.7% dos estudantes que confirmam ter sido abordada na escola o tema sobre o álcool, bem como 38.6% dos alunos que referiram não ter sido abordado na escola este tema;

- Quanto às características familiares, 44.5% dos estudantes que os pais vivem juntos/casados revelam uma atitude desfavorável. Filhos de pai com formação superior (50.0%) e inferior ou inexistente (41.9%) revelam uma atitude desfavorável. Estudantes que percecionam um bom ambiente familiar têm atitudes mais desfavoráveis. Participantes, cuja família é do tipo extrema (52.9%), possuem atitude desfavorável face à sexualidade, bem como 42.6% dos que a família é do tipo intermédia e 38.6% dos participantes que têm uma família equilibrada. Relativamente ao agregado familiar 42.7% com mais de três elementos possuem opiniões desfavoráveis, 42.6% dos estudantes com um irmão revelam uma atitude desfavorável face à sexualidade;

- Quanto aos comportamentos sexuais, são os que ainda não iniciaram atividade sexual (43.4%) que revelam uma atitude desfavorável, os estudantes que tiveram a primeira relação sexual com idade igual ou inferior a 15 anos (46.6%); assim como os que admitem ter tido relações sob o efeito de substâncias lícitas ou ilícitas (44.2%). Dos estudantes que referiram não ter recusado ter relações sexuais por não ter preservativo, 43.5% apresentam uma atitude desfavorável face à sexualidade.

No que se refere ao perfil de conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual do estudante:

Bons conhecimentos

- Possuem bons conhecimentos os participantes do género masculino (46.6%), os que têm idade igual ou inferior a 16 anos; os residentes em vila (39.0%); assim como os estudantes cujo continente de origem é o europeu (38.7%);

- Frequentam o 11º ano (46.6%);

- Os estudantes (39.8%) que os pais vivem juntos/casados têm bons conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual. Participantes cujos pais apresentam (41.7%) formação superior apresentam bons conhecimentos, assim como aqueles com pais com formação inferior ou inexistente (38.7%). Apresentam conhecimentos bons, aqueles cuja mãe tem formação intermédia (49.3%). Participantes cuja perceção de ambiente familiar é “boa”, sem irmãos (38.6%) e com um irmão (40.4%) revelam bons conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual. São os participantes com os tipos de família extremo (44.1%) e equilibrada (42.6%) que revelam bons conhecimentos, bem como os cujo agregado familiar compõe mais de três elementos (38.5%).

- Os estudantes que iniciaram a sua vida sexual (42.9%) com idade igual ou inferior a 15 anos mostram bons conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual; os participantes (40.7%) que referem nunca ter tido relações sexuais, bem como os que admitem nunca ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool ou de drogas (37.6%). Têm bons conhecimentos os participantes que afirmam ter sempre preservativo quando precisaram (40.9%);

Conhecimentos insuficientes:

- Estudantes com conhecimentos insuficientes frequentam o 10º ano (39.4%) e o 12º ano (53.3%), bem como os que residem na cidade (51.3%) e os que têm outro continente de origem (53.3%);

- A maioria dos que admite já ter sido abordado na escola a educação sexual (44.8%) revela conhecimentos insuficientes sobre as infeções de transmissão sexual,

- No que diz respeito à caracterização familiar dos estudantes com conhecimentos insuficientes sobre infeções de transmissão sexual, em 61.8% dos casos, os pais vivem separados/divorciados, bem como 46.7% dos que os pais são viúvos; 39.0% dos que o pai tem formação intermédia revelam conhecimentos insuficientes, bem como os cuja formação da mãe é superior (60.0%) e inferior ou inexistente (46.1%); os alunos que referem mau

ambiente familiar também apresentam conhecimentos insuficientes. É no tipo de família intermédia (38.6%) e muito equilibrada (52.4%) que se verificam conhecimento insuficientes. 43.8% dos estudantes em que o agregado familiar é constituído até três elementos e 44.3% dos que possuem dois ou mais irmãos mostram conhecimentos insuficientes;

- Uma elevada percentagem dos participantes que já iniciaram a sua vida sexual (42.3%) têm conhecimentos insuficientes, bem como os admitem ter tido relações sexuais sob efeito de substância (51.2%) e 34,8% dos que nunca recusaram relações sexuais por não ter preservativo;

-Dos estudantes que tiveram que recorrer à toma da pílula do dia seguinte, 47.8% apresentam conhecimentos insuficientes;

- Os estudantes que tiveram a primeira relação sexual com idade igual ou superior aos 17 anos (44.7%) demonstram ter conhecimentos insuficientes.

2.2. Análise inferencial

Neste subcapítulo, apresentamos os resultados da análise inferencial, objetivando dar respostas às questões de investigação, ou seja, de modo a determinarmos a existência ou inexistência de relação significativa entre as variáveis em estudo.

Atitudes face à sexualidade e género

De modo a podermos saber se a variável género influencia as atitudes dos participantes face à sexualidade, recorreu-se ao Teste T, tendo sido as raparigas a revelar uma melhor atitude face à sexualidade o que se depreende pelo valor médio obtido ($M=70.48 \pm 12.696$ dp). Há interferência estatística significativa ($p=0.001$) (cf. Tabela 23).

Tabela 23 - Influência do género nas atitudes face à sexualidade

Género	Média	Dp	t	p
Masculino	65.18	13.619	-3.240	0.001
Feminino	70.48	12.696		

Atitudes face à sexualidade e idade

Procurámos saber se a idade interfere nas atitudes dos participantes face à sexualidade, tendo-se aplicado o Teste Kruskal-Wallis. Em termos de ordenação média,

constata-se que os alunos que possuem idade igual ou superior aos 19 anos são os que patenteiam uma atitude mais favorável em relação à sexualidade (OM=145.40). Os dados apontam para a não existência de diferença estatisticamente significativa ($p=0.894$) (cf. Tabela 24).

Atitudes face à sexualidade e zona de residência

Procurámos saber se a zona de residência dos alunos interfere nas suas atitudes face à sexualidade, tendo-se aplicado o Teste Kruskal-Wallis. Em termos de ordenação média, constata-se que os alunos que residem na cidade são os que revelam uma atitude mais favorável em relação à sexualidade (OM=149.99). Não há diferença estatisticamente significativa ($p=0.515$) (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Influência da idade e da zona de residência nas atitudes face à sexualidade

Idade	OM	X ²	p
<=16 anos	140.50	0.225	0.894
17 -18 anos	139.58		
>=19 anos	145.40		
Zona de residência		1.326	0.515
Aldeia	137.68		
Vila	137.01		
Cidade	149.99		

Atitudes face à sexualidade e continente de origem

De acordo com os resultados do Teste de U-Mann de Whitney, a ordenação média mostra que a mais elevada é a dos estudantes do continente europeu (OM=142.02), sugerindo que são estes participantes os que revelam uma atitude mais favorável em relação à sexualidade. A variável continente de origem não interfere nas atitudes dos alunos face à sexualidade, pois registou-se um valor de $p=0.373$ (cf. Tabela 25).

Tabela 25 - Influência do continente de origem nas atitudes face à sexualidade

Continente de origem	OM	UMW	p
Europeu	142.02	1722.500	0.373
Outro	122.83		

Atitudes face à sexualidade e ano de escolaridade

Quisemos saber se o ano de escolaridade que os alunos frequentam interfere nas suas atitudes face à sexualidade, tendo-se usado o Teste Kruskal-Wallis, tendo sido os

alunos do 12º ano a revelar uma ordenação média mais elevada (OM=152.24), sugerindo que são estes os que apresentam uma atitude mais favorável em relação à sexualidade. Os resultados demonstram que há diferença estatisticamente significativa ($p=0.015$) (cf. Tabela 26).

Tabela 26 - Influência do ano de escolaridade nas atitudes face à sexualidade

Ano de escolaridade	OM	χ^2	p
10º ano	149.54	8.408	0.015
11º ano	120.25		
12º ano	152.24		

Atitudes face à sexualidade e situação dos pais

Objetivámos também verificar se a situação dos pais influencia as atitudes dos participantes face à sexualidade, tendo-se recorrido ao Teste Kruskal-Wallis. Assim, constata-se que são os alunos cujos pais vivem separados/divorciados a patentear uma ordenação média mais elevada (OM=169.68), sugerindo que são estes os que manifestam uma atitude mais favorável em relação à sexualidade. Constata-se que há diferença estatisticamente significativa ($p=0.013$) (cf. Tabela 27).

Atitudes face à sexualidade e habilitações literárias dos pais

Tivemos o objetivo de verificar se as habilitações literárias do pai influenciam as atitudes dos participantes face à sexualidade, tendo-se recorrido ao Teste Kruskal-Wallis. No que se refere aos valores de ordenação média, são os alunos cujo pai possui formação intermédia a revelar uma média mais elevada (OM=138.89), designado que são estes os que manifestam uma atitude mais favorável em relação à sexualidade. Verificamos que não há diferença estatisticamente significativa ($p=0.591$) (cf. Tabela 27).

Objetivamos saber se as habilitações literárias da mãe influenciam as atitudes dos participantes face à sexualidade, tendo-se recorrido ao Teste Kruskal-Wallis. Em termos de ordenação média, são os alunos cuja mãe possui formação superior a revelar uma média mais elevada (OM=167.30), apontando para que sejam estes os alunos a revelar uma atitude mais favorável em relação à sexualidade. De acordo com os resultados, averiguamos que não há diferença estatisticamente significativa ($p=0.051$). (cf. Tabela 27).

Tabela 27 - Influência da situação e das habilitações literárias dos pais nas atitudes face à sexualidade

Situação dos pais	OM	X ²	p
Vivem juntos/ casados	133.53	8.639	0.013
Vivem separados/divorciados	169.68		
Viúvo(a)	140.87		
Habilitações literárias do pai			
Formação superior	127.79	1.053	0.591
Formação intermédia	138.89		
Formação inferior ou inexistente	129.08		
Habilitações literárias da mãe			
Formação superior	167.30	5.944	0.051
Formação intermédia	131.56		
Formação inferior ou inexistente	153.55		

Atitudes face à sexualidade e situação profissional do pai

Observando-se os valores de ordenação média, constata-se que os alunos cujo pai não está no ativo são os que revelam atitudes mais favoráveis em relação à sexualidade (OM=151.68). A variável situação profissional do pai dos alunos inquiridos não interfere nas suas atitudes face à sexualidade ($p=0.086$) (cf. Tabela 28)

Tabela 28 - Influência da situação profissional do pai nas atitudes face à sexualidade

Situação profissional do pai	OM	UMW	p
Ativo	129.90	4084.000	0.086
Não ativo	151.68		

Atitudes face à sexualidade e situação profissional da mãe

Tendo em conta os valores médios, apura-se que os alunos cuja mãe está no ativo são os que revelam atitudes mais favoráveis em relação à sexualidade. A variável situação profissional da mãe dos participantes não interfere nas suas atitudes face à sexualidade ($p=0.408$) ($M=67.69$). (cf. Tabela 29)

Tabela 29 - Influência da situação profissional da mãe nas atitudes face à sexualidade

Situação profissional da mãe	Média	dp	t	p
Ativa	67.69	3.579	0.828	0.408
Não ativa	66.28	13.458		

Atitudes face à sexualidade e já ter tido relações sexuais

Em termos de médias, os alunos que já iniciaram a sua vida sexual obtêm valores médios mais elevados ($M=68.17 \pm 12.921$ dp), sugerindo que são estes os alunos a mostrar uma atitude mais favorável em relação à sexualidade. Apura-se que a variável já ter iniciado a vida sexual não interfere nas atitudes dos participantes face à sexualidade, tendo-se registado um $t=-1.498$ e um valor de $p=0.135$. (cf. Tabela 30).

Tabela 30 - Influência de já ter tido relações sexuais nas atitudes face à sexualidade

Já ter tido relações sexuais	Média	dp	t	p
Não	65.71	12.921	-1.498	0.135
Sim	68.17	13.830		

Atitudes face à sexualidade e já ter tido relações sexuais sob efeito do álcool ou de drogas

De acordo com os resultados do Teste de U-Mann de Whitney, salienta-se que a ordenação média mostra que a mais elevada é a dos estudantes que nunca experienciam essa situação ($OM=88.01$), sugerindo que são estes participantes os revelam uma atitude mais favorável em relação à sexualidade. A variável ter tido relações sexuais sob efeito de álcool ou de drogas não interfere nas atitudes dos alunos face à sexualidade, tendo-se registado um valor de $p=0.110$. (cf. Tabela 31).

Tabela 31 - Influência de relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas nas atitudes face à sexualidade

Ter tido relações sexuais sob efeito do álcool e drogas	OM	UMW	p
Não	88.01	2248.500	0.110
Sim	74.29		

Atitudes face à sexualidade e recusa em ter relações sexuais por não ter preservativo

Os alunos com uma atitude mais favorável face à sexualidade são os que referem ter sempre preservativo quando precisaram, atendendo aos valores de ordenação média (OM=70.43±12.888 dp.) (cf. Tabela 32).

Tabela 32 - Influência da recusa em ter relações sexuais por falta de preservativo nas atitudes face à sexualidade

Recusa em ter relações sexuais por falta de preservativo	OM	Dp	F	p
Não	66.40	15.088	0.973	0.380
Sim	67.93	13.572		
Sempre que precisei tinha preservativo	70.43	12.888		

Atitudes face à sexualidade e já ter tomado a pílula do dia seguinte

De acordo com os resultados do Teste de U-Mann de Whitney, ordenação média mostra que os alunos que nunca tomaram a pílula do dia seguinte (OM=84.97) são os que demonstram uma atitude mais favorável em relação à sexualidade. A variável ter tido necessidade de tomar a pílula do dia seguinte não interfere nas atitudes dos alunos face à sexualidade, tendo-se registado um valor de $p=0.752$. (cf. Tabela 33).

Tabela 33 - Influência da toma da pílula do dia seguinte nas atitudes face à sexualidade

Toma da pílula do dia seguinte	OM	UMW	p
Não	84.97	1599.000	0.752
Sim	81.52		

Atitudes face à sexualidade e tipo de família

Procuramos saber se o tipo de família influencia as atitudes dos participantes face à sexualidade, tendo-se recorrido ao Teste Kruskal-Wallis. Em termos de ordenação média, são os alunos com uma família muito equilibrada a revelar valores mais elevados (OM=170.00), apontando para que sejam estes os alunos a revelar uma atitude mais favorável em relação à sexualidade. De acordo com os resultados, verifica-se que há diferença estatisticamente significativa ($p=0.019$) (cf. Tabela 34).

Tabela 34 - Influência do tipo de família nas atitudes face à sexualidade

Tipo de família	OM	X ²	p
Extremo	108.53	10.003	0.019
Intermédia	122.94		
Equilibrada	133.43		
Muito equilibrada	170.00		

Atitudes face à sexualidade e agregado familiar

Verificamos, através dos resultados do Teste de U-Mann de Whitney, que os estudantes que têm um agregado familiar até três elementos (OM=152.32) demonstram uma atitude mais favorável em relação à sexualidade. A variável agregado familiar não interfere nas atitudes dos alunos face à sexualidade, tendo-se registado um valor de $p=0.112$. (cf. Tabela 35).

Tabela 35 - Influência do agregado familiar nas atitudes face à sexualidade

Agregado familiar	OM	UMW	p
Até três elementos	152.32	7536.500	0.112
Mais de três elementos	135.75		

Atitudes face à sexualidade e número de irmãos

Procuramos saber se o número de irmãos influencia as atitudes dos alunos face à sexualidade, tendo-se recorrido ao Teste Kruskal-Wallis. Os alunos sem irmãos são os que mostram possuir uma atitude mais favorável em relação à sexualidade (OM=141.98), estando-lhes muito próximos, em termos de ordenação média, os alunos que possuem um irmão (OM=141.74), de onde se retira que não há diferença estatisticamente significativa ($p=0.969$) (cf. Tabela 36).

Tabela 36 - Influência do número de irmãos nas atitudes face à sexualidade

Número de irmãos	OM	X ²	p
Sem irmãos	141.98	0.062	0.969
Um irmão	141.74		
>= 2 irmãos	139.22		

Atitudes face à sexualidade e ambiente familiar

A ordenação média indica que a mais elevada é a dos estudantes que têm um mau familiar (OM=148.51), apontando para que sejam estes os alunos com uma atitude mais favorável em relação à sexualidade. Verificamos que a variável ambiente familiar não interfere nas atitudes dos alunos face à sexualidade, tendo-se registado um valor de $p=0.546$. (cf. Tabela 37).

Tabela 37 - Influência do ambiente familiar nas atitudes face à sexualidade

Ambiente familiar	OM	UMW	p
Mau ambiente familiar	148.51	4236.000	0.546
Bom ambiente familiar	139.86		

Atitudes face à sexualidade e idade da primeira relação sexual

Os resultados mostram que os estudantes com uma atitude mais favorável face à sexualidade são os que referem ter tido a primeira relação sexual com 17 anos ou idade superior, tendo sido os que obtiveram a média mais elevada ($M=70.99 \pm 13.242$ dp.). No entanto, não há registo de diferença estatisticamente significativa ($p=0.191$) (cf. Tabela 38)

Tabela 38 - Influência da idade da primeira relação sexual nas atitudes face à sexualidade

Idade da primeira relação sexual	OM	Dp	f	p
<= 15 anos	66.01	13.423	1.673	0.191
16 anos	67.98	14.433		
>= 17 anos	70.99	13.242		

Atitudes face à sexualidade e educação sexual na escola

A ordenação média indica que os estudantes que confirmam ter sido abordada a educação sexual na escola (OM=145.99) são os que patenteiam uma atitude mais favorável em relação à sexualidade. A variável educação sexual, abordada na escola, não interfere nas atitudes dos alunos face à sexualidade, tendo-se registado um valor de $p=0.130$ (cf. Tabela 39).

Tabela 39 - Influência educação sexual nas atitudes face à sexualidade

Educação sexual	OM	UMW	p
Sim	145.99	7585.500	0.130
Não	130.23		

Atitudes face à sexualidade e conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual

Procuramos saber se os conhecimentos que os alunos possuem sobre as infecções de transmissão sexual influenciam as suas atitudes face à sexualidade, tendo-se recorrido ao Teste Kruskal-Wallis, de onde se retira que os alunos com conhecimentos insuficientes sobre as infecções de transmissão sexual são os que mostram possuir uma atitude mais favorável em relação à sexualidade (OM=193.99). Há diferença estatisticamente significativa ($p=0.000$) (cf. Tabela 40).

Tabela 40 - Influência dos conhecimentos sobre infecções de transmissão sexual nas atitudes face à sexualidade

Conhecimentos	OM	X ²	p
Insuficientes	193.99	80.369	0.000
Favoráveis	121.83		
Bons	97.99		

Regressão múltipla da atitude face à sexualidade com as variáveis independentes

Prendemos avaliar a influência das variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e de conhecimentos, nas atitudes face à sexualidade. Para tal, efetuamos as análises de regressões múltiplas, sendo este o método mais usado para as análises multivariadas, nomeadamente quando se estuda mais do que uma variável independente de natureza quantitativa em simultâneo e uma variável dependente igualmente quantitativa.

O método de estimação usado foi o de stepwise (passo a passo) que originam tantos os modelos necessários até se obter as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Quanto à atitude face à sexualidade, as correlações que as variáveis independentes estabelecem oscilam entre ($r=0.017$) na idade e ($r=0.-520$) nos conhecimentos sobre as infecções de transmissão sexual, sendo que apenas não encontramos relação positiva com conhecimentos sobre as infecções de transmissão sexual e masculino (dummy). No que se refere à significância estatística, apenas não existe para a idade ($p=0.385$) e para o início da atividade sexual ($p=0.068$) (cf. Tabela 41).

Tabela 41 - Correlação de Pearson entre as atitudes face à sexualidade e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	0.017	0.385
Adaptabilidade familiar	0.129	0.016
Tipo de família (cálculo)	0.198	0.000
Coesão familiar total	0.198	0.000
Conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual	-0.520	0.000
Masculino (dummy)	-0.190	0.001
Início da atividade sexual	0.089	0.068

As variáveis a tornarem-se predictoras das atitudes dos adolescentes face à sexualidade são os conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual e o tipo de família, que explicam 29.0% da variação com as atitudes, sendo a variância explicada ajustada de 28.5%. O erro padrão de regressão é 11.419, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados das atitudes face à sexualidade. O teste F é estatisticamente significativo ($f=7.505$; $p=0.007$) e o valor de t ($t=13.104$; $p=0.000$), uma vez que também apresenta significância estatística, sugerindo que estas variáveis independentes têm poder explicativo sobre as atitudes face à sexualidade.

Com base no coeficiente padronizado beta, verifica-se que os conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual estabelecem uma relação inversa com as atitudes face à sexualidade, significando que quanto mais aumentam os conhecimentos, menor são as atitudes face à sexualidade. Por outro lado, verificamos que há relação direta, isto é, mais favorável às atitudes face à sexualidade e o tipo de família, significando que quanto melhor for o tipo de família mais favorável atitudes têm os estudantes. Utilizou-se também o VIF (*variance inflation factor*) com o intuito de determinar a colinearidade que é de 1.014 para o conhecimento, 1.014 para o tipo de família, sendo estes valores inferiores a 5, demonstrando que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. Quadro 10)

Termina-se com a apresentação do modelo final ajustado para as atitudes face à sexualidade, de acordo com a seguinte fórmula:

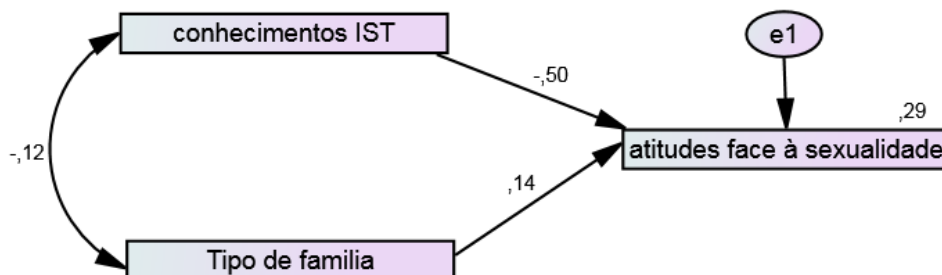
$$\text{Atitudes} = 73.280 + (-0.531 \text{ conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual}) + 0.131 \text{ tipo de família (cálculo)}$$

Quadro 10 - Regressão múltipla entre as atitudes face à sexualidade (total) e as variáveis independentes

Variável dependente: Atitudes face à sexualidade (global)					
R = 0.538					
R ² = 0.290					
R ² Ajustado = 0.285					
Erro padrão da estimativa = 11.419					
Incremento de R ² = 0.019					
F = 7.505					
P = 0.007					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente b	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	73.280	-	13.104	0.000	-
Conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual	-0.531	-0.504	-9.905	0.000	1.014
Tipo de família (cálculo)	0.131	0.139	2.739	0.007	1.014
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	14798.496	2	7399.248	56.740	0.000
Residual	36253.083	278	130.407		
Total	51051.579	280			

O modelo final ajustado demonstra que a trajetória dos conhecimentos para as atitudes apresenta um coeficiente de -0.50 e o tipo de família para as atitudes de 0.14, explicando estas duas variáveis, no seu conjunto, 29.0% das atitudes. A correlação entre os conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual e o tipo de família é negativa. Quanto pior o tipo de família, mais fracos os conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual. Face aos resultados o tipo de família influencia diretamente as atitudes, sendo que os conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual influenciam de forma indireta (cf. Figura 2).

Figura 2 – Modelo final ajustado



Dados relevantes:

- O local de residência não interfere nas atitudes face à sexualidade, mas os estudantes que vivem na cidade apresentam uma atitude mais favorável em relação à sexualidade (M=149.99);

- O continente de origem não interfere nas atitudes dos estudantes face à sexualidade, contudo, são os participantes do continente europeu que revelam atitude mais favorável em relação à sexualidade (M=142.02);

- Os estudantes que frequentam o 12º ano são os que apresentam uma atitude mais favorável em relação à sexualidade (M=152.24);

- Os estudantes cujos pais se encontram separados/divorciados manifestam uma atitude mais favorável face à sexualidade; e os que pai possui uma formação intermédia, manifestam uma atitude mais favorável em relação à sexualidade. Relativamente à mãe, os estudantes cuja mãe possui formação superior revelam uma atitude mais favorável em relação à sexualidade;

- A situação profissional do pai não intervém nas atitudes dos estudantes, todavia são os participantes cujo pai não está no ativo que revelam atitudes mais favoráveis à sexualidade (M=151.68); A situação profissional da mãe não interfere nas atitudes, contudo os estudantes cuja mãe está no ativo apresentam atitudes mais favoráveis (M=67.69);

- O início da atividade sexual não interfere com as atitudes dos estudantes face à sexualidade, porém são os alunos que admitem já ter iniciado a vida sexual que apresentam atitudes mais favoráveis em relação à sexualidade;

- Ter tido relações sexuais sob o efeito de substância lícitas ou ilícitas, não interfere nas atitudes dos estudantes, contudo são os que ainda não iniciaram essa atividade que apresentam atitudes mais favoráveis;

- Os estudantes com atitude mais favorável face à sexualidade referem ter preservativo sempre que necessário;

- A toma da pílula do dia seguinte não interfere com as atitudes dos estudantes face à sexualidade, porém os estudantes com melhor atitude são os que nunca tiveram que recorrer a esta medicação;

- São os estudantes com o tipo de família muito equilibrada que apresentam melhores atitudes face à sexualidade, com diferenças estatisticamente significativas;

- O tipo de agregado familiar não interfere nas atitudes dos participantes, todavia os que têm um agregado familiar até três elementos aparentam ter atitudes mais favoráveis

face à sexualidade; o número de irmão não interfere nas atitudes dos estudantes, contudo os participantes sem irmãos demonstram melhores atitudes face à sexualidade;

- Os alunos que iniciaram atividade sexual com 17 ou mais anos apresentam uma atitude mais favorável face à sexualidade, contudo não há diferenças estatisticamente significativas;

- A abordagem do tema sexualidade não interfere nas atitudes dos participantes, contudo são os estudantes que afirmam a abordagem deste tema na escola que apresentam uma atitude mais favorável; há diferenças estatisticamente significativas entre os conhecimentos sobre as infecções de transmissão sexual e as atitudes face à sexualidade, sendo que os alunos com menos conhecimento apresentam uma atitude mais favorável face à sexualidade;

- Os conhecimentos sobre as infecções de transmissão sexual e o tipo de família são variáveis preditoras das atitudes dos estudantes em relação à sexualidade. Os conhecimentos sobre as infecções de transmissão sexual estabelecem uma relação inversa com as atitudes face à sexualidade e existe relação direta entre as atitudes face à sexualidade e o tipo de família, ou seja, quanto melhor o tipo de família mais favoráveis as atitudes dos estudantes;

- Os conhecimentos sobre as infecções de transmissão sexual estabelecem uma relação inversa com as atitudes face à sexualidade, ou seja, quanto mais aumentam os conhecimentos, menor são as atitudes face à sexualidade. Há relação direta, isto é, mais favorável às atitudes face à sexualidade e o tipo de família, significando que quanto melhor for o tipo de família mais favoráveis as atitudes dos estudantes;

- Quanto pior o tipo de família, mais fracos os conhecimentos sobre as infecções de transmissão sexual. O tipo de família influencia diretamente as atitudes e os conhecimentos influenciam de forma indireta.

3. Discussão

No presente capítulo apresenta-se a discussão metodológica e a discussão dos resultados, a qual é feita tendo-se em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados.

3.1. Discussão metodológica

Um dos primeiros objetivos deste estudo foi a sua conceptualização, ou seja, desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. Assim, começa-se por referir que a metodologia utilizada foi a que, *à priori*, pareceu ser a mais correta de modo a tornar possível a sua concretização. Considera-se que os procedimentos metodológicos utilizados foram ao encontro dos objetivos delineados, estando também coincidentes com as características da amostra. Contudo, durante a elaboração desta investigação confrontou-se com algumas dificuldades metodológicas, que se passam a descrever.

O facto de se ter optado por um questionário com muitas variáveis, pode ter tornado exaustivo o seu preenchimento por parte dos estudantes, o que também poderá ter influenciado as respostas dadas. Importa também salientar a validade dos instrumentos, tendo-se recorrido a instrumentos já difundidos e validados para a população portuguesa. Foi feita para todas as escalas o estudo de fiabilidade. Considera-se, desta maneira, que os instrumentos de recolha de dados foram adequados ao estudo, tendo em conta as questões de investigação e respetivos objetivos.

Constituiu igualmente uma limitação metodológica o facto de os participantes terem sido recrutados segundo um processo de amostragem não probabilística por conveniência, através do preenchimento do questionário. Mesmo assim, considera-se o tamanho da amostra suficientemente elevado (N=281), o que possibilitou traduzir resultados fiáveis, na medida em que a margem de erro que se pode cometer é com um intervalo de confiança de 95%, ainda que, como já referido, o tipo de amostragem (não probabilística), não sendo representativa, impede que se faça a generalização dos resultados a outra população de estudantes de escolas profissionais. Desta feita, o presente estudo requer confirmação com a realização de outros estudos no mesmo âmbito, se possível, com amostras ainda mais alargadas.

Sendo um estudo transversal, aponta para algumas vantagens e desvantagens metodológicas. Assim, considera-se vantajoso o facto de ser um estudo mais breve e

metodologicamente menos complexo. Todavia, as desvantagens prendem-se com o aspeto da avaliação ficar centrada no momento da recolha de dados, ou seja, na perceção retrospectiva e prospetiva do respondente, não havendo um seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser evitado através da aplicação de um estudo longitudinal. Considera-se também que há sempre limitações quando se trabalha com este tipo de instrumento de recolha de dados e com uma amostra possivelmente “saturada” em termos de aplicação de questionários.

Apesar das limitações apresentadas e algumas dificuldades inerentes, julga-se que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido, o qual facultou um conhecimento mais concreto das atitudes dos estudantes face à sexualidade, tendo em conta os seus determinantes.

3.2. Discussão dos resultados

Os dados apurados dizem-nos que, de uma forma geral, as atitudes dos estudantes do ensino profissional são maioritariamente desfavoráveis (40.2%). Há um predomínio na percentagem de participantes que apresenta conhecimentos insuficientes, sobre as infeções de transmissão sexual (39.1%). Mediante o exposto, analisamos a relação das atitudes com as variáveis em estudo, procedendo à discussão dos resultados obtidos, confrontando-os com os de outras investigações.

3.2.1. Relação entre atitudes face à sexualidade e variáveis pessoais (sociodemográficas)

Em relação à **idade** verificam-se melhores atitudes face à sexualidade nos estudantes com idade igual ou superior a 18 anos e atitudes desfavoráveis nos que têm idade igual ou inferior a 16 anos. Este resultado poderá estar relacionado com a consolidação da personalidade e maturidade. Assim, há uma relação entre a idade e as atitudes dos estudantes face à sexualidade, pois são os que possuem idades iguais ou superior a 18 anos que, por norma, apresentam atitudes mais favoráveis (Marques, 2012; Teixeira, 2012).Constata-se que os alunos desta faixa etária poderão ser um forte aliado dos profissionais, nas intervenções para a saúde sexual

O **género** interferiu nas atitudes face à sexualidade, verificando-se melhores atitudes nos participantes do género feminino. Estes resultados corroboram os de outros estudos, na

medida em que também confirmam que as raparigas possuem atitudes face à sexualidade mais favoráveis (Nelas, 2010). Noutra investigação, verifica-se que os rapazes apresentam maior número de parceiros sexuais, algumas das vezes para além da atual namorada. Refere ainda, que são as raparigas a ter maior perceção dos riscos que podem colocar em causa a sua saúde (Nodin, 2001, cit. Por Nelas, 2010; Alves, 2010; Matos, Ramiro, & reis, 2013). As atitudes dos rapazes e das raparigas, no que se refere à sexualidade, são diferentes em vários aspetos e essas diferenças advêm dos aspetos biológicos e dos distintos critérios utilizados na educação afetiva e sexual das raparigas e dos rapazes, realizada pelos pais (Borges, 2007). Ou seja, as atitudes face à sexualidade dos rapazes e das raparigas poderão ainda ser o reflexo dos padrões culturais vigentes.

Quanto à **zona de residência** verificam-se melhores atitudes nos estudantes residentes na cidade (33.7%) por oposição, são os residentes na vila que apresentam atitudes desfavoráveis (16.8%). Estes dados vão de encontro a outros estudos que nos referem que os residentes em zonas semi-urbanas e rurais apresentam fatores de risco mais elevados (Nodin, 2001, cit. Por Nelas, 2010). Este aspeto poderá estar relacionando com o acesso à informação e a distância da zona de residência à escola.

No que se refere o **continente de origem**, são os estudantes de outro continente, que não o europeu, a revelar melhores atitudes. Este fator poderá estar relacionado com aspetos culturais, contudo é de realçar que estes estudantes têm uma pequena representatividade neste estudo (5.3%), não havendo diferenças estatisticamente significativas.

3.2.2. Relação entre Atitudes face à sexualidade e variáveis académicas

Em relação ao **ano de ensino**, são os alunos do 12^o ano a apresentar atitudes mais favoráveis em relação à sexualidade (29.8%), por oposição são os que frequentam o 11^o ano que apresentam atitudes desfavoráveis (42.5%). A justificação relaciona-se com o fator idade, ou sejam os estudantes que frequentam o 12.^o ano são os que se situam numa faixa etária mais alta, tendo-se verificado anteriormente que são também os alunos mais velhos a apresentar melhores atitudes.

No que se reporta à **educação sexual na escola**, os alunos alvo de intervenção apresentam, na sua maioria, uma atitude favorável face à sexualidade (76.9%), sendo que, os que não assistiram a seções sobre esta temática, refletem na sua maioria uma atitude indiferente (42.2%). A este respeito importa referir a importância das sessões de educação

para a saúde nas escolas, através das quais se capacitam os estudantes a assumir uma gradual responsabilidade em relação às suas escolhas em saúde, com base no desenvolvimento de competências pessoais e sociais de autodeterminação, prevenindo-se, desta feita, o risco, bem como promovendo a igualdade de género (DGS: PNSIJ, 2013). Reforça-se, deste modo, a necessidade de promoção da literacia em saúde sexual e reprodutiva, a qual, de acordo com algumas investigações, sugerem uma menor adoção de comportamentos sexuais de risco e a adoção de uma vivência mais responsável da sexualidade e das relações interpessoais (Sampaio et al., 2007). A educação sexual formalizada poderá diminuir eficazmente os comportamentos sexuais de risco dos adolescentes, quando introduzida antes da iniciação da atividade sexual (Sampaio, Batista, Matos & Silva, 2007).

No que se refere à abordagem da temática sobre o uso de **substâncias ilícitas** e de **álcool**, verifica-se que apresentam atitudes favoráveis os estudantes que assistiram à intervenção subordinada às drogas (36.5%), contrariamente os participantes que assistiram à temática sobre o álcool apresentam, maioritariamente (42.7%), atitudes desfavoráveis. Sabendo que o abuso de álcool e o uso drogas afeta a capacidade de decisão, sendo um reconhecido fator de risco para a aquisição de infeções de transmissão sexual (Ribeiro & Fernandes, 2009), a abordagem destas temática revela-se de fulcral importância no campo da sexualidade, capacitando os estudantes para o reconhecimento de situações de risco.

3.2.3. Relação entre Atitudes face à sexualidade e variáveis familiares

Quanto à constituição do **agregado**, apresentam atitudes favoráveis os que possuem um agregado familiar até três elementos bem como os estudantes sem **irmãos** ou com dois ou mais. É de refletir o facto de serem os estudantes sem irmãos a apresentar melhor atitude podendo relacionar-se com maior disponibilidade dos progenitores e por outro lado os estudantes com mais de dois irmãos poderão partilhar entre si opiniões e experiências.

No que concerne ao **estado civil dos pais**, as atitudes face à sexualidade foram favoráveis nos estudantes cujos pais se encontram separados/divorciados (54.5%), apresentando uma atitude desfavorável os estudantes que referem que os progenitores estão casados/juntos (44.5%), tendo a situação dos pais revelado diferenças estatisticamente significativas. Este fenómeno poderá relacionar-se com o impacto que a separação dos pais tem na vida do estudante, podendo refletir-se a nível das relações interpessoais, quer com o grupo de pares quer como progenitores, bem como na procura de parceiro(a).

Relativamente às **habilitações literárias e situação profissional dos pais**, apresentam atitudes favoráveis os estudantes que referem que a mãe tem formação superior (53.3%). bem como os estudantes que os pais possuem uma formação intermédia. Estes resultados corroboram os de Marques (2012), onde também ficou demonstrado que os estudantes cujos pais têm uma formação intermédia e/ou superior são os que apresentam atitudes mais favoráveis face à sexualidade

No que diz respeito à **perceção de ambiente familiar** observamos que a maioria dos estudantes que consideram o seu ambiente familiar “bom”, apresentam atitudes desfavoráveis (90.3%).

No que reporta ao **tipo de família**, têm atitudes favoráveis os estudantes cujas famílias são do tipo muito equilibrada (57.1%), contrariamente às famílias do tipo extrema, em que se verificam atitudes desfavoráveis (52.9%). Assim, o tipo de família revelou-se também uma variável com influência nas atitudes dos estudantes face à sexualidade, sendo os participantes com o tipo de família muito equilibrada que apresentam melhores atitudes. Sublinhamos que há relação direta entre as atitudes face à sexualidade e o tipo de família, isto é, quanto melhor for o tipo de família mais favoráveis as atitudes dos estudantes Sabendo que a família está intimamente relacionada com a saúde e bem estar dos seus elementos (Braconnier & Marcelli, 2007), compreende-se a sua relação com as atitudes face à sexualidade e o facto de se constatarem melhores atitudes em famílias muito equilibradas. Neste sentido, importa referir que a relação dos adolescentes com a família é fulcral para o seu desenvolvimento. Esta assume um papel basilar no desenvolvimento global do adolescente (Braconnier & Marcelli, 2007). A família é um fator de proteção nos comportamentos saudáveis dos adolescentes (Camacho, 2011). A relação que os adolescentes têm com os seus pais poderá ser um fator relevante para a opção do adolescente por um estilo de vida saudável. Um estudo demonstrou que uma grande percentagem de adolescentes, com uma família equilibrada, refere que se sentem à vontade/muito à vontade para falarem com os pais sobre a educação sexual, resultando em atitudes mais favoráveis face à sexualidade por parte dos mesmos (Matos & Sampaio, 2010).

A este propósito refere-se que vários problemas relacionados com a vivência da sexualidade poderão advir da falta de informação por parte da família, podendo resultar em atitudes menos favoráveis dos adolescentes face à sexualidade (Associação de Planeamento Familiar, 2009). A qualidade da relação familiar, os tipos familiares e os estilos

parentais são fatores influenciadores das atitudes dos adolescentes face à sexualidade, funcionando como protetores ou determinantes de risco (Sampaio, 2011). A família é considerada como o âmago da educação sexual, sendo, por isso, importante que os vários agentes educativos (professores e enfermeiros) solicitem a colaboração dos pais nas atividades da escola, na área da educação sexual (Associação de Planeamento familiar, 2009; Sampaio, 2011).

3.2.4. Relação entre Atitudes face à sexualidade e variáveis de contexto sexual

No que reporta aos **conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual** há diferenças estatisticamente significativas entre os conhecimentos e as atitudes face à sexualidade, sendo que os estudantes com menos conhecimentos apresentam uma atitude mais favorável face à sexualidade. Estes dados contraíam os de outros estudos, onde ficou demonstrado que os adolescentes com mais conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual são os que revelam atitudes mais favoráveis em relação à sexualidade (Luís, Pereira & Sales, 2011; Nelas, 2010). Este fenómeno poderá relacionar-se com a não adoção de determinado comportamento pelo receio do desconhecido. Contudo, como nos refere Ferreira & Torgal (2011), o facto dos estudantes terem a informação, não significa que sejam capazes de a usar. Somos ainda levados a refletir sobre a forma de transmissão dos conhecimentos sobre as Infeções de transmissão sexual, levantam uma suspeita sobre um excesso de informação num curto espaço de tempo, não sendo o estudante capaz de a assimilar de forma adequada. Por outro lado, mais conhecimentos poderá transformar-se em excesso de autoconfiança, resultante deste empoderamento, levando os adolescentes a ter piores atitudes acreditando que não estão em risco.

Consideramos importante referir que, apesar de terem sido as raparigas e os alunos com 18 ou mais anos a revelar uma atitude mais favorável em relação à sexualidade, são também estes a ter conhecimentos insuficientes em relação às infeções de transmissão sexual. Assim, julga-se poder inferir que os conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual não estão relacionados com a atitude revelada pelas raparigas, o que não está em conformidade com outros estudos, onde as raparigas foram quem tiveram mais conhecimentos sobre a sexualidade, estando relacionados com melhores atitudes face à sexualidade, quando comparadas com os rapazes (Nelas, 2010; Pereira et. al., 2011).

Face aos resultados obtidos, pensamos que as intervenções educativas isoladas/pontuais e tardias, podem estar na origem de conhecimentos pouco consistentes por parte dos estudantes, por outro lado há o risco dos estudantes terem iniciado a atividade sexual antes de serem alvo de intervenção, pelo que sugerimos uma alteração de estratégias. É ainda de refletir o facto de a lei, que regulamenta a educação sexual, ter à data cerca de cinco anos e, portanto, sendo relativamente recente e, ainda, não se fazem sentir os seus efeitos

A maior parte dos estudantes **já iniciou a sua vida sexual** (59.8%), desde os 16 anos (38.7), seguindo-se os que referiram que tiveram a primeira relação sexual com idade inferior ou igual a 15 anos (33.3%). É de salientar que são as raparigas que iniciam a sua atividade sexual mais tarde, com predomínio na faixa etária com 17 ou mais anos contrariamente aos rapazes, com início da sua atividade sexual com idade igual ou inferior a 15 anos (41.4%). Estes resultados estão em conformidade com os encontrados em outros estudos internacionais, segundo os quais os adolescentes iniciam a sua atividade sexual precocemente, situando-se a média entre os 13 e os 15 anos de idade (Romero, 2010; Langille & Asbridge, 2010; Tsitsika, 2010). Em Portugal, alguns estudos revelam que a idade da primeira relação sexual parece não estar distante da dos restantes países mundiais, cuja média de idade de início da vida sexual ocorre por volta dos 14-15 anos (Correia, 2004; Matos, 2007; Afonso, 2011). Nos países mais desenvolvidos, há uma associação entre a idade cada vez mais precoce das primeiras experiências sexuais com a idade cada vez mais tardia do primeiro relacionamento amoroso longo e estável, o que deixa transparecer que ocorre um alargamento do período de relações sexuais instáveis dos adolescentes (Vaz & Nunes, 2013). Consta-se que apresentam atitudes favoráveis os estudantes que iniciaram a sua atividade sexual com idade igual ou superior aos 17 anos (46.8%), demonstrando que estudantes com melhores atitudes adiam o início da sua atividade sexual, o que revela que as atitudes são uma importante dimensão da saúde sexual a trabalhar nas crianças e adolescentes, no âmbito da saúde escolar. É ainda de sublinhar que são os estudantes que ainda não iniciaram a sua atividade sexual que apresentam atitudes mais desfavoráveis, o que declara uma necessidade de intervenção emergente. Importa ressaltar que alguns estudos portugueses demonstram que os adolescentes iniciam a vida sexual cada vez mais cedo, sem possuírem uma educação sexual consistente, o que resulta em comportamentos de risco (Borges, 2007), vindo ao encontro dos resultados apurados e reforça ainda mais a importância de se investir na educação sexual nas escolas, evitando-se os comportamentos de risco.

No que respeita ao **abuso de substâncias lícitas e ilícitas**, revelam atitudes favoráveis os estudantes que referem não terem relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas, por oposição uma importante percentagem de alunos com uma atitude desfavorável face à sexualidade (44.2%) admite ter tido relações sob efeito de álcool. Estudos referem a embriaguez como fator facilitador da multiplicidade de parceiros e o sexo casual (Malbergie, & Figueiredo, 2008; Romero, 2011). Assim constata-se que, nesta investigação à semelhança de outros estudos, ao comportamento sexual de risco associa-se, entre outros fatores, o uso de drogas ilícitas e o consumo de álcool (Ribeiro & Fernandes, 2009).

Relativamente ao **uso de preservativo** e necessidade de recorrer à toma da **pílula do dia seguinte** são os estudantes com atitudes favoráveis, que referem nunca terem tido necessidade de recorrer à toma da pílula do dia seguinte, terem preservativo sempre que necessário. Assim, os estudantes que admitem ter sempre preservativo quando precisam, possuem uma atitude mais favorável face à sexualidade, resultando em diferenças estatisticamente significativas. Os dados alcançados confirmam o pressuposto de que a maioria dos adolescentes que utilizam o preservativo são os que apresentam mais conhecimentos e atitudes favoráveis face à sexualidade (Luís, Pereira & Sales, 2011).

4. Conclusão

No presente estudo, entrelaçaram-se algumas considerações, sobre a adolescência, a sexualidade e a educação sexual, enquanto tarefa repartida pela família, grupo de pares, escola e profissionais de saúde.

A implementação de parcerias entre a família, a escola e os profissionais de saúde é fundamental para o êxito de estudantes mais e melhor informados sobre a sexualidade e, notoriamente, mais suscetíveis de ter atitudes favoráveis face à mesma. Requeresse uma educação com mais informação e maior debate sobre a sexualidade, constituindo-se como vertentes que têm de estar presentes no quotidiano dos estudantes, quer em contexto escolar, quer em contexto familiar, porquanto só deste modo os adolescentes podem ter uma atitude mais favorável face à sexualidade. A educação sexual é uma ferramenta de ajuda, para os estudantes gerirem de uma forma saudável a sua sexualidade.

É indiscutível que o trajeto para uma sexualidade responsável passa pela comunicação entre pais e filhos, grupo de pares e profissionais de saúde. Assim, a educação para a saúde tem como objetivo a preservação da saúde individual e coletiva, capacitando os estudantes de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem na tomada de opções positivas e seguras e a adotar decisões mais adequadas face à sua vida sexual. Por conseguinte, a falta de informação impede a tomada de decisão e a mudança de comportamentos saudáveis.

Desta forma, o presente estudo procurou avaliar as atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade, identificar as variáveis pessoais (sociodemográficas) e académicas, que interferem nas atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade e determinar a influência das variáveis de contexto familiar nas atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade.

A investigação desenvolveu-se com 281 estudantes de duas Escolas Profissionais, cujo perfil sociodemográfico se caracteriza por serem predominantemente estudantes do género masculino, com uma idade média de 17,63 anos, a frequentar a Escola Profissional Mariana Seixas, no 10.º ano de escolaridade, nos cursos das áreas de informática e engenharias. Na sua maioria, os estudantes residem na aldeia, são oriundos do continente europeu e coabitam com outras pessoas sem ser a família nuclear. Sobressaem os estudantes, cujo agregado é constituído, por mais de três elementos, tendo apenas um irmão. Na globalidade, os pais dos estudantes vivem juntos/casados, predominando os que possuem habilitação literária intermédia e, profissionalmente, encontram-se no ativo. Apurámos que mais de metade dos estudantes considera o seu ambiente familiar bom,

destaca-se a coesão familiar do tipo separada e desmembrada, bem como aqueles que possuem uma adaptabilidade familiar flexível e pertencem ao tipo de família meio-termo e equilibrada.

Concluimos que uma grande parte dos estudantes já iniciou a sua vida sexual, desde os 16 anos, estando muito próximos os que referiram que tiveram a primeira relação sexual com idade inferior ou igual a 15 anos. Quanto aos temas relacionados com a saúde abordados na escola, verificámos que há um predomínio de estudantes a quem não lhes foi abordado o tema do consumo de substâncias, estando em menor representatividade os que aludiram à educação sexual.

Relativamente aos participantes com bons conhecimentos sobre infeções de transmissão sexual, é o género masculino que possui melhores resultados, os que têm idade igual ou superior a 16 anos, bem como os que frequentam o 11º ano. Os que iniciaram a sua vida sexual com idade igual ou inferior a 15 anos e os que ainda não são sexualmente ativos, demonstram bons conhecimentos. Pertencem a um contexto familiar cujos pais vivem juntos/casados, o pai tem formação superior ou inferior/inexistente e a mãe apresenta habilitações académicas intermédias. Apresentam um bom ambiente familiar, não têm irmãos ou têm um irmão. No que concerne ao tipo de família, são os alunos que se incluem no tipo extremo e equilibrado que também pertencem ao grupo de participantes com melhores conhecimentos sobre as infeções sexualmente transmissíveis.

Procurámos averiguar que variáveis sociodemográficas e académicas têm repercussões nas atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade, tendo-se constatado que a variável género influencia as atitudes dos estudantes face à sexualidade, tendo sido as raparigas a revelar uma atitude mais favorável, contudo, possuem conhecimentos insuficientes em relação às infeções de transmissão sexual. O ano de escolaridade interferiu nas atitudes dos estudantes face à sexualidade, onde se destacaram os que frequentam o 12.º ano por apresentarem uma atitude mais favorável. Os alunos alvo de sessões psicoeducativas sobre a sexualidade revelam também uma atitude mais favorável face à mesma.

Em relação às variáveis de contexto familiar, a situação dos pais influenciou as atitudes dos estudantes face à sexualidade, onde sobressaíram os estudantes em que os pais se encontram separados/divorciados com uma atitude mais favorável face à mesma, bem como os que os pais possuem uma formação intermédia e os que as mães possuem formação superior. O tipo de família revelou-se uma variável com influência nas atitudes dos estudantes face à sexualidade, tendo sido os participantes com o tipo de família muito equilibrada a apresentarem melhores atitudes.

Procurámos analogamente verificar se existe relação entre as variáveis de contexto sexual e as atitudes dos estudantes do ensino profissional face à sexualidade, de onde se destaca que os estudantes que admitem ter sempre preservativo quando precisam são os que possuem uma atitude mais favorável face à sexualidade. Também apurámos que há diferenças estatisticamente significativas entre os conhecimentos sobre as infeções de transmissão sexual e as atitudes face à sexualidade, destacando-se os estudantes com menos conhecimentos a apresentar uma atitude mais favorável face à sexualidade.

Concluimos que há relação favorável das atitudes face à sexualidade e o tipo de família, sugerindo que quanto melhor for o tipo de família mais atitudes favoráveis têm os estudantes. Deste modo, podemos dizer que o tipo de família foi uma variável preditora de atitudes favoráveis, estabelecendo uma correlação positiva e os conhecimentos sobre infeções sexualmente transmissíveis, também foram uma variável preditora, desta feita com uma correlação negativa.

Mediante o exposto, sugerimos a construção de um projeto de intervenção devidamente estruturado, na área da sexualidade, que assente nas diretivas dispostas na Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, regulamentada pela Portaria n.º 196/2010, de 9 de abril, com um horizonte temporal alargado, permitindo um estudo longitudinal e portanto com maior evidência científica. Realçamos fatores como género e a idade que devem ser tidos em conta na elaboração do projeto, podendo por exemplo os alunos mais velhos terem um papel na formação de pares. Sugerimos também a criação de gabinetes de apoio à saúde de acordo com a lei vigente, dar mais ênfase à importância de coresponsabilizar os estudantes no que se refere aos seus estilos de vida, capacitando-os para a tomada de decisões, bem como procurar uma maior proximidade com a família, envolvendo-a no contexto escolar. Assume-se também como pertinente a implementação de estratégias e intervenções dinâmicas que cativem mais os adolescentes para as questões da sexualidade, dando-se particular importância à questão da afetividade. Propomos ainda a criação de protocolos interinstitucionais por forma a otimizar recursos que capacitem os vários agentes educativos que interagem com adolescentes.

Por fim, este trabalho, para além de ter sido um grande contributo para o crescimento pessoal, assume-se como uma mais-valia profissional visto que a população do estudo é também alvo de intervenção da Unidade Funcional que integro, assumindo uma mais-valia na prática especializada, servindo de apoio para a reestruturação dos projetos de intervenção na comunidade, sendo um momento para rever estratégias e planear novas intervenções.

Devem ser contempladas outras investigações na área, as quais, possam dar continuidade ao estudo da sexualidade nos estudantes, com especial atenção a variáveis

como os conhecimentos nas várias áreas da sexualidade, o autoconceito e auto estima, pois só sabendo onde intervir, poderemos fomentar uma vivência sexual salutar não só a nível físico como psíquico e por conseguinte promover a saúde individual e coletiva.

Para além do estudo da sexualidade assume-se pertinente futuros estudos na área da família, uma vez que se apresentou como uma variável preditora, podendo esta investigação ser uma mais valia fornecendo ferramentas de trabalho que apoiem a prática do Enfermeiro de Família, recentemente legislado pela Ordem dos Enfermeiros. Mediante o exposto, revela-se ainda de extrema importância a formação dos profissionais de saúde na área de intervenção familiar, de forma a desenvolverem as suas competências profissionais.

Referências Bibliográficas

- Afonso, M.J.R.F. (2011). *Estilo de vida dos adolescentes: sexualidade e atividade física*. Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4466/3/Tese%20Final%20MARIA%20JOS%C3%89%20AFONSO%20-%20Junho%202011.pdf>.
- Alvarez, M. & Nogueira, J. (2008). Definições sexuais de estudantes universitários. *Psicologia*, 22(1), 50-76.
- Alves, C.A. (2010). *O impacto de um programa de educação sexual nos comportamentos protectores dos adolescentes*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55445/2/TeseCristianaAlves.pdf>.
- Associação de Planeamento Familiar (2009) – *Falemos de Sexualidade*. Lisboa: Guia para Pais e Educadores, 3: 9-10.
- Matos, I.M.F. (2007). *Família e Comportamentos Sexuais de Risco nos Adolescentes*. Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Departamento de Ciências da Educação.
- Azevedo, J. (2010). Escolas Profissionais: uma história de sucesso escrita por todos. *Revista Formar*, 72: 25-29.
- Borges, A. (2007). Pressão social do grupo de pares na iniciação sexual de adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Vol. 41:782-786.
- Braconnier, A. (2006). *A nova mãe-galinha*. Cruz Quebrada. Casa das Letras/ Editorial
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2007). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Camacho, I.N.M. (2011). *Influência da família na saúde e nos comportamentos de risco nos adolescentes portugueses*. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Acedido em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3797/1/In%C3%AAs%20Nobre%20martins%20Camacho%20Tese%20doutoramento.pdf>.
- Cardoso, L., Malbergier, A. & Figueiredo, T., (2008). O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Revista Psiquiatria Clínica*, Suplemento (1): 70-75.

- Correia, T. (2004). *Saúde reprodutiva - planeamento familiar. Conhecimentos e comportamentos sexuais dos adolescentes Portugueses*. Tese de Doutoramento. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- Feire, R.C.R. (2012). Perceção do bem-estar sexual e qualidade de vida da mulher com incontinência urinária. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1733/1/FREIRE%20Raquel%20Carvalho%20Rodrigues%20-%20Disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf>.
- Ferreira, M.M.S.R.S. & Torgal, M.C.L.F.P.R. (2011). Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3): 589-595.
- Parkes A.; Wight, D.; Henderson, M. & Hart, G. (2007). Explaining associations between adolescent substance use and condom use. *J Adolesc Health*; 40(2): 180-118.
- Fleming, M. (2010). *Adolescência e autonomia: o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gómez, M.A.; Sol, A.; Cortés, M.J. & Mira, J.J. (2007). Sexual behaviour and contraception in people under the age of 20 in Alicante, Spain. *Eur Contracept Reprod Health Care*; 12(2): 125-130.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos de 2011*. Acedido em: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Os%20meus%20documentos/Downloads/Censos2011_ResultadosProvisorios%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Os%20meus%20documentos/Downloads/Censos2011_ResultadosProvisorios%20(1).pdf).
- Langille, D.B.; Asbridge, M.; Flowerdew, G. & Allen M. (2010). Associations of sexual risk-taking with having intercourse before 15 years in adolescent females in Cape Breton, Nova Scotia, Canada. *Sex Health*; 7: 199-204.
- Luís, E.S.; Pereira, S.C. & Sales, V.L. (2011). *Os jovens e os contraceptivos: preservativo e pílula*. Tese de mestrado em enfermagem SMOG apresentado ao Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde (Trabalho não publicado).
- Nelas, P. et al. (2010). Construção e validação da escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes: AFSA. In *I Congresso Internacional Sexualidade e Educação Sexual - Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas*.

- Madeira, M.H. (2006). Ensino Profissional de Jovens. Um Percurso Escolar Diferente para a (Re)Construção de Projectos de Vida. *Revista Lusófona de Educação*; 7: 121-141.
- March, A. L. & Serdar A. (2010). Social environment and problem behavior: perceived school safety, gender, and sexual debut. *J Sch Nurs*; 26(2): 121-130.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS*. Lisboa: Editora, ReportNumber, Lda.
- Marques, A.L. (2012). Atitudes dos adolescentes face à sexualidade: algumas variáveis intervenientes. Instituto Politécnico de Viseu.
- Marques, A.L.O. (2012). *Atitudes dos adolescentes face à sexualidade: algumas variáveis intervenientes*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1797/1/MARQUES%20Ana%20L%C3%BAcia%20Oliveira%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado%20EMBARGO%2030%20maio%202014.pdf>.
- Matos, M.G. (2003). Equipa do Projecto *Aventura Social e Saúde*. *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois): relatório português do estudo HBSC 2002*. Lisboa: FMH; 2003.
- Matos, M.G. (2008). *Sexualidade, Segurança e SIDA*. Lisboa: IHMT/FMH/FCT. Acedido em: [emwww.fmh.utl.pt/aventurasocial](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial), [ou www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com) ou ainda www.umaventurasocial.blogspot.com.
- Matos, M.G.; Reis, M.; Ramiro, L. e Equipa Social (2011). *Sexualidade dos Jovens Portugueses*. Relatório do estudo online sobre sexualidade nos jovens. Acedido em: http://aventurasocial.com/arquivo/1368456942_Relatorio_OSYS%20RGB_K.pdf.
- Neiverth, I. S. & Alves, G. B. (2002). Gravidez na adolescência e mudança no papel social da mulher. *Paideia*; 12: 229-240.
- Nelas, P.A.A.B. (2010). *Educação Sexual em Contexto Escolar*. Universidade de Aveiro. Departamento de Ciências da Educação. Acedido em: <http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/15564830.pdf>.
- Noticias.
- Pereira, M. M. (2006). *Guia de educação sexual e prevenção do abuso*. Coimbra. Pé de Página.

- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2009). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.
- Piscalho, I. & Leal, I. (2012). Promoção e educação para a saúde: educação da sexualidade nas escolas – Um projeto de investigação-acção com adolescentes que frequentam o 10º ano de escolaridade. In *Atas 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A saúde numa perspetiva de ciclo de vida*. Lisboa: ISPA.
- Portaria n.º 196-A/2010. D.R. I Série. 69 (2010-04-09) 1172-1174. Regulamentação da Lei n.º 60/2009.
- Teixeira, D.A.M. (2012). Atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º ciclo do ensino básico. In *I Congresso Nacional de Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenis - Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenis: Realidades e Perspetivas*. Viseu.
- Portugal. Ministério da Saúde. DGS,2013 Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Acedido em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: DGS, 2014. Acedido em: <http://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica.aspx>.
- Ramiro, L.; Reis, M.; Matos, M.; Diniz, J. & Simões, L. (2011). Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1): 11-21.
- Ramos, M.L.P. (2005). *Sexualidade na diversidade, atitudes de pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Ribeiro, M.I.B.R. & Fernandes, A.J.G. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v.1. Acedido em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862009000100008&script=sci_arttext.
- Romero, L.R. (2011). *Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, prática sexual de risco, uso de drogas, desempenho escolar, lazer e atividade física entre estudantes de município do interior paulista*. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu. Acedido em:

http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106058/romero_lr_dr_botfm.pdf?sequence=1.

- Sampaio, D. (2011). *Da família, da escola e umas quantas coisas mais*. Lisboa. Editorial Caminho.
- Sampaio, D.; Baptista, M^a. I.; Matos, M. & Silva, M. (2007). *Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual/Saúde (GTES)*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Sampieri, R. H.; Collado, C. F. & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia da Pesquisa em Administração*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Sehnem, G.D.; Pedro, E.N.R.; Budo, M.L.D.; Silva, F.M. & Ressel, L.B. (2014). A construção da sexualidade de estudantes de enfermagem e suas percepções acerca da temática. *Ciência y Enfermería*, XX, 1: 111-121.
- Sikkema, K.J.; Brondino, M.J.; Anderson, E.S.; Gore-Felton, C.; Kelly, J.A.; Winett, R.A. et al. (2004). HIV risk behavior among ethnically diverse adolescents living in low-income housing developments. *J Adolesc Health*; 35(2): 141-50.
- Sprinthall, N.A., & Collins, W.A. (2008). *Psicologia do adolescente, uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tavares, C.M.; Schor, N.; França, Jr. I & Diniz, S.G. (2009). Factors associated with sexual initiation and condom use among adolescents on Santiago Island, Cape Verde, West Africa. *Cad Saúde Pública*; 25:1969-1980.
- Torres, C.A. (2007). Percepções de adolescentes sobre a sua sexualidade. *Esc Anna Nery R Enferm*; 11 (2): 296-302.
- Tsitsika, A. & Greydanus, D. (2010). Adolescents dealing with sexuality issues: a cross-sectional study in Greece. *J Pediatr Adolesc Gynecol*; 23(5): 298-304.
- Vaz, A.M.B.O.D. & Nunes, S.M.M.D. (2013). Conhecimentos e atitudes dos estudantes do ensino superior sobre sexualidade e contracepção. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicología*, Vol.1, 1: 415-422.
- Vesely, S.K.; Wyatt, V.H.; Oman, R.F.; Aspy, C.B.; Kegler, M.C.; Rodine, S. et al. (2004). The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviors. *J Adolesc Health*; 34(5): 356-65.
- Vilar, D. & Gaspar, A. (2010). *Traços redondos (A gravidez em mães adolescentes). Traços e riscos de vida*. Porto: Âmbar.

Anexos

Anexo 1 - Autorização para utilização das escalas



Liliana Rodrigues <liliorodrigues201012@gmail.com>

Fwd: Solicitação de autorização para utilização de escalas

2 mensagens

Ana Andrade <anandrade67@gmail.com>
Para: Liliana Ferreira <liliorodrigues201012@gmail.com>

8 de abril de 2014 às 22:11

Boa noite Liliana

Reencaminho o e-mail da autorização das escalas validadas pela prof Paula Nelas.

Continuação de bom trabalho

Ana Isabel Andrade

Prof. Adjunta da ESSV

Rua Don João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102

3500-843 Viseu

Tf. 232419100

anandrade67@gmail.com

----- Mensagem encaminhada -----

De: paula nelas <pnelas@gmail.com>

Data: 7 de abril de 2014 17:49

Assunto: Re: Solicitação de autorização para utilização de escalas

Para: Ana Andrade <anandrade67@gmail.com>

Boa tarde Sr^a Professora Ana Andrade,

É com imenso gosto que autorizo a utilização das escalas **de Atitudes face à sexualidade e a Escala e de conhecimentos sobre infeções sexualmente transmissíveis.**

Para qualquer esclarecimento relativo aos instrumentos em apreço, façam o favor de contactar.

Cumprimentos pessoais

Paula Nelas

Em 7 de abril de 2014 17:04, Ana Andrade <anandrade67@gmail.com> escreveu:

Exma. Sr.^a Professora Doutora Paula Nelas

No âmbito da unidade curricular Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, os estudantes Liliana Sofia Almeida Ferreira Rodrigues, Luís Filipe Alexandrino de Magalhães Gonçalves da Costa, Maria Cristina Pereira Morgado Fonseca e Sónia Patrícia Ferreira Pais Amaral, sob a orientação da docente Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, pretendem realizar um estudo sobre os Determinantes da Saúde dos jovens do Ensino Profissional.

O trabalho de investigação tem como principal objetivo identificar e caracterizar alguns determinantes da saúde dos Jovens do Ensino Profissional (entre eles, a sexualidade) e relacioná-los com a coesão e adaptabilidade familiar.

Vimos por este meio solicitar a vossa autorização para utilizar, na nossa investigação, as escalas validadas pela Sr.ª Professora, nomeadamente **a Escala de Atitudes face à sexualidade e a Escala de conhecimentos sobre infeções sexualmente transmissíveis.** .

Agradecendo antecipadamente toda a atenção e disponibilidade e com o compromisso do cumprimento das normas éticas inerentes a este tipo de estudo, ficamos ao dispor para qualquer esclarecimento que considere conveniente.

Atenciosamente

Ana Isabel Andrade
Prof. Adjunta da ESSV
Rua Don João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 Viseu
Tf. 232419100
anandrade67@gmail.com

--
Paula Nelas
(PhD, Professor)
Professora Adjunta
Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
3500-843 Viseu
Telef: 232419100
Telem: 961011800

--

Ana Andrade <anandrade67@gmail.com>
Para: Liliana Ferreira <liliodrigues201012@gmail.com>

26 de novembro de 2014 às 14:52

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Ana Andrade** <anandrade67@gmail.com>

Data: 8 de abril de 2014 22:11

Assunto: Fwd: Solicitação de autorização para utilização de escalas

Para: Liliana Ferreira <liliodrigues201012@gmail.com>

[Citação ocultada]

DECLARAÇÃO

Otília Monteiro Fernandes, Professora Auxiliar da UTAD, declara que autoriza a utilização da sua versão portuguesa da FACES II de David H. OLSON, Joyce PORTNER & Richard BELL (1982), conforme consta na sua tese de mestrado *Família e Emigração* (Universidade de Coimbra/FPCE, 1995), a MARIA CRISTINA PEREIRA MORGADO FONSECA, SÓNIA PATRÍCIA FERREIRA PAIS AMARAL, LILIANA SOFIA ALMEIDA FERREIRA RODRIGUES E A LUÍS FILIPE ALEXANDRINO DE MAGALHÃES GONÇALVES DA COSTA, para a realização das suas investigações sobre **Coesão e adaptabilidade familiar dos estudantes do ensino profissional versus comportamentos de risco**, cuja orientação está a cargo de Professora Doutora Ana Andrade, da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Vila Real, 3 de fevereiro de 2014

a docente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Otília Monteiro Fernandes', written in a cursive style.

Otília Monteiro Fernandes
(professora auxiliar da UTAD)

Anexo 2 – Parecer da Comissão de ética



PARECER

Nº 13/2014

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "DETERMINANTES DA SAÚDE NOS ESTUDANTES DO ENSINO PROFISSIONAL"

Tendo as estudantes Lílíana Sofia Rodrigues, Luís Filipe Gonçalves da Costa, Maria Cristina Fonseca e Sónia Patrícia Amaral sob a orientação da Prof^a Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, incluindo como participantes estudantes do ensino profissional com idade superior a 16 anos, e ainda que seja considerada a autorização do **Ex. Sr. Presidente da Escola Profissional Mariana Seixas e da Escola Profissional de Trancoso**, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para identificar o perfil dos comportamentos de saúde, a coesão e adaptabilidade familiar dos estudantes do ensino superior profissional, revertendo-se em benefícios por contribuir para desenvolver e implementar estratégias de promoção da saúde em meio escolar e junto das famílias dos jovens estudantes; nesse sentido, recomendamos que os dados sejam divulgados e que o relatório final seja disponibilizado à instituição;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos estudantes maiores de 16 anos de idade e que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado a todos os sujeitos participantes;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos; recomendamos, contudo, o cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na recolha de informação, administração dos questionários e na elaboração da chave da codificação. Recomendamos ainda que a chave da codificação deve apenas ser conhecida pelas investigadoras e a destruição da mesma após a discussão do trabalho;
- Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 24 de março de 2014

Francisco Batista Filipe

A presidente da CE da ESSV

António da Costa

26-3-2014

Anexo 3 – Consentimento das Escolas para a aplicação do instrumento de colheita de dados



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Diretor Pedagógico
Dr. Gonçalo Amândio Ginestal Machado Monteiro
Albuquerque
Escola Profissional Fundação Mariana Seixas
Edifício Socarvil
Estrada Nacional, 231 Quinta da Alagoa
3500-606 RANHADOS VISEU

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA

ESSV 0491 16-MAV-'14

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e os estudantes Liliana Sofia Almeida Ferreira Rodrigues, Luís Filipe Alexandrino de Magalhães Gonçalves da Costa, Maria Cristina Pereira Morgado Fonseca e Sónia Patrícia Ferreira País Amaral do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária estão a realizar um estudo subordinado ao tema "**DETERMINANTES DA SAÚDE NOS ESTUDANTES DO ENSINO PROFISSIONAL**". Pretende-se identificar o perfil dos comportamentos de saúde, a coesão e adaptabilidade familiar dos estudantes do ensino profissional.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a se digne autorizar a recolha de dados/informação, durante o período de Maio de 2014.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

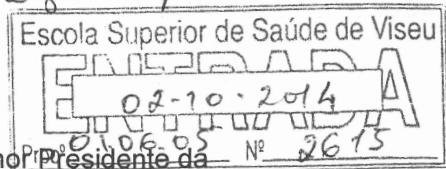
Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidade e atenção que possa dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV


Professor Doutor Carlos Pereira

AA/AL



Exmo. Senhor Presidente da

Escola Superior de Saúde de Viseu

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102,

3500 – 843 Viseu

Assunto: Colheita de Dados – “Determinantes da saúde nos estudantes do Ensino Profissional”

Data: 27/05/2014

Em resposta ao V/ofício Ref^o ESSV 0491, datado de 15 de maio de 2014 relativo ao assunto em epígrafe, vimos por este meio autorizar a colheita de dados na Escola Profissional Mariana Seixas, a 27 de maio de 2014, no âmbito do estudo “Determinantes da saúde nos Estudantes do Ensino Profissional”, do segundo Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, sob orientação da Sra. Professora Ana Isabel Andrade.

Atenciosamente

O Presidente da Direção
ESCOLA PROFISSIONAL FUNDAÇÃO
MARIANA SEIXAS, LDA.
CONTRIBUINTE N.º 504 649 752
ED. SOCARVIL, EN 231 - QT.º ALAGOA
3500-606 VISEU

(Gonçalo Amândio Ginestal Machado Monteiro Albuquerque)

Ao
RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO

3-10-2014



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Presidente da Direção
Eduardo António Rebelo Pinto
Escola Profissional de Trancoso
Av. Rainha Santa Isabel
6420-077 TRANCOSO

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA: ESSV 0492 16-MAY-'14

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e os estudantes Liliana Sofia Almeida Ferreira Rodrigues, Luís Filipe Alexandrino de Magalhães Gonçalves da Costa, Maria Cristina Pereira Morgado Fonseca e Sónia Patrícia Ferreira País Amaral do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária estão a realizar um estudo subordinado ao tema "**DETERMINANTES DA SAÚDE NOS ESTUDANTES DO ENSINO PROFISSIONAL**". Pretende-se identificar o perfil dos comportamentos de saúde, a coesão e adaptabilidade familiar dos estudantes do ensino profissional.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a se digne autorizar a recolha de dados/informação, durante o período de Maio de 2014.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

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 Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

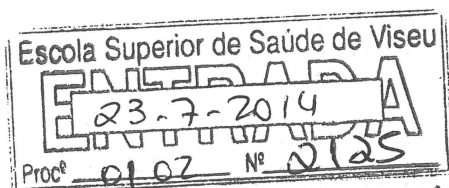
Agradecendo desde já a disponibilidade e atenção que possa dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

AA/AL

N/ Ref. 2.3-140/2014



Exmo. Senhor
Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de
Almeida, nº 102
3500-843 Viseu

Data: 2014/05/23

*As professoras
recomendaram pelo
estudo 23/07/2014*

Assunto: Colheita de Dados – “Determinantes da Saúde nos Estudantes do Ensino Profissional”

Exmo. Senhor:

No seguimento do V/ ofício Ref^o ESSV 0492 de 16-Maio-2014, relativo ao assunto referido em epígrafe, vimos pelo presente informar V. Exa. que, após análise do conteúdo do mesmo, foi deliberado autorizar a recolha de dados / informações juntos dos alunos desta escola.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente da Direção

(Eduardo António Rebelo Pinto)

A
ORIENTADORA DO ESTUDO:

Profa. Ana Andrade

Anexo 4 – Consentimento para os pais/encarregados de educação

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PARA MENORES DE 18 ANOS

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caros Pais / Representante Legal

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e, os estudantes Liliana Rodrigues, Luís Costa, Maria Cristina Fonseca, Sónia Amaral do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, sob a orientação da Professora Ana Isabel Andrade, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema: “**Determinantes da Saúde nos Estudantes do Ensino Profissional**”.

Com a presente investigação pretende-se avaliar alguns determinantes da saúde e relacioná-los com variáveis sociodemográficas e familiares.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a colaboração do seu filho (a), contudo ela é voluntária.

Para concretizarmos este estudo necessitamos que o seu filho responda a algumas perguntas de resposta rápida.

Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

Os investigadores estarão disponíveis para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Assim, depois de ler a informação acima apresentada autorizo a participação do meu/minha filho/a neste estudo:

_____ (localidade), __/__/____

Nome:

Anexo 5 – Instrumento de colheita de dados

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Estudante

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e, os estudantes Liliana Rodrigues, Luís Costa, Maria Cristina Fonseca, Sónia Amaral do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, sob a orientação da Professora Ana Isabel Andrade, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema: “**Determinantes da Saúde nos Estudantes do Ensino Profissional**”.

Com a presente investigação pretende-se avaliar alguns determinantes da saúde e relacioná-los com variáveis sociodemográficas e familiares.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*

- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*

- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*

- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informada **autorizo a participação** neste estudo:

_____ (localidade), __/__/____

Nome:

Assinatura do participante:

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador: _____

Assinatura: _____



Unidade curricular: Relatório Final

Investigador Principal: Professora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Investigadores Colaboradores: Liliana Sofia Almeida Ferreira Rodrigues

Luís Filipe Alexandrino de Magalhães Gonçalves da Costa

Maria Cristina Pereira Morgado Fonseca

Sónia Patrícia Ferreira Pais Amaral

Ao realizar este estudo pretendemos avaliar alguns determinantes da saúde e relacioná-los com variáveis sociodemográficas e familiares. Simultaneamente, este estudo permitir-nos-á, enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, aplicar e desenvolver as nossas competências de avaliação e intervenção em saúde familiar/escolar.

Neste questionário não existem respostas certas nem erradas. O importante é que responda a todas as questões com sinceridade e de acordo com a sua opinião.

Todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos, respeitando o seu anonimato e a confidencialidade das suas respostas (serão utilizadas apenas na presente investigação).

A sua participação é muito importante para este estudo. Verifique se respondeu a todas as questões.

Gratas (o) pela sua colaboração.

A Equipa de Investigação
Investigador principal

(nome do investigador)

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Nº Código _____
(a preencher pelo investigador)

1 – DADOS PESSOAIS

1 - **Peso:** _____

2 - **Altura:** _____ IMC _____ (a preencher pelo investigador)

3 – **Idade:** _____ anos

4 – **Género**

Masculino Feminino

5 – **Onde habita?**

Aldeia Vila Cidade

6 – **Qual o seu continente de origem?**

Europeu Africano Asiático Outro qual? _____

2 – DADOS ACADÉMICOS

1 - **Qual o estabelecimento de ensino que frequenta?** _____

2 - **Em que ano está matriculado?** _____

3 - **Qual o Curso?** _____

4 - **Como descreveria o seu rendimento escolar?**

Muito Mau Mau Nem mau nem bom Bom Muito Bom

5 – **Quais os temas relacionados com saúde, que foram apresentados na escola?**

Consumo de substâncias ilícitas Educação Sexual Consumo de álcool
 Tabagismo Alimentação saudável Atividade física
 Proteção de acidentes rodoviários Importância do sono

3 – DADOS FAMILIARES

1 – **Quantos elementos constituem o seu agregado familiar?**

2 3 4 5 ≥6

2 – **Com quem vive?** (pode assinalar mais que uma opção)

pai mãe padrasto madrastra irmãos avós instituição
 Outro qual? _____

3 – **Quantos irmãos tem?**

0 1 2 3 ≥4

4 – Qual a situação dos seus pais?

- Vivem juntos/casados Vivem separados/ divorciados Viúvo(a)
 Outro: qual? _____

5 – Quais as habilitações literárias dos seus pais?

	Pai	Mãe
Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacharel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12º Ano ou antigo 7º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9º Ano ou antigo 5º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6º Ano ou ciclo preparatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º Ano ou antiga 4ª classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inferior à 4ª classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 – Qual a profissão dos seus pais?

Profissão do pai: _____

- Empregado: Sim Não Reformado

Profissão da Mãe: _____

- Empregada: Sim Não Reformada

7 - Como considera ser o seu ambiente familiar?

- Muito mau Mau Nem mau nem bom Bom Muito bom

4 - ESTILOS / HÁBITOS DE VIDA

1 - Pratica Atividade Física? Sim Não

1.1 - Com que Frequência?

- Nunca/Raramente 1-2x/semana 3-4x/semana
 5 - 6x/semana 7x/ semana

1.2 – Duração?

- <30 min./semana 1-2h/semana 2-4h/semana 4-6h/semana
 >6h/semana

2 - Onde faz a maior parte das suas refeições por semana?

- Casa Refeitório da Escola Fora (Restaurantes e Bares)

3 - Em casa, costuma realizar refeições em família (semanalmente)?

- Nunca Raras vezes (1 a 2 vezes) Algumas vezes (3 a 4 vezes)
 Muitas vezes (5 a 6 vezes) Sempre (7 ou mais vezes)

4 – Quantas horas dorme habitualmente?

Durante a semana: ≤4 4-6 h 6-8h 8-10h ≥10h

Durante o fim de semana: ≤4 4-6 h 6-8h 8-10h ≥10h

5 - Alguma vez teve relações sexuais? (se respondeu **NÃO**, passe para a pergunta 9)

- Não Sim; Se Sim, que idade tinha quando iniciou? _____

6 - Já alguma vez teve relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas?

- Não Sim

7 - Já se recusou a ter relações sexuais por não ter preservativo?

- Não Sim Sempre que precisei tinha preservativo

8 - Já teve que recorrer à pílula do dia seguinte?

₁ Não ₂ Sim

9 - Costuma fumar habitualmente?

₁ Não ₂ Sim

10 - Com que frequência fuma atualmente?

₁ Todos os dias ₂ Ocasionalmente ₃ Já fumei mas parei
₄ Já experimentei mas nunca fui um fumador (só responde quem já fumou)

11 - Quantos cigarros fuma normalmente por dia ____ e por semana ____.

(só responde quem já fumou)

12 - Entre as pessoas a seguir descritas e com quem habitualmente convive, quais as que fumam?

	Fuma	Não fuma	Não sabe
Pai	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
Mãe	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
Irmão mais velho	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
Irmã mais velha	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
Melhor amigo	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>

5 - COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR

ESCALA FACES II (Otília Fernandes, 1995)

Por favor, indique em cada afirmação, o que melhor corresponde à sua opinião. Marcando a quadrícula correspondente com uma cruz.

[1] - Quase Nunca **[2]** - De vez em quando **[3]** - Às vezes **[4]** - Muitas Vezes **[5]** - Quase sempre

		1	2	3	4	5
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 – COMPORTAMENTOS ALIMENTARES

ESCALA DE HÁBITOS ALIMENTARES (EHA)

(Águeda Marques, Fátima Luzio, José Martins e Marina Vaquinhas, 2011)

Assinale com uma cruz a resposta que **melhor se adequa** à sua alimentação **semanal** tendo em conta a seguinte escala:

|1| – Nunca **|2|** – Raras vezes (1 a 2 vezes) **|3|** – Algumas vezes (3 a 4 vezes)

|4| – Muitas vezes (5 a 6 vezes) **|5|** – Sempre (7 ou mais vezes)

		1	2	3	4	5
1	Após acordar tenho por hábito tomar o pequeno-almoço (até uma hora após acordar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Como devagar e mastigo bem os alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Quando passo muitas horas sem comer, na refeição seguinte como mais que o habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Faço 5 ou 6 refeições por dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Faço refeições com intervalos de 3 a 4 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	O jejum noturno não ultrapassa as 10 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ingiro leite/iogurte/queijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Como fruta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Como legumes e hortaliças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Como sopa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Como alimentos integrais ricos em fibra (pão integral, feijão, grão, frutos secos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Como carnes gordas (porco, vaca, cordeiro).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Como carnes magras (peru, frango e coelho).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14	Adiciono aos alimentos produtos industriais (maionese, molhos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	O azeite faz parte da minha alimentação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Consumo molhos gordos resultantes da confeção dos alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Como pizzas, hambúrgueres e cachorros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Consumo produtos de charcutaria (salsichas, presunto, mortadela, fiambre, paio).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Prefiro comida com um pouco de sal a mais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ingiro alimentos salgados (amendoins, pistachios, batatas fritas,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ingiro alimentos ricos em açúcar (bolos, bebidas açucaradas, refrigerantes, chocolates).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	À merenda como um bolo ou um salgado (rissol, empada, croquete, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Quando como um doce opto por comê-lo após a refeição (pudim, arroz doce, leite creme, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Prefiro comer bolos/bolachas a comer pão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Utilizo bastante açúcar para adoçar (café, chá, leite, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Adoto uma alimentação variada às refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Faço uma refeição de carne e de peixe alternadamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Faço uma alimentação à base de cozidos e grelhados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Como as partes queimadas ou carbonizadas dos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Como alimentos fritos e assados no forno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Faço refeições abundantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Petisco entre as refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Como quase sempre o mesmo tipo de alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Consumo bebidas alcoólicas fora das refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Só bebo água quando tenho sede.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Bebo pelo menos 1,5 l de água por dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Consumo alimentos pré-cozinhados e enlatados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Como pão de mistura tipo caseiro (parolo, saloio, centeio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Como arroz, massa e batata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Como peixes gordos (salmão, sardinha, cavala, carapau, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[1] – Nunca [2] – Raras vezes (1 a 2 vezes) [3] – Algumas vezes (3 a 4 vezes) [4] – Muitas vezes (5 a 6 vezes) [5] – Sempre (7 ou mais vezes)

7 – HÁBITOS DE SONO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURG (IQSP)

Adaptado por Duarte, J. C. (2011)

As seguintes questões estão relacionadas apenas com os seus hábitos de sono durante **o último mês**. As suas respostas devem refletir fielmente, o que ocorreu na maioria dos dias e noites **do último mês**. Por favor responda a todas as questões.

1. Durante o último mês, a que horas é que foi habitualmente para a cama? _____

8. Durante o último mês, quantas vezes teve problemas em se manter acordado(a) enquanto conduzia, enquanto tomava refeições, ou enquanto mantinha atividades sociais?

Nunca Menos de 1 vez por semana 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana

9. Durante o último mês, quantas vezes foi problemático manter o seu entusiasmo de fazer coisas?

Nunca Menos de 1 vez por semana 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana

10. Partilha a sua habitação com alguém?

Não partilho a minha habitação com ninguém Partilho o quarto com alguém, mas em camas separadas
 Partilho a habitação, mas durmo sozinho no quarto Partilho a minha cama com alguém

		1	2	3	4
a	Não conseguir adormecer nos 30 minutos após se deitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Acordar a meio da noite ou de madrugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Ter que se levantar para ir à casa de banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Não conseguir respirar adequadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Tossir ou ressonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Ter sensação de frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Ter sensação de calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Ter pesadelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Ter dores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Outra(s) razão(ões)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) demorou a adormecer, depois de se deitar? _____

3. Durante o último mês, a que horas é que habitualmente se levantou de manhã? _____

4. Durante o último mês, quantas horas de sono real conseguiu por noite (isto pode ser diferente do número de horas em que efetivamente estive na cama)? _____

5. Durante o último mês, quantas vezes teve problemas durante o sono, devido a ... ?

|1| – Nunca |2| – Menos de 1 vez por semana |3| – 1 a 2 vezes por semana
|4| – 3 ou mais vezes por semana

6. Durante o último mês, como classificaria globalmente a sua qualidade de sono?

Muito boa Boa Má Muito má

7. Durante o último mês, quantas vezes tomou medicamentos (prescritos ou auto medicados) para conseguir adormecer?

Nunca Menos de 1 vez por semana 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana

11. Se partilha o seu quarto ou cama com alguém, com que frequência no último mês, essa pessoa lhe referiu que tinha ... ?

|1| – Nunca **|2|** – Menos de 1 vez por semana **|3|** – 1 a 2 vezes por semana

|4| – 3 ou mais vezes por semana

		1	2	3	4
a	Ressonado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Grandes pausas respiratórias enquanto dormia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Tremores ou sacudidelas das pernas enquanto dormia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Episódios de desorientação ou confusão enquanto dormia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Outro tipo de transtornos enquanto dormia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONÁRIO DE SONOLÊNCIA EM ADOLESCENTES DE CLEVELAN
(Teresa Rebelo Pinto, 2012)

Agora, leia com atenção as frases que se seguem acerca do seu sono. Marque um **X** no espaço que melhor corresponde ao que se passa habitualmente consigo. Não há respostas certas ou erradas. O que é importante é responder com sinceridade.

|1| – Nunca (0 vezes por mês) **|2|** – raramente (menos de 3 vezes por mês) **|3|** – Algumas vezes (1-2 vezes por semana) **|4|** – Frequentemente (3-4 vezes por semana) **|5|** – Quase sempre (5 ou mais vezes por semana)

		1	2	3	4	5
1	Adormeço durante as aulas da manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Consigo aguentar o dia inteiro na escola sem me sentir cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Adormeço na última aula do dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Fico sonolento(a) quando ando de carro mais de 5 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Fico bem acordado(a) durante todo o dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Adormeço na escola nas aulas da tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sinto-me desperto (a) durante as aulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Sinto-me sonolento(a) ao fim do dia depois das aulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Sinto-me sonolento(a) quando vou de autocarro para uma atividade da escola (por ex. visita de estudo, jogo desportivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	De manhã, quando estou na escola, adormeço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11	Quando estou nas aulas, sinto-me bem desperto(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Sinto-me sonolento quando faço os trabalhos de casa à noite depois da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Estou bem desperto(a) na última aula do dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Adormeço quando ando de carro, de autocarro ou de comboio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Durante o dia na escola, há momentos em que me dou conta que acabei de adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Adormeço quando faço os trabalhos da escola à noite em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 – SEXUALIDADE

1 - Que fonte de informação utiliza sobre sexualidade?

- Livros/Revistas; Internet; Televisão; Experiência própria; Nenhuma;
 Outra Qual? _____

De seguida, encontram-se algumas afirmações relacionadas com afetividade e infeções sexualmente transmissíveis, responda de acordo com a ESCALA que se segue.

ATENÇÃO, NÃO DEIXE NENHUMA RESPOSTA EM BRANCO.

Mais uma vez garantimos que os dados são confidenciais.

Lembre-se que é muito importante a sua opinião.

ESCALA DE ATITUDES FACE À SEXUALIDADE (Nelas et al., 2010)

[CT] – Concordo Totalmente; **[CM]** – Concordo Muito; **[NCND]** – Nem Concordo Nem Discordo;
[DM] – Discordo Muito; **[DT]** – Discordo Totalmente.

		CT	CM	NCND	DM	DT
1	Para namorar basta que alguém goste de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	A procura da independência faz parte da adolescência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	O desgosto amoroso só me acontece a mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sou agradável no contacto com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Só vou ter relações com o meu namorado/a se tiver a certeza que vou casar com ele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13	As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Só os rapazes deveriam ter educação sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	A masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evito praticá-la	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Não consulto livros de sexualidade pois só mostram porcarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	As relações sexuais antes do casamento são um pecado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE CONHECIMENTOS SOBRE INFEÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL (Nelas et al., 2010)

[CT] – Concordo Totalmente; **[CM]** – Concordo Muito; **[NCND]** – Nem Concordo Nem Discordo;
[DM] – Discordo Muito; **[DT]** – Discordo Totalmente.

		CT	CM	NCND	DM	DT
1	Existe uma infeção de transmissão sexual chamada sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	A pílula impede a transmissão de infeções sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	O preservativo impede sempre a transmissão de infeções sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	O vírus da SIDA transmite-se pelo sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Um beijo na boca pode transmitir infeções sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	A hepatite também se transmite sexualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	A saliva transmite o vírus da SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	O herpes genital é uma infeção de transmissão sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	As infeções sexualmente transmissíveis podem ser transmitidas de pais para filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Existem diferentes infeções que podem ser contraídas por contacto sexual, não existindo tratamento eficaz para algumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	A prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis depende muito de nós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Evitar experiências amorosas ocasionais com desconhecidos é uma atitude sensata para prevenir as infeções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Quando inicio as relações sexuais devo ir ao médico regularmente para prevenir as infeções sexualmente transmissíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Posso ter relações sexuais ocasionais pois a probabilidade de me transmitirem infeções sexuais é rara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18	O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	O uso de preservativo serve apenas para evitar a gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Pensar que posso contrair uma infeção sexualmente transmissível impede-me de ter relações sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 – HÁBITOS TABÁGICOS

BALANÇO DECISÓRIO – BD

Versão portuguesa preparada por Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

|1|- Concordo Totalmente **|2|**-Concordo muito **|3|**- Não concordo nem discordo **|4|**-Discordo muito

|5|- Discordo totalmente

		1	2	3	4	5
1	Fumar cigarros é agradável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Após algum tempo sem fumar, um cigarro faz-me sentir ótimo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Quando estou a fumar fico descontraído(a) e, conseqüentemente, mais satisfeito(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Gosto da imagem do fumador de cigarros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	O meu cigarro pode afetar a saúde de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Neste momento, eu seria mais enérgico(a) se não fumasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Se tentar parar de fumar, poderei tornar-me uma pessoa irritável e uma má companhia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	As pessoas que me são próximas iriam sofrer se eu adoecesse por causa do tabaco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	A minha família e amigos gostam mais de mim quando estou satisfeito(a) a fumar, do que quando estou de mau humor tentando parar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Como continuo a fumar, algumas pessoas conhecidas acham que não tenho força para parar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Fumar é perigoso para a minha saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Estou embaraçado(a) por ter de fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	O fumo do meu cigarro incomoda as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	As pessoas acham-me insensato(a) por ignorar os avisos sobre o hábito de fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Gosto mais de mim quando fumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Fumar ajuda-me a concentrar e a fazer melhor o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Fumar alivia a tensão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	As pessoas que me são próximas desaprovam o facto de eu fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Sou insensato(a) por ignorar os avisos acerca dos cigarros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	A opção de fumar faz-me sentir que posso tomar as minhas próprias decisões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA TESTE DE FAGERSTRÖM MODIFICADO

(só preenche quem fuma)

1 – Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos Entre 6-30 minutos Entre 31-60 minutos Após 60 minutos

2 – Sente dificuldade na contenção do uso do tabaco em lugares onde é proibido fumar (ex: igrejas, bibliotecas, cinemas, autocarros, etc)?

Sim Não

3 – Qual o cigarro que mais dificuldade teria em não fumar?

O primeiro da manhã Outros

4 – Quantos cigarros fuma habitualmente por dia?

Menos de 10 De 11 a 20 De 21 a 30 Mais de 31

5 – Fuma mais frequentemente durante as primeiras horas depois de acordar do que durante o resto do dia?

Sim Não

6 – Fuma quando está doente e acamado?

Sim Não _____

Obrigada (o) pela sua participação.